

Das Recht auf Entscheidung

Familienplanung,
Menschenrechte
und Entwicklung



weltbevölkerungsbericht 2012

Kurzfassung

Das Recht auf Entscheidung

Familienplanung,
Menschenrechte
und Entwicklung



weltbevölkerungsbericht 2012

Kurzfassung

Alle Länder sollen Schritte unternehmen, den Bedarf ihrer Bevölkerung an Familienplanung so schnell wie möglich zu decken. Sie sollen bis zum Jahr 2015 den allgemeinen Zugang zu einem vollständigen Angebot an sicheren und zuverlässigen Methoden der Familienplanung und zu Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit, die nicht gegen das Gesetz verstoßen, ermöglichen. Ziel soll es sein, Paare und Individuen bei der Erreichung ihrer reproduktiven Ziele zu unterstützen. Sie sollen von ihrem Recht in vollem Umfang Gebrauch machen können, frei darüber zu entscheiden, ob sie Kinder haben wollen oder nicht.

— Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo, Paragraph 7.16

Inhalt

Vorwort	Seite iv
Überblick	Seite vi
1 Das Recht auf Familienplanung	Seite 1
2 Analyse von Daten und Trends	Seite 9
3 Herausforderungen auf dem Weg zu einem universellen Zugang zu Familienplanung	Seite 19
4 Soziale und wirtschaftliche Effekte von Familienplanung	Seite 27
5 Kosten und Nutzen von Familienplanung	Seite 33
6 Familienplanung zu einem universellen Recht machen	Seite 37
Indikatoren	Seite 42
Impressum	Seite 54

Vorwort

Das Recht aller Menschen, frei und eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, wann und wie viele Kinder sie haben möchten, ist seit Jahrzehnten das Leitprinzip bei der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung. Besonders wichtig geworden ist es seit 1994, als 179 Regierungen in Kairo zusammenkamen und das bahnbrechende Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz verabschiedeten.

Die Weltbevölkerungskonferenz 1994 markierte einen umfassenden Paradigmenwechsel im Bereich der Bevölkerung und Entwicklung. Sie ersetzte den alten, demographisch ausgerichteten Ansatz der Familienplanung durch einen Ansatz, der auf den Menschenrechten basiert und auf den Bedürfnissen, Bestrebungen und den Lebensumständen jeder Frau.

Die Auswirkungen dieses historischen Meilensteins sind geradezu revolutionär für die vielen Hundertmillionen Frauen und Mädchen, die im Laufe der vergangenen 18 Jahre die Möglichkeit erhielten, Schwangerschaften zu vermeiden oder zu verschieben.

Der rechtebasierte Ansatz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Familienplanung hat zu überwältigenden Fortschritten geführt. Viele Millionen junge Frauen wurden befähigt, weniger Kinder zu bekommen und später im Leben eine Familie zu gründen. Das eröffnet ihnen die Möglichkeit, die Schule abzuschließen, einen besseren Lebensunterhalt zu verdienen und der Armutsfalle zu entkommen.

Unzählige Studien belegen, dass Frauen, die Familienplanung nutzen, im Durchschnitt gesünder und besser gebildet sind, über mehr Einfluss und Entscheidungsmacht in Haushalten und Gemeinden verfügen und wirtschaftlich produktiver sind. Und dort, wo die Eltern die Möglichkeit haben, über die Zahl der Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt zu entscheiden, sind die Kinder im Allgemeinen nicht nur gesünder, sondern kommen auch in der Schule besser zurecht und verdienen später mehr.

Es ist bewiesen, dass die Integration von Familienplanungsprogrammen in umfassendere wirtschaftliche und soziale Entwicklungsinitiativen einen positiven Multiplikatoreffekt auf die menschliche Entwicklung und das Wohlergehen ganzer Nationen hat.

Dennoch, wohin auch immer ich reise, berichten mir Mädchen und Frauen, dass sie nicht in der Lage sind, ihr Recht auf Familienplanung auszuüben, und deshalb mehr Kinder haben, als sie sich wünschen. Das setzt sie ökonomisch unter Druck, wirkt sich nachteilig auf ihre Gesundheit aus und begrenzt ihre Möglichkeiten, ein besseres Leben für sich und ihre Familien zu erreichen.

Aktuellen Statistiken zufolge haben in den Entwicklungsländern heute 867 Millionen Frauen im gebärfähigen Alter einen Bedarf an modernen Verhütungsmethoden. 645 Millionen von ihnen haben Zugang dazu. Erschreckende 222 Millionen Frauen aber haben das noch immer nicht. Das ist unentschuldig. Familienplanung ist ein Menschenrecht – und muss deshalb allen zugänglich sein, die das wünschen. Unverkennbar ist dieses Recht noch lange nicht für alle Menschen verwirklicht, insbesondere nicht in den ärmsten Ländern der Welt.

Es bleiben noch viele Hindernisse, die überwunden werden müssen. Einige haben mit der Qualität und Verfügbarkeit von Hilfsgütern und Dienstleistungen zu tun, viele andere hängen mit wirtschaftlichen Bedingungen und sozialen Beschränkungen zusammen.

In Anerkennung der dringenden Notwendigkeit, etwas gegen diesen anhaltend großen ungedeckten Bedarf



▲ UNFPA-Exekutivdirektor Babatunde Osotimehin sichert auf den Philippinen weitere Hilfen für reproduktive Gesundheit und freiwillige Familienplanung zu.
© UNFPA

an Familienplanung zu unternehmen, haben im Juli 2012 der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), das britische Ministerium für Internationale Entwicklung, die Bill & Melinda Gates-Stiftung und andere Organisationen in London einen Gipfel ausgerichtet, bei dem Entwicklungsländer zwei Milliarden US-Dollar und Geberländer 2,6 Milliarden US-Dollar zugesagt haben. Mit diesen neuen Mitteln soll bis 2020 weiteren 120 Millionen Frauen und heranwachsenden Mädchen in Entwicklungsländern der Zugang zu freiwilligen Familienplanungsdiensten ermöglicht werden. Doch es sind zusätzliche Ressourcen und ein hohes Maß an politischem Engagement erforderlich, um den gesamten ungedeckten Bedarf an Familienplanung zu decken.

Familienplanung ist von zentraler Bedeutung für viele von der internationalen Gemeinschaft verfolgten Entwicklungsziele – die Gesundheit von Müttern und Kindern verbessern, die Gleichstellung der Geschlechter weiter vorantreiben, den Zugang zu Bildung verbessern,

junge Menschen dazu befähigen, in vollem Umfang an ihren Volkswirtschaften und Gemeinschaften teilzuhaben, und die Armut reduzieren. Sie muss deshalb umfassend in alle aktuellen und zukünftigen Entwicklungsinitiativen integriert werden, auch in die globale nachhaltige Entwicklungsagenda, die nach 2015 auf den Millennium-Entwicklungszielen aufbauen wird.

Die internationale Gemeinschaft hat sich 1994 allen Frauen, Männern und jungen Menschen gegenüber verpflichtet, ihr Recht als Individuum auf eine der grundlegendsten Entscheidungen im Leben zu schützen und durchzusetzen. Es ist höchste Zeit, dass wir dieses Versprechen erfüllen und freiwillige Familienplanung für alle Menschen verfügbar machen.

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

Überblick

Im Jahr 1994, bei der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo, haben 179 Regierungen das Recht aller Menschen auf Familienplanung betont und das Kairoer Aktionsprogramm verabschiedet: »Das Ziel von Familienplanungsprogrammen muss es sein, Paaren und Einzelpersonen zu ermöglichen, sich frei und eigenverantwortlich über die Zahl ihrer Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt entscheiden zu können sowie über die hierzu erforderlichen Informationen und Mittel zu verfügen.« Diese Bekräftigung markierte einen Paradigmenwechsel in der Sichtweise von Regierungen und internationalen Organisationen bezüglich Entwicklungs- und Bevölkerungsfragen.

Familienplanung ist von entscheidender Bedeutung für die Fähigkeit der Menschen, ihre reproduktiven Rechte und weitere grundlegende Menschenrechte wahrzunehmen. Der internationale Konsens bezüglich des Rechts, über den Zeitpunkt und die Zahl von Schwangerschaften frei und eigenverantwortlich entscheiden zu können, ist das Ergebnis von jahrzehntelanger Forschung, politischer Arbeit und Debatten. Dieser Konsens spiegelt sich in der erneuten Aufmerksamkeit der internationalen Gemeinschaft auf politische und programmatische Maßnahmen wider, mit denen sichergestellt werden soll, dass alle Menschen gleichermaßen ihr Recht auf Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen, Hilfsgütern und Informationen wahrnehmen können, wenn sie diese benötigen.

Der Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erfordert ein breites Angebot an Dienstleistungen. Familienplanung ist nur eine dieser Dienstleistungen und sollte nicht nur in die primäre Gesundheitsversorgung integriert, sondern ergänzt werden durch

- eine angemessene und sichere Versorgung vor, während und nach der Geburt,
- die Prävention und Behandlung von Unfruchtbarkeit,
- Nachbetreuung unsicherer Schwangerschaftsabbrüche,
- die Prävention und Behandlung von Infektionen des Fortpflanzungstrakts, von sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten sowie von HIV und Aids,

- Informationen sowie Bildungs- und Beratungsangebote zu sexueller und reproduktiver Gesundheit,
- die Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen einschließlich der Betreuung der Überlebenden von Gewalt sowie
- weitere Maßnahmen zur Beendigung schädlicher traditioneller Praktiken wie der weiblichen Genitalverstümmelung.

Dieser Bericht konzentriert sich aus drei Gründen auf den Themenkomplex Familienplanung und Menschenrechte:

- Erstens, weil das Recht aller Paare und Einzelpersonen, frei und eigenverantwortlich über die Zahl ihrer Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt zu entscheiden, ein grundlegendes reproduktives Recht ist – neben dem Recht auf den höchstmöglichen Standard der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und dem Recht, alle Entscheidungen in Bezug auf die Fortpflanzung frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu treffen.
- Zweitens, weil die Fähigkeit einer Person, den Zeitpunkt der Familiengründung und die Größe ihrer Familie zu planen, von entscheidender Bedeutung für die Verwirklichung vieler weiterer Rechte ist.



▲ *Frauen, die ihre Familien planen können, sind eher in der Lage, ihre Kinder zur Schule zu schicken. Und je länger ihre Kinder in der Schule bleiben, umso höher werden ihre Einkünfte sein, die ihnen helfen, der Armut zu entkommen.*

©Lindsay Mgbor/UK DFID

- Und drittens, weil viele Menschen um das Recht auf Familienplanung kämpfen mussten und es auch heute noch Fürsprache benötigt – trotz der starken globalen Menschenrechts- und Entwicklungsagenden, die das Recht unterstützen.

Der Übergang zu einem rechtebasierten Ansatz der Familienplanung

Der besondere Wert eines rechtebasierten Ansatzes der Familienplanung besteht darin, dass er jedes Individuum als vollwertigen Träger von Rechten behandelt, nicht als passiven Empfänger von Hilfe. Aus diesem Grund ist ein rechtebasierter Ansatz die Grundvoraussetzung für den globalen nachhaltigen Entwicklungsrahmen, der die 2015 auslaufenden Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) fortführen wird.

Das Recht auf Entscheidung

Der diesjährige Weltbevölkerungsbericht legt dar, warum Familienplanung ein Menschenrecht ist und was dies für Einzelpersonen und Paare in Entwicklungs- und Industrieländern bedeutet. Der Bericht skizziert mehrere

Entwicklungskonzepte in den Bereichen Gesundheit, reproduktive Gesundheit und Familienplanung und baut auf diesen auf, indem er

- die Diskussion darüber bereichert, warum es so wichtig ist, dass Männer bei Familienplanung beteiligt werden – sowohl als Partner als auch als Nutznießer von Familienplanungsangeboten;
- die Notwendigkeit unterstreicht, mehr Daten zu erheben und Programme zu entwickeln, die auch junge und ältere unverheiratete Menschen erreichen;
- die Aufmerksamkeit auf die in Entwicklungs- und Industrieländern gleichermaßen hohen Raten ungeplanter und ungewollter Schwangerschaften richtet;
- skizziert, wie sexuelle Verhaltensweisen sich in verschiedenen Altersgruppen und sozialen Kontexten zunehmend von alten Mustern unterscheiden, die ein Hindernis beim Zugang zu Familienplanung darstellen.

Der Bericht zielt darauf ab, die folgenden Schlüsselfragen zu beantworten:

*Was ist ein
rechtbasierter
Ansatz der
Familienplanung?*

Kapitel 1 bietet einen Überblick über die internationalen Verpflichtungen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit einschließlich der Familienplanung. Darin werden – mit Bezug auf die bürgerlichen, politischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Rechte – die mit den reproduktiven Rechten einhergehenden Freiheiten und Ansprüche umrissen. Es wird die Verpflichtung der Staaten betont, das Recht ihrer Bürger auf Familienplanung sowie auf einen Mechanismus der Rechenschaftslegung zur Überwachung seiner Umsetzung zu erfüllen.

*Welche Gruppen
können ihr Recht
auf Familienplanung
noch nicht in
vollem Umfang
wahrnehmen?*

Kapitel 2 lenkt den Blick auf die Ungleichheiten, die in Bezug auf mehrere Schlüsselindikatoren der Familienplanung bestehen. Das Kapitel beschäftigt sich damit, warum bestimmte Methoden bevorzugt werden, warum hauptsächlich Frauen verhüten und welchen Einfluss Familienplanung auf Abtreibungen hat.

In Kapitel 3 wird der vergleichsweise hohe ungedeckte Bedarf in bestimmten Bevölkerungsgruppen thematisiert, vor allem bei jungen Menschen und unverheirateten Personen aller Altersgruppen, bei Jungen und Männern, bei armen Menschen sowie bei marginalisierten Gruppen.



◀ *Müttergesundheit in Tadschikistan.*
© UNFPA/Natasha Warcholak

Worin besteht der soziale und wirtschaftliche Nutzen eines rechtebasierten Ansatzes der Familienplanung?

In Kapitel 4 werden die sozialen und wirtschaftlichen Vorteile eines verbesserten Zugangs zur Familienplanung zusammengefasst. Dazu gehören die Verbesserung der Müttergesundheit sowie bessere Bildungschancen für Frauen und Lebensperspektiven für ihre Kinder. All dies hat umfassende Auswirkungen auf die Familien, Gemeinschaften und Länder. Wenn Regierungen Familienplanung als Teil einer integrierten Entwicklungsstrategie priorisieren, nehmen sie strategische Investitionen vor, mit denen sie ihre Verpflichtung erfüllen, die Rechte ihrer Bürger zu schützen. Zudem helfen sie so die Armut zu bekämpfen und wirtschaftliches Wachstum zu stimulieren.

Wie sieht die Kosten-Nutzen-Bilanz eines rechtebasierten Ansatzes der Familienplanung aus?

Kapitel 5 erläutert, dass mit dem Eintritt von immer mehr jungen Menschen ins reproduktionsfähige Alter der ungedeckte Bedarf an Familienplanung weiter ansteigt. Wie neueste Studien bestätigen, sind Familienplanungsangebote kosteneffektive Investitionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Regierungen und Entwicklungsorganisationen müssen mehr investieren, um sowohl die individuellen als auch die sozialen und wirtschaftlichen Vorteile zu verwirklichen, die ein rechtebasierter Ansatz der Familienplanung ermöglicht.

Was sollte die internationale Gemeinschaft tun, um einen rechtebasierten Ansatz der Familienplanung umzusetzen?

Kapitel 6 skizziert Empfehlungen für künftige Investitionen, Maßnahmen und Programme. Zentrale Akteure müssen systematische Ungleichheiten im Zugang zu Familienplanung als Verstoß gegen die Menschenrechte anerkennen und Informationen und Dienstleistungen gezielt auf unterversorgte Bevölkerungsgruppen ausrichten. Wenn sichergestellt werden soll, dass alle Menschen ihr Grundrecht auf Familienplanung wahrnehmen können, werden Familien, Kommunen, Institutionen und Regierungen ihre Strategien anpassen müssen. Entscheidend wird dafür auch die Verabschiedung von Post-MDG-Indikatoren sein, die eine detaillierte Bewertung von mangelnder Gleichstellung bei der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erlauben.



Das Recht auf Familienplanung

Die internationale Gemeinschaft hat sich 1994 bei der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo darauf geeinigt, dass alle Menschen Zugang zu freiwilliger Familienplanung haben sollen und dass die Regierungen die notwendigen Bedingungen schaffen müssen, um das Menschenrecht auf Familienplanung zu verwirklichen. Doch wie neueste Untersuchungen zeigen, haben auch heute noch 222 Millionen Frauen in Entwicklungsländern keine Möglichkeit, die Zahl und den zeitlichen Abstand von Geburten zu beeinflussen.

Auch in Industrieländern sind viele Millionen Frauen nicht in der Lage, Familienplanung zu betreiben, weil es ihnen am Zugang zu Informationen, Bildung und Beratung fehlt, weil sie keinen Zugang zu Verhütungsmitteln haben oder weil ihnen soziale, wirtschaftliche oder kulturelle Barrieren im Weg stehen – zum Beispiel Diskriminierung, Zwang und Gewalt im Zusammenhang mit ihrem sexuellen und reproduktiven Leben.

Viele Bevölkerungsgruppen, darunter junge Menschen und Unverheiratete, sind von Familienplanungsprogrammen ausgeschlossen oder profitieren nicht davon. Anderen Gruppen, darunter Menschen mit Behinderungen und Alte, bleibt der Zugang zu solchen Programmen verwehrt aufgrund der fälschlichen Annahme, sie hätten keine sexuellen Bedürfnisse.

Ein rechtebasierter Ansatz der Familienplanung stellt die kosteneffektivste Maßnahme zur Reduzierung von Müttersterblichkeit und Erkrankungen von Müttern dar. Das Recht auf Familienplanung durchzusetzen, kann langfristig die Fortschritte eines Landes bei der Bekämpfung der Armut und der Verwirklichung anderer Entwicklungsziele beschleunigen.

Familienplanung stärkt andere Menschenrechte

Menschen haben das Recht, über die Größe ihrer Familien zu bestimmen und darüber, wann sie Kinder bekommen. Das Aktionsprogramm von Kairo hat in mehrfacher Hinsicht dazu beigetragen, dass heute mehr Menschen als jemals zuvor von ihren reproduktiven Rechten Gebrauch machen können. Erstens definierte es einen sehr umfassenden Begriff der »sexuellen und reproduktiven Gesundheit« und lenkte die Aufmerksamkeit auf die sie prägenden sozialen Bedingungen. Zweitens erkannte es die Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im Leben von Frauen, die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen und die Rolle von Jungen und Männern

◀ Mütter in einem Frauenzentrum in Pakistan während eines Vortrags über Verhütung.

© Panos/Peter Barker

ausdrücklich an. Und drittens enthielt es die Vorgabe, dass Entwicklungsprogramme auch die sozialen, politischen und ökonomischen Faktoren berücksichtigen müssen, die sich auf Menschen unterschiedlich auswirken – je nachdem, wer sie sind, wo sie leben und was sie tun.

Wurden Familienplanungsprogramme früher als isolierte Maßnahmen betrachtet, setzte das Aktionsprogramm von Kairo die Familienplanung in den Kontext weiter gefasster Programme der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Reproduktive Rechte gehen über die Anerkennung des Rechtes von Paaren und Einzelpersonen zur freien und eigenverantwortlichen Planung ihrer Familien hinaus. Sie umfassen zudem das Recht auf den höchsten Standard der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Internationale Verpflichtungen

Die reproduktiven Rechte stehen im engen Zusammenhang mit bürgerlichen, politischen, ökonomischen, gesellschaftlichen und kulturellen Rechten. Das Recht, über die Zahl der Kinder und den zeitlichen Abstand zwischen den Geburten zu entscheiden, ist ein zentrales reproduktives Recht. Seine Umsetzung wirkt sich somit unmittelbar auf andere grundlegende Menschenrechte aus, unter anderem auf

- das Recht auf Leben,
- das Recht auf Gesundheit einschließlich sexueller und reproduktiver Gesundheit,
- das Recht auf Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung einschließlich des Rechts auf Zustimmung zur Eheschließung und des Rechts auf Gleichberechtigung in der Ehe,
- das Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person und das Recht auf Schutz der Privatsphäre einschließlich des Rechts, nicht der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen zu werden,
- das Recht auf Bildung einschließlich des Zugangs zu Aufklärung sowie des Rechts auf Meinungsfreiheit und darauf, Informationen und Gedankengut zu suchen, zu empfangen und zu verbreiten,

- das Recht auf Mitgestaltung der öffentlichen Angelegenheiten sowie auf eine freie, aktive und sinnvolle Partizipation sowie
- das Recht auf Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt.

Alle diese Rechte leiten sich aus einer Vielzahl internationaler und regionaler Verträge und Konventionen ab und spiegeln als solche ein gemeinsames Verständnis der grundlegenden Menschenrechte wider.

Aufgrund der fehlenden Gleichberechtigung der Geschlechter und der Physiologie der Fortpflanzungsorgane nehmen viele Menschenrechtsdokumente Bezug auf die besonderen Herausforderungen für und Diskriminierungen von Frauen und Mädchen. Zu den unmittelbar relevanten Menschenrechten gehören das Recht, frei von diskriminierenden Praktiken zu sein, die insbesondere Frauen und Mädchen schaden, sowie frei von sexuellem Zwang und geschlechtsbasierter Gewalt.

Gesundheit: ein soziales und ökonomisches Recht

Seit 1998 drängt die Weltgesundheitsorganisation die internationale Gemeinschaft, das Recht auf Gesundheit offiziell als ein Menschenrecht anzuerkennen und durchzusetzen. Die Herausforderung besteht darin, die sozialen und ökonomischen Rechte – einschließlich des Rechts auf Gesundheit – in spezifischen und konkreten Begriffen zu definieren, die ihre Förderung und Umsetzung erleichtern. Im Jahr 2000 hat der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen die Bereitstellung des gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsversorgung, Nahrungsmitteln, Trinkwasser, Sanitäranlagen und essentiellen Medikamenten als Kernverpflichtung der Regierungen definiert.

Rechenschaftspflichten

Die UN-Organe, die die Einhaltung der wichtigsten Menschenrechtsverträge in den Mitgliedsländern überwachen, empfehlen inzwischen regelmäßig, dass die Staaten Maßnahmen zum Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der reproduktiven Rechte

ergreifen. Dazu gehören im vierjährigen Turnus erstellte Berichte für den Menschenrechtsrat zur Lage der Menschenrechte in allen UN-Mitgliedsstaaten. Zusätzlich überprüft der Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau den Schutz der Menschenrechte und spricht Empfehlungen aus.

Im Jahr 2003 führte UNFPA eine globale Umfrage zu den nationalen Erfahrungen in den ersten zehn Jahren seit der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo durch. Von den 151 befragten Ländern legten 145 Berichte vor, die Aussagen zur Durchsetzung der reproduktiven Rechte enthielten. Davon verzeichneten 131 die Einführung neuer Maßnahmen, nationaler Pläne, Programme, Strategien oder Gesetze zur Durchsetzung der reproduktiven Rechte.

Familienplanung und Menschenrechte

Auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo leitete die internationale Gemeinschaft aus der Anerkennung des Menschenrechts auf Familienplanung die Verpflichtung zu einem menschenrechtsbasierten Ansatz für Gesundheit ab. Das Ziel ist es, die Kompetenzen von Staaten und Individuen zur Verwirklichung der Rechte zu stärken. Denn Menschen haben nicht nur Rechte, sondern die Staaten haben gleichzeitig die Pflicht, diese Rechte zu achten, zu schützen und durchzusetzen.

Um die Menschenrechte – so wie sie in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und anderen internationalen Menschenrechtsabkommen festgelegt sind – zu verwirklichen, müssen sich die Entwicklungszusammenarbeit und die Entwicklungsprogramme in allen Sektoren und in allen Programmphasen nach den Standards der Menschenrechte richten. In der Umsetzung stärkt ein menschenrechtsbasierter Ansatz die Kapazitäten von Rechteinhabern, ihre Rechte einzufordern, sowie die Kapazitäten der Pflichttragenden (sprich: Staaten), ihre Verpflichtungen zu erfüllen. Die Freiheiten und Ansprüche der Individuen sind stark abhängig davon, dass der Staat seiner Pflicht nachkommt, Chancengleichheit sowie die fortschreitende Verwirklichung der Menschenrechte einschließlich des Rechts auf Gesundheit für alle zu gewährleisten.

Freiheiten und Ansprüche von Individuen

Das Recht auf Familienplanung berechtigt Individuen und Paare zum Zugang zu hochwertigen Hilfsgütern und Dienstleistungen der Familienplanung einschließlich der ganzen Bandbreite an Verhütungsmethoden für Männer und Frauen.

Das Recht auf Informationen und Aufklärung ist von zentraler Bedeutung dafür, dass das Recht auf Familienplanung wahrgenommen werden kann. Der Zugang zu Informationen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit muss für alle Menschen sichergestellt werden, zum Beispiel durch einen umfassenden Sexualekundeunterricht in Schulen, durch Aufklärungskampagnen oder durch Beratungen und Fortbildungen. Diese Informationen sollen wissenschaftlich korrekt, objektiv und frei von Vorurteilen und Diskriminierung sein.

Das Recht auf Familienplanung umfasst außerdem das Prinzip der informierten Zustimmung sowie das Verbot von Diskriminierung, Zwang und Gewalt. Denn Frauen und Männer müssen ebenso wie Mädchen und Jungen in der Lage sein, informierte Entscheidungen zu treffen, die frei sind von Zwang, Diskriminierung und Gewalt.

Verpflichtungen des Staates

Das Aktionsprogramm von Kairo betont, dass die Staaten alle gebotenen Maßnahmen ergreifen sollen, um auf der Basis der Gleichberechtigung der Geschlechter einen universellen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen. Dazu zählen auch Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung. Programme der reproduktiven Gesundheit sollen die größtmögliche Auswahl an Dienstleistungen ohne irgendeine Form des Zwangs oder der Diskriminierung bereitstellen. Die Verpflichtung des Staates, das Recht auf Informationen und Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit zu respektieren, zu schützen und zu verwirklichen, erlegt ihm sowohl Beschränkungen in seinem Handeln auf als auch Leistungen, die er zu erbringen hat.

- **Respektieren:** Die Staaten dürfen die Ausübung des Rechts auf Familienplanung nicht beschränken,

beispielsweise durch das Verbot bestimmter Familienplanungsmethoden oder indem sie den Zugang durch Gesetze beschränken, die die Zustimmung des Ehepartners oder der Eltern vorschreiben.

- **Schützen:** Die Staaten müssen darüber hinaus verhindern, dass Dritte den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen der Familienplanung beschränken, beispielsweise wenn ein Apotheker sich weigert, gesetzlich zugelassene Verhütungsmittel abzugeben.
- **Verwirklichen:** Die Staaten sind verpflichtet, gesetzliche, haushalterische, juristische und administrative Maßnahmen zu ergreifen, um den Menschen das Recht auf Familienplanung in vollem Umfang zu erschließen. Das kann zum Beispiel Subventionen für Hilfsgüter und Dienstleistungen erfordern.

Aufgrund begrenzter Finanzmittel sind Regierungen mitunter nicht in der Lage, die ökonomischen, sozialen und kulturellen Rechte direkt zu verwirklichen, die für das Recht auf Dienstleistungen und Informationen der Familienplanung grundlegend sind. Dann greift das Prinzip der »fortschreitenden Verwirklichung«: Unter diesen

▼ *Vietnam hat seine reproduktiven Gesundheitsdienste ausgebaut. Diese schließen Familienplanung, Geburtsvorsorge und -nachsorge sowie HIV-Prävention ein.*

© UNFPA/Doan Bau Chau



Umständen lassen es die Menschenrechtsvereinbarungen zu, dass Staaten alle geeigneten Maßnahmen treffen, um fortschreitend die volle Verwirklichung der Rechte zu erreichen.

Zusätzlich zur Bereitstellung von Ressourcen müssen die Staaten Familienplanung in ihre nationalen Gesundheitssysteme und -programme integrieren und geeignete Maßnahmen entwickeln, um die Fortschritte bei der Verwirklichung der Familienplanungsziele zu überprüfen. Dabei bestehen – unabhängig von den nationalen Ressourcen – eine Reihe von Kernverpflichtungen, die nicht dem Prinzip der fortschreitenden Verwirklichung unterliegen.

Vorraussetzungen für eine menschenrechtsbasierte Familienplanung

Dem UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte zufolge müssen für alle die Gesundheit bestimmenden Faktoren die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

Verfügbarkeit

Die Verpflichtung der Staaten, die Verfügbarkeit der ganzen Bandbreite der Familienplanungsmethoden zu gewährleisten, umfasst auch die Bereitstellung von Dienstleistungen, die Regelung der Verweigerung aus Gewissensgründen, die Regelung der privaten Bereitstellung von Dienstleistungen und die Sorge dafür, dass die Anbieter die gesamte Auswahl an gesetzlich zulässigen Dienstleistungen anbieten.

Zugang

Wenn zum Beispiel die Rechte junger Menschen denen ihrer Eltern untergeordnet werden, kann das ihren Zugang zu Informationen und Dienstleistungen sowie ihre Handlungsfähigkeit beschränken. Das Aktionsprogramm von Kairo erkennt die Notwendigkeit an, dass Eltern den Interessen des Kindes (basierend auf dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes) Vorrang gewähren.

Akzeptanz

Sind Informationen und Dienstleistungen aus kulturellen, religiösen oder anderen Gründen nicht akzeptabel, werden sie nicht genutzt.

Qualität

Um den in den Grundrechten formulierten Ansprüchen zu genügen, müssen Dienstleistungen der Familienplanung bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Seit der Begriff »Versorgungsqualität« 1990 erstmals definiert wurde, hat sich eine weitreichende Übereinstimmung dazu herausgebildet. Diese bezieht sich auf die Qualität der Dienstleistungen für Einzelpersonen und umfasst beispielsweise die Möglichkeit zur Auswahl zwischen alternativen Verhütungsmethoden, genaue Angaben zur Wirksamkeit, zu den Risiken und den Vorteilen der verschiedenen Methoden sowie Auskünfte über die technische Kompetenz der Anbieter. In den vergangenen Jahren ist ein Konsens darüber entstanden, was unter Qualitätssicherung im Kontext von Familienplanung und Menschenrechten zu verstehen ist. Dazu gehören

- die Bereitstellung von Familienplanungsangeboten im Rahmen anderer Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit wie zum Beispiel der Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten und die Nachsorge nach Abtreibungen,
- der Verzicht auf Vorgaben, Anreize und Abschreckungsmaßnahmen, beispielsweise Geldzahlungen an Frauen, die sich sterilisieren lassen, oder Prämien für Gesundheitsanbieter in Abhängigkeit der Zahl der für Familienplanungsdienste »rekrutierten« Frauen,
- die Berücksichtigung von Bewertungen der Geschlechterbeziehungen bei der Planung und Budgetierung von Dienstleistungen der Familienplanung sowie
- die Miteinbeziehung von Faktoren wie der Entfernung, die die Klienten zurücklegen müssen, der Erschwinglichkeit der Dienstleistungen und der Einstellung der Anbieter.

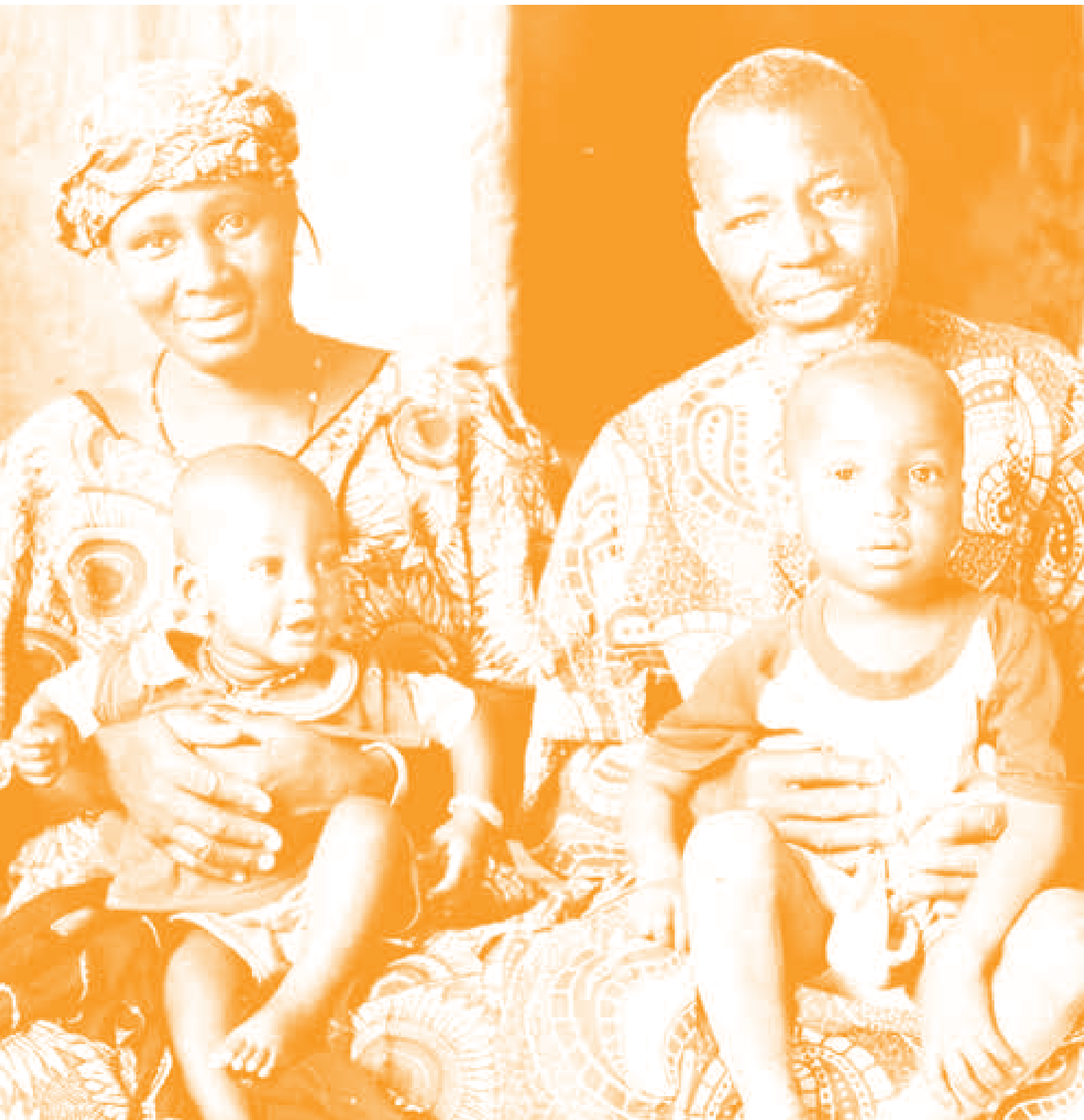
Im Rahmen eines menschenrechtsbasierten Ansatzes der nachhaltigen Entwicklung haben die Ergebnisse die gleiche Bedeutung wie die Prozesse, durch die sie erreicht werden. Menschenrechtsprinzipien verleihen Entwicklungsprozessen Qualität und Legitimität. Die Prozesse müssen inklusiv, partizipatorisch und transparent sein. Von entscheidender Bedeutung ist, dass den Rechten und Bedürfnissen der Gruppen Vorrang eingeräumt wird, die infolge fortbestehender Diskriminierung und Entmachtung abgehängt und ausgeschlossen werden. Die folgenden drei Prinzipien tragen zu starken, rechtebasierten Familienplanungsprogrammen bei:

- **Partizipation:** Die Verpflichtung, die zentralen Anspruchsträger und insbesondere die schwächsten Nutznießer in allen Phasen des Entscheidungsprozesses – von der Entwicklung über die Durchführung bis hin zur Überwachung von Programmen und Maßnahmen – mit einzubeziehen.
- **Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung:** Die Verpflichtung zu gewährleisten, dass alle Personen ihre Menschenrechte wahrnehmen können – unabhängig von Geschlecht, Rasse, Alter und jedem anderen Status.
- **Rechenschaftspflicht:** Die Verpflichtung zum Aufbau von Mechanismen, die sicherstellen, dass Regierungen ihrer Verantwortung in Bezug auf Dienstleistungen und Informationen der Familienplanung gerecht werden. Zur Rechenschaftspflicht gehören Überwachungs- und Bewertungssysteme mit klar definierten Bezugspunkten und Zielen, anhand derer die politischen Bemühungen von Regierungen zur Verwirklichung der Rechte ihrer Bürger bewertet werden können.

Internationale Verträge, Konventionen und Vereinbarungen zu reproduktiver Gesundheit und Rechten

1948	Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte ist ein Schlüsseldokument, das den Menschenrechtsdiskurs, viele Verfassungen und nationale Gesetze inspiriert hat und als wichtige Quelle des internationalen Gewohnheitsrechts dient.
1968	Die Internationale Konferenz über Menschenrechte in Teheran proklamiert das Recht von Einzelpersonen und Paaren auf die freie Entscheidung über die Zahl ihrer Kinder und den zeitlichen Abstand ihrer Geburt sowie den Zugang zu entsprechenden Informationen und Dienstleistungen.
1969	Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung
1969	Die Erklärung über sozialen Fortschritt und Entwicklung der Generalversammlung der Vereinten Nationen , Resolution 2542, (XXIV) stellt in Artikel 4 klar: »Eltern haben das ausschließliche Recht darauf, frei und eigenverantwortlich über die Zahl ihrer Kinder und den zeitlichen Abstand ihrer Geburt zu entscheiden.« Weiterhin beschließt die Generalversammlung, dass die Verwirklichung dieses Rechtes verlangt, »den Familien das Wissen und die Mittel bereitzustellen, die erforderlich sind, damit sie ihre Rechte ausüben können...«.
1974/1984	Der Weltbevölkerungsaktionsplan , 1974 auf der Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest verabschiedet, und die 88 Empfehlungen für seine weitere Umsetzung, die 1984 auf der Weltbevölkerungskonferenz in Mexiko-Stadt beschlossen wurden
1976	Der 1966 beschlossene und 1976 in Kraft getretene Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte hilft Bürgerrechtsgruppen in ihrem Kampf gegen den Missbrauch politischer Macht durch Regierungen.
1976	Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte , ebenfalls 1966 beschlossen und 1976 in Kraft getreten, erkennt in Artikel 12 das Recht aller Menschen auf den höchstmöglichen Standard an körperlicher und geistiger Gesundheit an.
1979	Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) ist das einzige internationale Menschenrechtsabkommen, das Familienplanung explizit als Schlüssel für die Gesundheit und das Wohlergehen von Familien benennt. Die Konvention schafft die rechtliche Grundlage für die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern, indem sie gleichberechtigten Zugang zum und Chancengleichheit im politischen und öffentlichen Leben für Frauen – einschließlich des aktiven und des passiven Wahlrechts – gewährleistet. Das gleiche gilt für Bildung, Gesundheit und Beschäftigung.
1986	Die Erklärung über das Recht auf Entwicklung fordert eine Entwicklung, die das Wohl aller Menschen, ihre freie und bedeutende Teilhabe und die gerechte Verteilung der daraus erwachsenden Vorteile zum Ziel hat.
1989	Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes legt weltweit Standards zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Missbrauch fest. Um die Interessen der Kinder zu schützen, zielt es darauf ab, • Kinder vor schädlichen Praktiken einschließlich der wirtschaftlichen Ausbeutung und des sexuellen Missbrauchs zu schützen sowie vor körperlichen und seelischen Misshandlungen. Das Übereinkommen legt fest, dass Eltern dort, wo sie Hilfe benötigen, in ihrer Verantwortung für die Erziehung und Entwicklung des Kindes unterstützt werden. • den Zugang von Kindern zu bestimmten Dienstleistungen zu gewährleisten, etwa zur Gesundheitsversorgung und zu Informationen über Sexualität und Fortpflanzung. • dass Kinder an Entscheidungen teilhaben sollen, die auf ihr weiteres Leben Einfluss haben. Dies schließt auch das Recht auf Rede- und Meinungsfreiheit ein.
1993	Die Weltkonferenz über Menschenrechte in Wien unterstreicht, dass Frauenrechte Menschenrechte sind.

1994	Bei der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo kommen 179 Länder überein, dass Bevölkerung und Entwicklung unmittelbar miteinander verknüpft sind. Die Stärkung von Frauen und die Erfüllung des Bedarfs der Menschen an Bildung und Gesundheit einschließlich reproduktiver Gesundheit sind sowohl für die Verbesserung des individuellen Fortschritts als auch für eine ausgeglichene Entwicklung essentiell. Die Teilnehmer der Weltbevölkerungskonferenz vereinbaren ein auf 20 Jahre angelegtes Aktionsprogramm, das stärker auf die Bedürfnisse und Rechte von Individuen ausgerichtet ist als auf demographische Ziele. Darüber hinaus werden die Gleichstellung der Geschlechter, die Eliminierung der Gewalt gegen Frauen und die Durchsetzung des Rechts von Frauen darauf, ihre Fruchtbarkeit zu kontrollieren, als Eckpunkte der Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik anerkannt. Die konkreten Ziele der Weltbevölkerungskonferenz lauten vor allem, den allgemeinen Zugang zu Bildung – insbesondere für Mädchen – zu verwirklichen, die Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit zu reduzieren und bis 2015 den universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung zu gewährleisten – einschließlich Familienplanung, Geburtsbetreuung und Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten.
1995	Die Erklärung und Aktionsplattform von Beijing , beschlossen auf der Vierten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen, bekräftigt die im Aktionsprogramm von Kairo formulierte, breit gefasste Definition des Rechts auf Familienplanung.
1999	In ihrer Resolution zu den Schlüsselmaßnahmen zur weiteren Durchführung des Aktionsprogramms von Kairo regt die UN-Generalversammlung an, bei der Formulierung und Umsetzung von Politiken und der Erbringung von Dienstleistungen, insbesondere auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung, eine geschlechtsspezifische Perspektive zugrunde zu legen. Sie betont die Notwendigkeit, der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im Kontext einer umfassenden Reform des Gesundheitssystems Priorität einzuräumen und dabei insbesondere den Rechten vernachlässigter Gruppen Aufmerksamkeit zu schenken.
2000	In der Millenniumserklärung geben 189 Länder das Versprechen ab, die Menschen bis 2015 von extremer Armut zu befreien. Die Verbindungen zur reproduktiven Gesundheit werden zunächst nicht ausreichend betont.
2001	Die Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) formulieren einen Fahrplan mit messbaren Zielen und klarem Zeitrahmen; zu den für die reproduktive Gesundheit relevanten Zielen gehören: • Bis 2015 die Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel gegenüber 1990 reduzieren (MDG 5). • Bis 2015 den universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit erreichen (MDG 5 B).
2004	Auf der 57. Weltgesundheitsversammlung beschließt die Weltgesundheitsorganisation ihre erste Strategie zur reproduktiven Gesundheit, erkennt das Aktionsprogramm von Kairo an und drängt die Staaten, die neue Strategie im Rahmen ihrer nationalen Bemühungen zur Erreichung der MDGs umzusetzen. Weiter fordert sie, • die sexuelle und reproduktive Gesundheit zu einem integralen Bestandteil der Planung, Budgetierung sowie bei der Überwachung und Berichterstattung hinsichtlich der Fortschritte bei der Erfüllung der MDGs zu machen. • die Gesundheitssysteme zu stärken, um bei besonderer Berücksichtigung der Armen und anderer marginalisierter Gruppen einschließlich Heranwachsender und Männer einen universellen Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu erreichen.
2005	Auf dem Weltgipfel 2005 , der Folgeveranstaltung des Millenniumsgipfels, verpflichten sich die Länder, den universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit bis 2015 zu verwirklichen, die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern und die Diskriminierung der Frau zu beenden.
2006	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
2010	Auf dem Millennium + 10-Gipfel erneuern die Länder ihre Verpflichtung, bis 2015 den universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit herzustellen, die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern und die Diskriminierung der Frau zu beenden.
2011	Der Ausschuss für die Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau veröffentlicht einen Beschluss, mit dem festgelegt wird, dass alle Länder eine Menschenrechtspflicht haben, allen Frauen unabhängig von ihrem ethnischen und wirtschaftlichen Hintergrund diskriminierungsfreien Zugang zu angemessenen Dienstleistungen der Müttergesundheit zu gewährleisten.



Analyse von Daten und Trends

Die Weltbevölkerung hat im Jahr 2011 die Sieben-Milliarden-Marke überschritten und wird den Prognosen zufolge bis 2050 auf neun Milliarden Menschen anwachsen. Weltweit setzt sich ein langsamer Rückgang der Geburtenraten fort. Dabei bestehen jedoch große Unterschiede zwischen den weiter und den weniger entwickelten Regionen. Das gilt insbesondere für Afrika südlich der Sahara, wo die Frauen im Durchschnitt dreimal mehr Kinder gebären als in den weiter entwickelten Regionen der Welt (5,1 zu 1,7 Geburten pro Frau).

Armut, fehlende Gleichstellung der Geschlechter und soziale Zwänge zählen zu den wichtigsten Ursachen für anhaltend hohe Geburtenraten. Auch der fehlende Zugang zu Familienplanung trägt in fast allen der am wenigsten entwickelten Länder wesentlich dazu bei.

Wer nutzt Familienplanung?

Die Verwendung moderner Familienplanungsmethoden, gemessen an der Verbreitungsrate von Verhütungsmethoden, ist in den letzten Jahren nur um 0,1 Prozent jährlich gestiegen – und damit langsamer als im vorhergehenden Jahrzehnt. Der geringe Anstieg ist zum Teil Folge der zunehmenden Anzahl von verheirateten Frauen im gebärfähigen Alter. Diese nahm von 2000 bis 2010 in den 88 Ländern, die internationale Mittel für Verhütungsprogramme erhalten, um 25 Prozent zu.

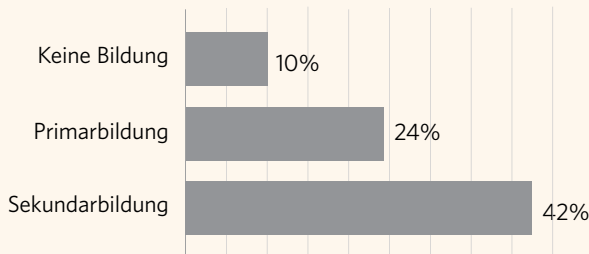
Aufgrund der hohen Geburtenraten in vergangenen Jahrzehnten sind in den Entwicklungsländern heute sehr viele Menschen im fortpflanzungsfähigen Alter. Obwohl der Bedarf an Verhütung von sehr viel mehr Frauen gedeckt werden konnte, ist der erfüllte Bedarf deshalb prozentual nur marginal angestiegen.

Weltweit verwenden derzeit drei von vier Frauen im reproduktiven Alter von 15 bis 49 Jahren, die schwanger werden können, aber nicht schwanger sind oder dies nicht werden möchten, Verhütungsmittel. In jedem Land der Welt praktizieren die meisten gebildeten und wohlhabenden Frauen Familienplanung. In Ostasien verhüten 83 Prozent der verheirateten Frauen. In Afrika südlich der Sahara dagegen lag der Anteil der Frauen, die verhüten, auch im Jahr 2010 noch unter dem Niveau, das andere Regionen bereits 1990 erreicht hatten.

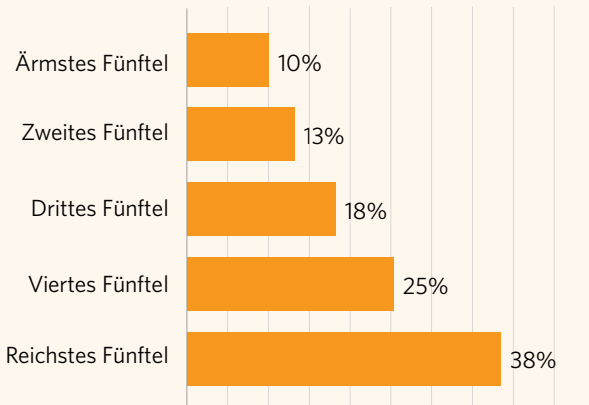
Familiengröße und Nutzung von Kontrazeptiva haben sich seit den 1970er Jahren dramatisch verändert. Damals hatten Familien im Durchschnitt noch fünf Kinder, heute liegt der Durchschnittswert bei 2,5 Kindern pro Familie. Seit 2000 ist der Anteil derjenigen, die Verhütungsmittel

Verhütungsraten sind bei armen, nicht gebildeten und auf dem Land lebenden Frauen am niedrigsten

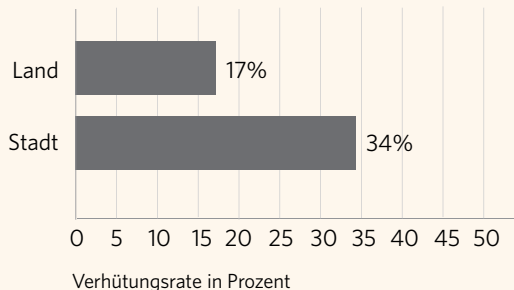
Bildung



Wohlstand



Wohnsitz



Durchschnittliche Verhütungsraten in 24 Ländern Afrikas südlich der Sahara nach ausgewählten sozioökonomischen Faktoren im Zeitraum von 1998 bis 2008 (Anteil der Frauen von 15 bis 49 Jahren, die irgendeine Verhütungsmethode praktizieren).

Quelle: Demographic and Health Surveys (unter Verwendung der Daten aus Annex III); UNFPA: Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights. New York, 2010.

nutzen, relativ konstant geblieben. Der Wunsch nach kleineren Familien ist jedoch weltweit sehr ausgeprägt und wird in den Entwicklungsländern zusehends stärker.

Nutzung variiert je nach Einkommensniveau

Einige Wissenschaftler plädieren für die Erstellung separater Wohlstandsünftel für urbane und ländliche Bevölkerungen, um auf diese Weise ein vollständigeres Bild der einkommensabhängigen Ungleichheiten in städtischen und ländlichen Regionen zeichnen zu können. Mittels einer solchen Unterscheidung können zum Beispiel die Erfahrungen von armen Frauen in urbanen Umgebungen mit denen von relativ wohlhabenden Frauen in ländlichen Gemeinden verglichen werden. Eine 16 Länder in Afrika, Asien und Lateinamerika und der Karibik umfassende Studie weist auf starke, lokal jedoch variierende Beziehungen zwischen Nutzung von Familienplanung, sozioökonomischem Status und Wohnort hin.

Bildungsgrad beeinflusst Nutzung von Familienplanung

Der erreichte Bildungsgrad hängt eng mit der gewünschten Familiengröße, der Nutzung von Verhütungsmitteln und der Fertilität zusammen. Nach einer Analyse von Daten aus 24 Ländern in Afrika südlich der Sahara sind überdurchschnittlich viele Teenagermütter arm, nicht gebildet und leben auf dem Land. So ist die durchschnittliche Geburtenrate bei Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren, die keine Schulbildung erhalten haben, etwa viermal so hoch wie bei Mädchen, die mindestens über einen Sekundarschulabschluss verfügen. Vergleichbare Unterschiede zeigen sich in Bezug auf den Wohlstand und den Wohnort. Zudem wächst diese Kluft immer weiter: Während die Zahl der Geburten unter Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren, die über keine Bildung verfügen, im letzten Jahrzehnt um sieben Prozent angestiegen ist, sind die Geburtenzahlen unter Mädchen mit Sekundarschul- oder höherer Bildung im selben Zeitraum um rund 14 Prozent gesunken.



▲ Schülerinnen in Bukarest (Rumänien) lesen eine Broschüre über Kondome.
© Panos/Peter Barker

Die sich immer weiter öffnende Schere bei den Geburtenraten von gebildeten und nicht gebildeten Mädchen spiegelt sich auch bei der Nutzung von Verhütungsmitteln wider. In den 24 untersuchten Ländern nutzen Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren, die mindestens einen Sekundarschulabschluss haben, im Durchschnitt viermal häufiger Verhütungsmittel als nicht gebildete Mädchen derselben Altersgruppe. Während der Anteil der gebildeten Mädchen, die Verhütungsmittel verwenden, leicht auf 42 Prozent gestiegen ist, bleibt er bei Mädchen ohne Schulbildung auf dem alten Niveau. Im Durchschnitt verhütet nur eines von zehn Mädchen ohne Schulabschluss, obwohl jedes vierte Mädchen einen ungedeckten Bedarf an Familienplanung hat – unabhängig von Einkommen, Bildung oder Wohnort. Das zeigt, dass junge Frauen, die arm sind, auf dem Land leben und über wenig Bildung verfügen, bislang kaum von den Bemühungen profitiert haben, durch die der Zugang von Jugendlichen zu reproduktiven Gesundheitsdiensten verbessert werden sollte – wie zum Beispiel der Ausbau jugendfreundlicher Dienstleistungen. Diejenigen, die am meisten auf diese Dienstleistungen angewiesen sind, profitieren also am wenigsten davon. Mit steigendem Bildungsstand nutzen Frauen häufiger Familienplanungsangebote, da sie seltener und später heiraten, Verhütungsmittel effektiver einsetzen, mehr Wissen über und Zugang zu Verhütungsmitteln

und -methoden haben, über mehr Autonomie bei reproduktiven Entscheidungen verfügen und sich der sozio-ökonomischen Kosten einer ungewollten Mutterschaft bewusster sind.

Bedarf an und Nutzung von Familienplanung verändert sich im Laufe des Lebens

Die sexuelle Aktivität der Menschen verändert sich im Laufe ihres Lebens. Die Entscheidung, eine sexuelle Beziehung mit einem Partner einzugehen, ist nicht notwendigerweise gleichbedeutend mit dem Wunsch danach, Kinder zu bekommen. In vielen Fällen – Zwang, Ausbeutung oder Gewalt ausgenommen – ist es vielmehr der Wunsch nach Intimität und nach einer Beziehung, der das Sexualverhalten bestimmt.

Junge Menschen

Obwohl die sexuellen Aktivitäten der meisten jungen Menschen innerhalb der Ehe stattfinden, sind viele junge Männer und Frauen auch außerhalb der Ehe sexuell aktiv. Mädchen haben ihr »erstes Mal« immer häufiger außerhalb der Ehe, wenn auch oft mit dem zukünftigen Ehemann. Da die erste Regelblutung immer früher einsetzt, sind junge Frauen einem erhöhten reproduktiven Gesundheitsrisiko ausgesetzt, weil sich damit der Zeitraum zwischen Geschlechtsreife und Eheschließung verlängert.

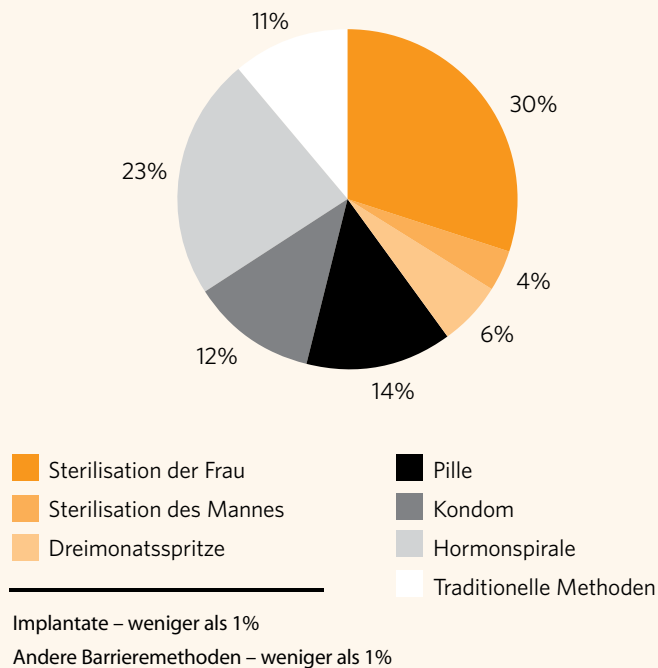
Weltweit heiraten junge Menschen immer später. In 100 von 114 Ländern ist seit 1970 das durchschnittliche Heiratsalter von Frauen gestiegen. In vielen Ländern jedoch sind junge Frauen nach wie vor durch frühe sexuelle Erfahrungen und Kinderehen erhöhten Risiken ausgesetzt.

Erwachsene

Trotz des steigenden Heiratsalters lebt die Mehrzahl der Männer und Frauen in einer Ehe oder einer eheähnlichen Gemeinschaft. Deshalb finden die meisten Geburten nach wie vor innerhalb gesetzlich anerkannter Lebensgemeinschaften statt.

Eheähnliche Gemeinschaften machen einen zunehmenden Anteil der zusammenlebenden Partnerschaften aus.

Verhütungsmethoden weltweit nach Nutzung*



* Anteil in Prozent; Zahlen sind für das Jahr 2009.

Quelle: Vereinte Nationen: World Contraceptive Use 2011, Datentabelle.

Diese Beziehungen sind weniger stabil und dauerhaft als formelle Ehen. In Lateinamerika und der Karibik leben über 25 Prozent der Frauen zwischen 20 und 34 Jahren in eheähnlichen Gemeinschaften. Weniger verbreitet ist diese Form der Beziehung in Afrika südlich der Sahara und vor allem in Asien, wo rund zehn beziehungsweise zwei Prozent der Frauen in eheähnlichen Gemeinschaften leben. Weltweit hat sich der Anteil der Erwachsenen im Alter von 35 bis 39 Jahren, die geschieden sind oder getrennt leben, von 1970 bis 2000 von zwei auf vier Prozent verdoppelt. Dieser Trend betrifft vor allem die Industrieländer, ist aber auch anderswo zu beobachten.

Bevorzugte Methoden

Wenn Frauen Zugang zu einer Auswahl an Verhütungsmethoden haben, beeinflussen mehrere Faktoren ihre Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Methode. Wichtig dabei sind insbesondere gesundheitliche Nebenwirkungen, die einfache Anwendbarkeit und die Präferenz des Partners. Schätzungsweise ein knappes Drittel der 104 Millionen Frauen, deren ungedeckter Bedarf an modernen Verhütungsmitteln auf methodenbezogene Gründe zurückzuführen ist, wünscht eine Verhütungsmethode, die keine Gesundheitsprobleme oder Nebenwirkungen verursacht oder im Ruf steht, dies zu tun. Langfristige Methoden wie die Hormonspirale oder die Dreimonatsspritze erfordern seltener Arzt- oder Klinikbesuche und hängen weniger von der lückenlosen und kontinuierlichen Anwendung ab. Immer mehr Frauen wollen die Zahl und den Zeitpunkt ihrer Geburten selbst kontrollieren, befürchten jedoch, dass ihr Mann dagegen sein könnte. Deshalb nutzen Frauen in manchen Fällen heimlich »unsichtbare« Familienplanungsmethoden wie die Dreimonatsspritze. Der rasante Anstieg bei der Anwendung von Dreimonatsspritzen (von 6 auf 20 Prozent) in Afrika südlich der Sahara und anderen Regionen dürfte zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass Frauen das Gefühl haben, sie müssten es vor ihren Ehemännern, Familien oder Gemeinden verbergen, dass sie verhüten.

Wirksamkeit der Methoden

Korrekt und regelmäßig angewendet, sind die meisten modernen Verhütungsmethoden höchst wirksam. Selbst die am wenigsten wirksame Methode schützt noch um ein Vielfaches besser vor einer Schwangerschaft als keine Methode.

Die Wirksamkeit der verschiedenen Verhütungsmethoden – die Anzahl der Schwangerschaften pro 100 Frauen im ersten Jahr der typischen Nutzung – reicht von 0,05 bei Implantaten bis hin zu 28 bei Spermiziden. Zum Vergleich: 85 von 100 sexuell aktiven Frauen, die auf Verhütung verzichten, werden innerhalb von einem Jahr schwanger. Fast jede dritte Frau, die eine

Schwangerschaft vermeiden will, lässt sich sterilisieren. Rund jede vierte Frau verwendet eine Hormonspirale, und immerhin noch mehr als jede zehnte Frau setzt auf eine traditionelle Methode, hauptsächlich in Form der Zykluskontrolle oder des Coitus Interruptus’.

Gründe für mangelnde Nutzung

Wenn Frauen einen ungedeckten Bedarf an Verhütung haben oder keine Verhütungsmittel mehr benutzen, kann das auch daran liegen, dass sie mit den verfügbaren Methoden unzufrieden sind. Zwar würden neue Methoden allein den ungedeckten Bedarf nicht beseitigen. Dennoch

könnten die in den letzten Jahren neu zugelassenen Methoden Frauen in die Lage versetzen, ihre Rechte effektiver wahrzunehmen und Schwangerschaften zuverlässiger zu verhindern. Die wichtigsten Gründe für das Absetzen von Verhütungsmitteln – Nebenwirkungen und die Angst vor Nebenwirkungen – sind zugleich auch für den enttäuschend langsamen Rückgang des ungedeckten Bedarfs an Verhütung mitverantwortlich.

Auch wenn sich die Bandbreite der verfügbaren Methoden verbessert hat und heute über die Pille und Kondome hinaus oftmals auch Verhütungsspritzen und Implantate angeboten werden, stehen Frauen in den meisten Entwicklungsländern nach wie vor weit weniger Verhütungsoptionen zur Auswahl als in den Industrieländern. Die Beschaffung von Verhütungsmitteln ist eine Sache, ihre Verteilung eine ganz andere. Der Großteil der Gebermittel für Kondome wird für ihre Beschaffung und vergleichsweise wenig für Programme zu ihrer Verteilung ausgegeben.

Wirksamkeit der Methoden

Methode (nach Effektivität)	Schwangerschaften pro 100 Frauen im ersten Jahr der typischen Nutzung
Implantat	0,05
Sterilisation des Mannes	0,15
Hormonspirale	0,2
Sterilisation der Frau	0,5
Kupferspirale	0,8
Dreimonatsspritze	6
Vaginalring	9
Hormonpflaster	9
Kombinationspille	9
Diaphragma	12
Kondom für den Mann	18
Kondom für die Frau	21
Verhütungsschwamm	12-24
Coitus Interruptus	22
Zyklusmethoden	24
Spermizid	28
keine Methode	85

Quelle: Guttmacher Institute: Are you in the know?, New York, 2012 (<http://www.guttmacher.org/in-the-know/contraceptive-use.html>).

Mehr Verhütungsmethoden für Frauen als für Männer

Das Aktionsprogramm von Kairo bezeichnet die Entwicklung neuer Verhütungsmethoden für Männer als ein vorrangiges Ziel und ruft zur Beteiligung der Privatwirtschaft auf. Die Länder werden dazu aufgefordert, besondere Anstrengungen im Hinblick auf die Beteiligung und Mitverantwortung der Männer bei der Familienplanung zu unternehmen. Bis heute, knapp 20 Jahre später, sind jedoch immer noch keine neuen Verhütungsmethoden für Männer in nennenswertem Umfang auf den Markt gekommen. Angesichts der wenigen verfügbaren Verhütungsoptionen für Männer hat sich der Anteil der Männer, die Methoden der Familienplanung nutzen, nicht wie erhofft entwickelt. Selbst wenn man über das Männerkondom hinaus sämtliche traditionelle Methoden hinzuzählt, die eine Kooperation des Mannes erfordern (wie Coitus Interruptus und Zyklusmethoden), beträgt der Anteil männlicher Methoden an den insgesamt praktizierten Verhütungsmethoden weltweit lediglich 26 Prozent.



▲ Ein Paar bei einem Besuch in einer ländlichen Familienplanungseinrichtung in Mindanao (Philippinen).

© Panos/Chris Stowers

Der ungedeckte Bedarf an Familienplanung

Von den 1,52 Milliarden Frauen im gebärfähigen Alter in den Entwicklungsländern benötigen schätzungsweise 867 Millionen Frauen Verhütungsmittel. 645 Millionen davon nutzen eine moderne Verhütungsmethode. Die verbleibenden 222 Millionen Frauen haben einen ungedeckten Bedarf an Familienplanung.

- In den Entwicklungsländern gibt es 2012 schätzungsweise 80 Millionen ungewollte Schwangerschaften entweder aufgrund von misslungener Verhütung oder weil Frauen auf Verhütung verzichten, obwohl sie (noch) nicht schwanger werden wollen.
- 63 Millionen der 80 Millionen ungewollten Schwangerschaften gehen auf die 222 Millionen Frauen mit einem ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmethoden zurück.
- 18 Prozent der ungewollten Schwangerschaften treten unter den Frauen auf, die eine moderne Methode anwenden. Sie sind auf eine falsche oder unregelmäßige Anwendung oder auf das Versagen der Methode zurückzuführen.

Warum ist der ungedeckte Bedarf an Verhütung nach wie vor so groß?

Nach wie vor möchten 222 Millionen Frauen gerne verhüten, haben aber keinen Zugang zu modernen Verhütungsmitteln. Der ungedeckte Bedarf an Verhütung ist weltweit von 2008 bis 2012 prozentual leicht zurückgegangen. Im selben Zeitraum nahm die Zahl der Frauen, die eine Schwangerschaft vermeiden möchten, um fast 40 Millionen zu. Im weltweiten Vergleich wurden die größten Fortschritte bei der Reduzierung des ungedeckten Bedarfs an Verhütung in Südostasien erzielt. Trotz dieser Erfolge besteht nach wie vor ein erheblicher Bedarf an gezielten Interventionen, um vor allem unterversorgte Gemeinschaften und marginalisierte Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

In den Entwicklungsländern haben insgesamt 18 Prozent der verheirateten Frauen einen ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln. In West-, Zentral- und Ostafrika sowie in Westasien sind sogar 30 bis 37 Prozent der Frauen betroffen.

Schwache Gesundheitssysteme und unzureichende Gesundheitsdienste tragen insbesondere in West- und Zentralafrika zum hohen ungedeckten Bedarf an Verhütung bei. In nahezu allen Entwicklungsländern haben arme Frauen mehr Kinder und verwenden seltener moderne Verhütungsmethoden als wohlhabendere Frauen. In Afrika südlich der Sahara nutzen Frauen aus dem obersten Einkommensfünftel im Durchschnitt dreimal häufiger moderne Verhütungsmethoden als solche aus dem untersten Einkommensfünftel. Der Hauptunterschied zwischen Anwenderinnen und Nichtanwenderinnen besteht darin, dass die einen aufgrund ihres höheren Einkommens und Bildungsgrades einen besseren Zugang zu Informationen und mehr Wahlmöglichkeiten haben. Deshalb können sie ihren Wunsch, weniger Kinder zu bekommen, eher umsetzen.

Fast vier von fünf ungewollten Schwangerschaften entfallen auf Frauen mit ungedecktem Bedarf an Familienplanung. Auch die falsche oder unregelmäßige Anwendung von Verhütungsmitteln trägt zu den unge-

wollten Schwangerschaften bei. Dafür können ungeeignete Beratungen und Informationen verantwortlich sein. Ein weiterer Grund für ungewollte Schwangerschaften ist, dass Frauen die bisher praktizierte Methode absetzen, ohne auf eine Alternative umzusteigen. In fast allen Entwicklungsländern liegt die Anwendung moderner Verhütungsmethoden bei Frauen, die noch nie verheiratet waren, weit unter der bei verheirateten Frauen. Eine Ausnahme stellen die Länder Afrikas südlich der Sahara dar, wo für Frauen neben der Empfängnisverhütung der Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten einschließlich HIV eine besonders große Rolle spielt. Dort sind Kondome das von unverheirateten Frauen am häufigsten benutzte Verhütungsmittel.

Die vorliegenden Daten bekräftigen die Notwendigkeit für jugendfreundliche Familienplanungsangebote. Mädchen aus armen Familien werden fast doppelt so häufig im Teenageralter schwanger wie gleichaltrige Mädchen aus wohlhabenden Familien. Dazu kommt, dass arme Mädchen häufiger verheiratet, schlechter gebildet und eher unterernährt sind und zudem mit höherer Wahrscheinlichkeit Frühgeburten erleiden oder untergewichtige Säuglinge zur Welt bringen. In vielen Ländern Afrikas südlich der Sahara konnte in den letzten zehn Jahren der Zugang zu Familienplanung von Jugendlichen kaum verbessert werden – im Durchschnitt hat dort nach wie vor jedes vierte Mädchen einen ungedeckten Bedarf an Verhütung.

Verhütung trägt zum Rückgang der Abtreibungsraten bei

Der lange andauernde Rückgang bei den Abtreibungsraten ist zum Stillstand gekommen. Experten gehen davon aus, dass von den 80 Millionen ungewollten Schwangerschaften, die für 2012 in den Entwicklungsländern erwartet werden, 40 Millionen mit einem Schwangerschaftsabbruch enden. Die meisten ungewollten Schwangerschaften, die mit einer Abtreibung enden, gehen auf den Verzicht von Verhütung oder das Versagen einer Verhütungsmethode, insbesondere traditioneller

Methoden wie dem Coitus Interruptus, zurück.

Würde man stärker auf die Bedenken von Frauen gegenüber modernen Methoden eingehen und Frauen, die eine Methode absetzen, bei der Suche nach einer wirksamen Alternative helfen, könnte die Zahl der ungewollten Schwangerschaften in Afrika südlich der Sahara, Südasien und Südostasien um 60 Prozent und die der Abtreibungen in diesen Regionen um über die Hälfte reduziert werden. Würde der ungedeckte Bedarf an Verhütung vollständig befriedigt, könnten 54 Millionen ungewollte Schwangerschaften vermieden und die Zahl der Abtreibungen um 26 Millionen von 40 auf 14 Millionen reduziert werden.

Etwa die Hälfte aller Abtreibungen weltweit wird unsachgemäß vorgenommen. Quer durch sämtliche Altersgruppen finden nahezu alle (98 Prozent) unsicheren Abtreibungen in Entwicklungsländern statt, wobei der Hauptanteil auf Afrika südlich der Sahara entfällt. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation kommt es jährlich zu 21,6 Millionen unsicheren Abtreibungen – eine Zahl, die mit der wachsenden Anzahl von Frauen im

▼ *Mobile Gesundheitsshelferin in Gaborone (Botswana) bei einem Hausbesuch.*
© Panos/Giacomo Pirozzi



reproduktiven Alter weltweit stetig zunehmen dürfte.

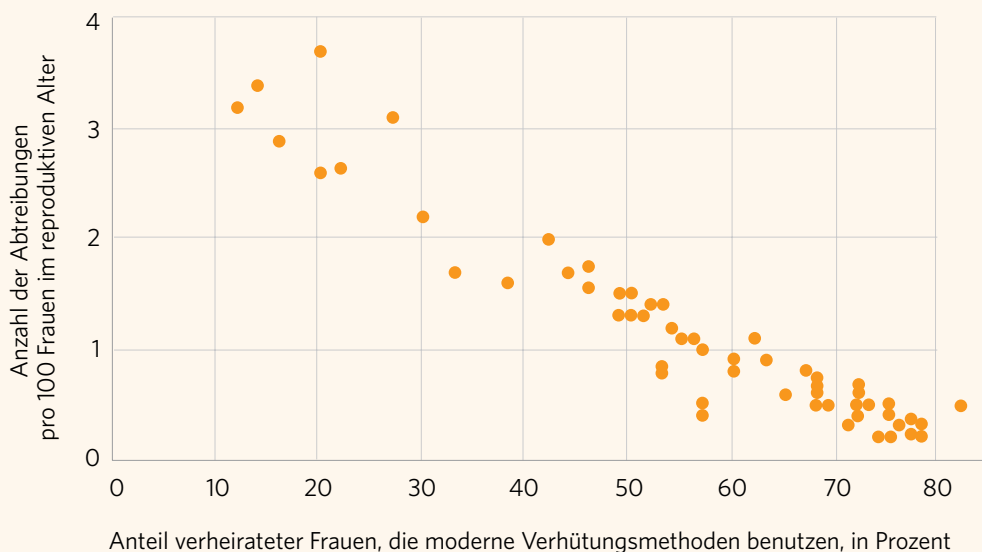
Weltweit werden schätzungsweise 40 Prozent aller unsicheren Abtreibungen bei Jugendlichen und Heranwachsenden durchgeführt. Diese sind einem höheren Risiko von Tod und lebenslanger Behinderung als erwachsene Frauen ausgesetzt. Denn sie warten oftmals vergleichsweise lange, bis sie eine Abtreibung vornehmen lassen, und verzichten im Falle von Komplikationen eher auf professionelle Hilfe. Mitverantwortliche Faktoren für den Anstieg der Abtreibungsraten sind Beschränkungen beim Zugang zu Verhütung sowie der weltweit wachsende Wunsch, kleinere Familien zu haben oder erst später im Leben Kinder zu bekommen.

Im Vergleich zu erwachsenen Frauen sind junge Frauen einem zwei- bis fünffach höheren Risiko ausgesetzt, an Komplikationen während der Geburt zu sterben. Am höchsten ist das Müttersterblichkeitsrisiko bei Mädchen,

die vor dem 15. Lebensjahr ein Kind bekommen. Bei schwangeren Mädchen unter 19 Jahren ist das Risiko der Müttersterblichkeit viermal höher als bei Frauen, die mindestens 20 Jahre alt sind.

Weltweit entfallen nahezu 95 Prozent aller Geburten von Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren auf Entwicklungsländer – und dort auf Mädchen, die in 90 Prozent der Fälle bereits verheiratet sind. Kinderehen – Ehen, die vor Erreichen des 18. Lebensjahres geschlossen werden – werden zwar zunehmend als ein Verstoß gegen die Menschenrechte von Mädchen anerkannt. Dennoch sind sie nach wie vor weit verbreitet, insbesondere in Afrika und Südasien, wo schätzungsweise die Hälfte aller Mädchen vor Vollendung des 18. Lebensjahres verheiratet werden. Die meisten dieser Mädchen werden schon bald nach der Eheschließung schwanger.

Abtreibungsraten und Anwendung moderner Verhütungsmethoden in 59 ausgewählten Ländern



Quelle: Charles F. Westoff: Recent Trends in Abortion and Contraception in Twelve Countries. DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, Maryland: ORC Macro, 2005.



▲ Paar mit Baby in Vulcan (Rumänien).

© Panos/Petru Calinescu

Die Notwendigkeit umfassender Daten

Eine fundierte Bewertung von Familienplanungstrends erfordert eine detaillierte Analyse. Nur so lässt sich feststellen, welche Gruppen am verwundbarsten sind, wessen Bedürfnisse bisher vernachlässigt wurden und warum Menschen ihr Recht auf Familienplanung nicht wahrnehmen können.

Politische Entscheidungsträger müssen auf umfassende und sektorübergreifende Daten zum Thema Bevölkerungsdynamik zugreifen können. Dazu gehören die Veränderung der Altersstrukturen, die voranschreitende Urbanisierung sowie weitere Trends. Um die Zahl ungewollter Schwangerschaften zu verringern, reicht es nicht aus, nur die Verfügbarkeit von Familienplanung auszuweiten. Vielmehr sind Analysen erforderlich, die aufzeigen, wo der ungedeckte Bedarf an Verhütung am höchsten ist, wo die Bemühungen zur Durchsetzung

der reproduktiven Rechte noch unzureichend sind und wo kulturelle, soziale, wirtschaftliche oder logistische Barrieren Einzelpersonen und Paare vom Zugang zu Informationen und hochwertigen Dienstleistungen der Familienplanung abhalten.



Herausforderungen auf dem Weg zu einem universellen Zugang zu Familienplanung

Ungeachtet zahlreicher Gesetze bestehen auch heute noch viele Barrieren, die den Zugang zu – und damit das Recht auf – Familienplanung einschränken. Manche Hürden hängen mit den Kosten zusammen, andere mit Problemen bei der Bereitstellung hochwertiger Hilfsgüter und Dienstleistungen in abgelegenen Gebieten. Andere Hürden sind bedingt durch gesellschaftliche Normen, Sitten oder fehlende Gleichstellung der Geschlechter – und wieder andere durch politische oder gesetzliche Rahmenbedingungen.

Aufgrund dieser Barrieren sehen sich viele Bevölkerungsgruppen außerstande, ihr Recht auf die Entscheidung darüber auszuüben, ob, wann und unter welchen Bedingungen sie Kinder bekommen wollen. In vielen Fällen wurzelt das Problem in direkten oder indirekten Diskriminierungen und der unzureichenden Umsetzung bestehender Gesetze, Maßnahmen und Programme.

Der Zugang zu Familienplanung ist somit nach wie vor eher ein Privileg, das manchen vorbehalten ist, statt ein Grundrecht, das alle Menschen ausüben können. Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, Alter, Familienstand, Flüchtlingsstatus, Geschlecht, Behinderung, Armut, geistige Gesundheit und andere Eigenschaften können den Zugang von Individuen zu Familienplanung beschränken.

Barrieren bezüglich der Familienplanung

Der Menschenrechtsansatz der Vereinten Nationen unterstreicht die Notwendigkeit, sowohl die Fähigkeiten von Individuen aufzubauen, ihre Rechte in Anspruch zu nehmen, als auch die Befähigung der Pflichttragenden (Staaten), ihre Verpflichtungen zu erfüllen. Folglich erfordern ein besserer Zugang zu und eine häufigere Nutzung von Dienstleistungen der Familienplanung die Stärkung insbesondere von marginalisierten und diskriminierten Rechteinhabern sowie den Aufbau von Fähigkeiten der Staaten, auf die Bedürfnisse aller Bürger einzugehen und ihren Rechenschaftspflichten nachzukommen.

Verpflichtungen des Staates erfordern einen Fokus auf die fehlende Gleichstellung der Geschlechter

In vielen Kulturen begründen Geschlechternormen bestimmte Einstellungen, Verhaltensweisen und Erwartungen von Männern und Frauen. Diese tragen zu Gesundheitsrisiken bei, die beide Geschlechter ihr Leben

◀ Brenda, 16, (links) und ihre ältere Schwester Atupele, 18, mussten die Schule abbrechen, weil ihre Familie die Schulgebühren nicht zahlen konnte. Nun sind beide junge Mütter.

© Lindsay Mgbor/UK DFID

lang betreffen. Mädchen und Frauen werden häufig daraufhin sozialisiert, passiv und unwissend in Bezug auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu bleiben. Sexualität wird typischerweise auf Reinheit und Jungfräulichkeit beschränkt. Frauen leben unter dem ständigen Zwang, sich sozialen Normen zu beugen, die ihre Sexualität auf die Ehe begrenzen. Zudem stoßen sie häufig auf Widerstand, wenn sie versuchen, von sich aus sexuelle Beziehungen anzusprechen, Fragen der Familienplanung zu diskutieren oder sich dem Geschlechtsverkehr zu verweigern.

Ein vielerorts dominantes Konzept von Maskulinität lehrt Jungen und Männer, dass Sexualität und sexuelle Leistungsfähigkeit ein zentraler Schlüssel zur Männlichkeit sind. Der Genuss sexueller Beziehungen wird als ihr Vorrecht betrachtet. Zudem lernen sie, dass sie in sexuellen Beziehungen die Führungsrolle übernehmen müssen. Das setzt sie einem erheblichen Druck und Unsicherheit aus. Traditionelle Sichtweisen, was es heißt, ein Mann zu sein, können Männer dazu veranlassen, sich auf zahlreiche sexuelle Beziehungen einzulassen und auf der Suche nach Lust und Eroberung gesundheitliche Risiken einzugehen. Weltweit lernen Männer, dass die primäre Verantwortung für Familienplanung nicht bei ihnen liegt. In vielen Ländern werden sie nicht einmal für Schwangerschaften außerhalb der Ehe zur Verantwortung gezogen.

Fehlende Gleichstellung der Geschlechter in Familienplanungsprogrammen

Die gesetzlichen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Barrieren, die dem Recht auf Gesundheit und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung im Wege stehen, werden durch die physiologischen Gegebenheiten der Fortpflanzung noch verstärkt. Vor allem Frauen bekommen die Konsequenzen einer verfehlten sexuellen und reproduktiven Gesundheitspolitik zu spüren, und sie müssen diese mit ihrer Gesundheit und manchmal auch mit dem Leben bezahlen. Wenn der Gleichberechtigung der Geschlechter mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird,

kann das Frauen und Männern aller Altersgruppen und quer durch alle sozialen Schichten dabei helfen, die Zahl ihrer Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt zu planen.

Traditionelle Geschlechternormen, die die Dominanz der Männer betonen, korrelieren mit schlechteren Gesundheitsresultaten. Die Gleichstellung von Frauen kann daher zu Verbesserungen bei Einstellungen und Praktiken in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit führen. In vielen Kulturen halten sich beharrlich traditionelle Einstellungen und Erwartungen zu Jungfräulichkeit, Heirat und familiärer Rollenverteilung. Sie werden oftmals noch verstärkt durch Ängste vor weiblicher Sexualität, Macht und Unabhängigkeit sowie durch die überaus realen Gefahren, denen Mädchen und Frauen ausgesetzt sind.

Je länger Mädchen zur Schule gehen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie während der Schulzeit erste sexuelle Erfahrungen machen. Dabei werden sie mit Risiken konfrontiert, auf die nur wenige Schulen angemessen eingehen, darunter sexuelle Gewalt, sexuell übertragbare Infektionskrankheiten einschließlich HIV, Schwangerschaft, Entbindung und unsichere Abtreibung. Natürlich sind nicht alle diese Gefahren neu oder auf die Schule beschränkt. Neu ist jedoch das Konfliktpotenzial zwischen traditionellen Anforderungen an die Mädchen (häusliche Pflichten, Jungfräulichkeit, sexuelle Zurückhaltung und Vorbereitung auf die Ehe) und ihrer neuen Rolle (Bildungserwerb, Umgang mit Gleichaltrigen und manchmal erhöhte Mobilität).

Nach Daten aus fünf afrikanischen Ländern zu den Erfahrungen von 12- bis 19-Jährigen, die im Alter von zwölf Jahren zur Schule gingen, brechen Mädchen in jeder der untersuchten Altersstufen die Schule eher ab als Jungen. Zudem wechseln sie seltener als Jungen von der Grund- auf eine weiterführende Schule. Mit Einsetzen der Regel und mit den ersten sexuellen Erfahrungen sind Mädchen einem sehr viel höheren Risiko als Jungen ausgesetzt, die Schule zu verlassen. Noch verheerender ist eine frühe Schwangerschaft. Die neuesten Forschungsergebnisse zeigen, dass Schwangerschaft und frühe

Eheschließung eher die Folge als die Ursache dafür sind, dass Mädchen die Sekundarschule nicht abschließen.

Traditionelle Einstellungen erschweren Familienplanung für bestimmte Gruppen

In allen Gesellschaften besteht nach wie vor die Erwartung, dass Sex nur zwischen Ehepartnern stattfindet. Dabei wird stillschweigend vorausgesetzt, dass sie gesund, heterosexuell, monogam, nicht zu alt oder zu jung sind und die reproduktiven Erwartungen ihrer Familien und der Gesellschaft erfüllen. Wenn die sexuellen Aktivitäten einer Person gegen eine dieser starren Vorgaben verstoßen, erschwert die Gesellschaft ihr den Zugang zu Informationen, Methoden und Dienstleistungen der Familienplanung.

Diese sozialen Normen wurden über lange Zeit durch Traditionen und kulturelle Faktoren gefestigt. Sie prägen den Dialog – beziehungsweise Nichtdialog – über die sexuellen Wünsche von Individuen, über ihre Motive dafür, ob und warum sie Zugang zu Familienplanung suchen, sowie über die Stigmatisierung und Diskriminierung, der sie ausgesetzt sind. Die unverheirateten Erwachsenen, die sexuell aktiv sind, müssen dringend über die möglichen Folgen sexueller Beziehungen informiert werden. Aber oftmals verhindern soziale Normen, dass den Betroffenen Zugang zu Informationen und Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung gewährt wird.

Trotz bestehender sozialer Normen, die bestimmte sexuelle Aktivitäten als »inakzeptabel« verdammen, sind die Staaten dazu verpflichtet, die öffentliche Gesundheit zu schützen. Natürlich können Regierungen allein diskriminierende Einstellungen und Normen im Bereich der Sexualität nicht ändern. Aber sie können Prozesse strukturieren und koordinieren, die soziale Zugangsbarrieren abschwächen. Sie können marginalisierte Gruppen dahingehend stärken, ihre Rechte wahrzunehmen, und sie können die Betroffenen mit angemessenen Informationen und Dienstleistungen einschließlich einer umfassenden und objektiven Sexualaufklärung versorgen.



▲ Paar bei einer Vorsorgeuntersuchung in Venezuela.
© UNFPA/Raúl Corredor

Junge Menschen

Trotz der internationalen Verpflichtungen, den universellen Zugang zur Familienplanung zu ermöglichen, werden die Bedürfnisse junger Menschen weitgehend vernachlässigt. Das hat zur Folge, dass die größte Generation junger Menschen in der Geschichte der Menschheit ihre reproduktiven Rechte nicht ausüben kann. Jungen Menschen fehlt die Möglichkeit, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden, das Risiko eines Schulabbruchs zu reduzieren und sich vor sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten einschließlich HIV zu schützen. Größtenteils wäre das vermeidbar.

44 Prozent der Weltbevölkerung sind heute unter 25 Jahre alt. In den Entwicklungsländern leben so viele Kinder und Jugendliche wie noch nie zuvor – 1,6 Milliarden beziehungsweise eine Milliarde. Mädchen im Alter von 10 bis 19 Jahren machen nahezu ein Fünftel aller Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter aus.



▲ Nujoud aus Sanaa (Jemen) wurde im Alter von zehn Jahren an einen zwanzig Jahre älteren Mann verheiratet. Sie ist jetzt geschieden.
© VII/Stephanie Sinclair

Der ungedeckte Bedarf an Familienplanung ist unter den 300 Millionen jungen Frauen im Alter von 15 bis 19 am höchsten. Mütter im Teenageralter und ihre Neugeborenen sind einem besonders hohen Risiko von Komplikationen bei der Geburt ausgesetzt. Es sind intensive Bemühungen erforderlich, um das Recht von Heranwachsenden auf Informationen und Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu schützen.

Nur wenige junge Menschen können ihre Sexualität in einer sicheren Umgebung und mit Hilfe von altersgemäßen Informationen und Dienstleistungen erkunden, die sie dazu befähigen, informierte Entscheidungen über ihr Sexualverhalten und ihre reproduktive Gesundheit zu treffen. Mitunter sind Familienplanungsprogramme von der Überzeugung geprägt, junge Menschen sollten bis zur Ehe abstinert bleiben. Diese Ansicht wird den vielfältigen Realitäten des Sexuallebens junger Menschen jedoch nicht länger gerecht.

Viele Millionen junge Menschen haben Sex, ohne dass ihre Eltern davon wissen oder Institutionen auf ihre Bedürfnisse eingehen. Diese jungen Menschen – ob verheiratet oder nicht – sind auf Dienstleistungen angewiesen, die ihnen helfen, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden und sich vor sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten einschließlich HIV zu schützen. Tag für Tag infizieren sich 2.500 Jugendliche – die Mehrheit davon Mädchen – mit HIV.

Da es jungen Menschen vor allem um Empfängnisverhütung und den Schutz vor Infektionen geht, spricht sie der Begriff »Familienplanung« häufig nicht an. Konventionell formulierte Informationen zur Familienplanung werden von ihnen daher als irrelevant abgetan. Dagegen wecken Verhütungsmittel als Möglichkeit, Schwangerschaften zu vermeiden und sich gegen sexuell übertragbare Infektionskrankheiten zu schützen, das Interesse junger Menschen. Auf ihre Bedürfnisse einzugehen, setzt voraus, mehr Gewicht auf Verhütung und den Schutz vor Krankheiten zu legen sowie auf eine umfassende und menschenrechtsbasierte Sexuaufklärung. Diese muss auf Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung basieren und eine offene Auseinandersetzung über Geschlechterrollen sowie sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen fördern.

Kinderehen

Obleich der Anteil der Mädchen zurückgeht, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres und damit vor Erreichen der international anerkannten Volljährigkeit verheiratet werden, sind Kinderehen in Afrika südlich der Sahara und Südasien nach wie vor weit verbreitet. Etwa 34 Prozent der Frauen in Entwicklungsländern im Alter von 20 bis 24 Jahren wurden vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet.

Verheiratete Mädchen machen die ersten sexuellen Erfahrungen in einem Alter, in dem sie noch kaum etwas über ihren Körper, über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie ihr Recht auf Familienplanung wissen. Minderjährige Ehefrauen stehen zudem unter einem

hohen sozialen Druck, ihre Fruchtbarkeit zu beweisen. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie früh und in enger zeitlicher Abfolge schwanger werden. Selbst wenn sie über genaue und umfassende Informationen darüber verfügen, wie sie eine frühe Schwangerschaft vermeiden können, erhalten sie nur selten die Zustimmung ihrer (üblicherweise älteren) Ehemänner zu verhüten, oder sie haben erst gar keinen Zugang zu Verhütungsmitteln. Das trägt zu den hohen Geburtenraten unter Heranwachsenden bei.

Ledige aller Altersgruppen

Im Vergleich zu früheren Generationen haben heute mehr junge Menschen und Erwachsene im fortpflanzungsfähigen Alter Sex außerhalb der Ehe – ohne den unmittelbaren Wunsch, Kinder zu zeugen. Damit auch diese Gruppen Zugang zu Familienplanung erhalten, muss anerkannt werden, dass Menschen nicht nur innerhalb ehelicher Beziehungen sexuell aktiv sind, sondern auch davor und danach. Der Großteil der sexuellen Aktivitäten findet innerhalb der Ehe statt. Doch auch die vielen Menschen, die nie verheiratet waren oder es nicht mehr sind, sind sexuell aktiv und haben einen Bedarf an Familienplanung. Neuere Daten belegen, dass der Dialog über Familienplanung – und die tatsächliche Anwendung – zunehmend unter denjenigen stattfindet, die Singles, verwitwet oder geschiedenen sind oder getrennt leben.

Wenn staatliche Familienplanungsprogramme Unverheiratete ausschließen, wird ein wachsender Teil der Bevölkerung marginalisiert. Aber auch wenn religiöse und soziale Normen die Ehe als Voraussetzung für Sexualverkehr vorschreiben, hat der Staat die Pflicht, allen Personen den Zugang zu Familienplanung zu gewähren – unabhängig von ihren religiösen Überzeugungen und sexuellen Praktiken und frei von Diskriminierung.

Jungen und Männer

Idealerweise planen Männer und Frauen gemeinsam und partnerschaftlich die Zahl ihrer Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt. Allerdings wird den speziellen

Bedürfnissen und der Teilhabe von Jungen und Männern in der Familienplanung bisher nur wenig Beachtung geschenkt, insbesondere im Hinblick auf ihre Rolle als Partner, der die Gesundheit seiner Frau schützt. Schädliche Geschlechternormen beeinflussen die Einstellungen und das Verhalten von Jungen und Männern und haben negative Konsequenzen – nicht nur für Mädchen und Frauen, sondern auch für die Jungen und Männer selbst. Jungen und Männer können aber auch durchaus geschlechtergerechte Einstellungen und Verhaltensweisen übernehmen. Und sie tun das auch. Diese tragen zu einer besseren Gesundheit für sie selbst, ihre Partner und ihre Familien bei – eine Erkenntnis, die zunehmend Eingang findet in Maßnahmen und Programme der Familienplanung.

Die Fruchtbarkeitspräferenzen der Männer haben sich im Laufe der Zeit verändert. Generell streben junge Männer heute kleinere Familien an. Das bedeutet, dass junge und erwachsene Männer einen zunehmenden

▼ *Junge Männer auf dem Tahrir-Platz in Kairo.*
© UNFPA/Matthew Cassel



Bedarf an Informationen und Dienstleistungen haben, die sie in ihrer Familienplanung unterstützen. Obwohl immer mehr Männer über männliche Verhütungsmethoden informiert sind, verhüten mit einem Anteil von rund 75 Prozent weltweit nach wie vor hauptsächlich die Frauen. In Entwicklungsländern beispielsweise verlassen sich nur neun Prozent der verheirateten Frauen auf moderne Verhütungsmethoden, die eine Mitwirkung des Mannes erfordern – etwa Kondome und die Sterilisation des Mannes.

Marginalisierte Gruppen

Die Vernachlässigung der Rechte einzelner Bevölkerungsgruppen steht der Erfüllung nationaler Entwicklungsziele entgegen. Oft haben genau diese Gruppen den größten ungedeckten Bedarf an Familienplanung. Das Sexual-

▼ *Teenager in Madagaskar während eines Gesprächs über sicheren Sex.*
© Panos/Piers Benatar



verhalten von jungen Menschen, unverheirateten Personen aller Altersstufen, Jungen und Männern und weiteren marginalisierten Gruppen verstößt häufig gegen die vorherrschenden sozialen Normen – deshalb sind sie am ehesten vom Zugang zu einer zuverlässigen und hochwertigen Familienplanung ausgeschlossen.

Familienplanungspolitik muss die Integration und die soziale Inklusion vorantreiben und einen rechtebasierten Ansatz verfolgen. Ansonsten kann es passieren, dass bei der Verbreitung von Informationen und Dienstleistungen ganze Segmente der Bevölkerung systematisch vernachlässigt werden.

Schlechte Qualität von Gesundheitssystemen führt zu geringerer Nutzung

Wenn Dienstleistungen der Familienplanung unzuverlässig sind, von schlecht ausgebildetem Personal erbracht werden oder Verhütungsmittel und Informationen nur eingeschränkt verfügbar sind, besteht die Gefahr, dass Menschen auf Familienplanung verzichten. Das aber verhindert, dass sie ihr Recht auf Familienplanung wahrnehmen können.

Angeichts begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen sind die Gesundheitssysteme in vielen Ländern nicht hinreichend ausgestattet, um ein breites Angebot an Dienstleistungen und die Versorgung mit Hilfsgütern aller Art zu gewährleisten. Davon sind insbesondere auf dem Land lebende Menschen betroffen – häufig haben sie keinen Zugang zu den Dienstleistungen, die Bewohnern urbaner Gebiete zur Verfügung stehen.

Wenn die Mitarbeiter im Gesundheitssektor unzureichend für den menschenrechtsbasierten Ansatz sensibilisiert und angeleitet werden, handeln sie teilweise entsprechend bestehender Vorurteile und diskriminierender Einstellungen. Manche Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen sind voreingenommen gegenüber Minderheiten. Die Einstellung von Gesundheitspersonal kann sich auch auf die Qualität der Informationen auswirken, die bestimmte Klienten erhalten. Das wiederum schränkt deren Wissen über verfügbare Optionen und damit ihre

Fähigkeit zu informierten Entscheidungen ein.

Auch eine mangelnde Privatsphäre und die Unfähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zu kommunizieren, können als Zugangsbarrieren wirken. Gesundheitsdienste in Flüchtlingslagern achten oft nicht ausreichend darauf, das Recht aller Klienten auf Schutz der Privatsphäre, Vertraulichkeit und Nichtdiskriminierung zu gewährleisten – insbesondere bei Heranwachsenden und Unverheirateten. Infolge der begrenzten Bereitschaft, Menschen in mobilen, temporären und von Mangel geprägten Situationen bei ihrer Familienplanung zu unterstützen, erhalten Binnenvertriebene oder Flüchtlinge oft keinen Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen.

Weiterhin besteht die Gefahr, dass es möglichen Nutznießern von Familienplanungsangeboten gerade in Situationen, die für ihre lebenslange Gesundheit entscheidend sein können, am notwendigen Vertrauen zu den Anbietern von Gesundheitsdiensten fehlt. In Gemeinschaften mit einem hohen Anteil an HIV-Infizierten etwa können negative Erfahrungen, die junge Menschen aus bestimmten Kasten oder ethnischen Gruppen gemacht haben, diese in entscheidenden Momenten davon abhalten, Rat oder Hilfe zu suchen. Ethnische Minderheiten, Angehörige niedriger Kasten und Sexarbeiter, die häufig einen großen Teil ihres Lebens in armen, nur schwer erreichbaren oder anderen stigmatisierten Gemeinschaften verbringen, bleibt der Zugang zu der vollen Bandbreite verfügbarer Familienplanungsangebote häufig verwehrt.

Gesetze, die Familienplanung kriminalisieren, beeinträchtigen Rechte und Gesundheit

Gesetze und Maßnahmen, die den Zugang von Menschen zu Dienstleistungen der Familienplanung einschränken, beeinträchtigen das Recht von Frauen auf Gesundheit und verfestigen Stigmatisierung und Diskriminierung. Anand Grover, der UN-Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit, rief die Staaten dazu auf, strafrechtliche Klauseln und andere Gesetze aufzuheben, die den Zugang zu Informationen über und Bildungsangeboten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit



▲ Olivia Adelaide ist Laborassistentin im Boane-Gesundheitszentrum in Mosambik. Dort werden Basisgesundheitsdienste angeboten sowie Dienste der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung und HIV-Untersuchungen.

© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

beschränken. Er betonte, dass alle Gesetze und rechtlichen Restriktionen, die den Zugang zu Familienplanung einschränken oder verhindern – einschließlich der »Pille danach« –, das Recht auf Gesundheit verletzen. Zudem zeugten solche Regelungen von einer diskriminierenden Haltung gegenüber der Rolle der Frau in Familie und Gesellschaft.



Soziale und wirtschaftliche Effekte von Familienplanung

Eine bessere reproduktive Gesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung wirkt sich positiv auf die Wirtschaft und damit auf nachhaltige Entwicklung aus. Frauen, die gesündere Schwangerschaften und sicherere Entbindungen haben, sind geringeren Sterblichkeitsrisiken ausgesetzt und insgesamt gesünder. Sie bringen gesündere Babys zur Welt, und auch später ist der Gesundheitszustand ihrer Kinder besser.

Diese gesundheitlichen Verbesserungen ziehen viele wirtschaftliche Vorteile nach sich: mehr Geld, das in die Schulbildung investiert werden kann, eine höhere Produktivität, eine höhere Erwerbsbeteiligung und somit letztlich höhere Einkommen und Ersparnisse.

Familienplanung und die Gesundheit von Frauen

Mit dem Zugang zu Familienplanung geht die Gesamtfruchtbarkeit zurück. So kommt es zu weniger ungewollten Schwangerschaften, und die Zahl der Risikoschwangerschaften sinkt. Das wiederum senkt das Risiko der Müttersterblichkeit. Der Zugang zu Familienplanung ermöglicht es Frauen zudem, den Abstand der Geburten zu planen. So wird dem mütterlichen Erschöpfungssyndrom vorgebeugt und das Risiko von Frühgeburten und Geburtskomplikationen gemindert.

Besonders groß ist der gesundheitliche Nutzen der Familienplanung für Heranwachsende und junge Frauen.

Weil ihr Körper noch nicht reif genug für eine Schwangerschaft ist, haben Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren ein doppelt so hohes Risiko der Müttersterblichkeit wie ältere Frauen. Zudem sind sie eher von Geburtskomplikationen wie Scheidenfisteln betroffen.

Ein verbesserter Zugang zu Familienplanung kann die Lebenserwartung erhöhen, indem frühe Schwangerschaften vermieden werden, die Zahl der Risikoschwangerschaften vermindert und das Risiko vorzeitiger Sterblichkeit oder dauerhafter Erkrankungen reduziert wird.

Auswirkungen auf die Erwerbsbeteiligung von Frauen

Der Zugang zu Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit ermöglicht es Frauen, den Abstand zwischen Geburten zu kontrollieren, und verbessert damit ihre Fähigkeit, am Erwerbsleben teilzunehmen. Eine Analyse der Auswirkungen der Antibabypille ergab, dass der legale Zugang zur Pille vor Vollendung des 21. Lebensjahres mit einem deutlichen Rückgang der Zahl der Erstgebärenden unter 22 Jahren einherging. Gleichzeitig stieg der Frauenanteil an der erwerbstätigen Bevölkerung und die Zahl



▲ Ricardo und Sara aus Mexiko-Stadt haben sich entschieden, mit der Heirat und dem Kinderkriegen zu warten, bis sie die Schule abgeschlossen und Arbeit gefunden haben.

© UNFPA/Ricardo Ramirez Arriola

der geleisteten Jahresarbeitsstunden. Die Effekte sind signifikant: Im Zeitraum von 1970 bis 1990 war der frühe Zugang zur Pille für drei Prozent der insgesamt um 20 Prozent gestiegenen Erwerbsbeteiligungsrate verantwortlich. 67 der insgesamt 450 zusätzlich geleisteten Jahresarbeitsstunden pro Jahr (1990 gegenüber 1970) unter Frauen im Alter von 16 bis 30 Jahren gingen auf den frühen Zugang zur Pille zurück.

Ähnliches gilt für die Lockerung der Abtreibungsgesetze in vielen Ländern. Die Reformen bewirkten einen Rückgang der durchschnittlichen Fertilitätsrate um ein Kind pro Frau und einen Anstieg der Erwerbsbeteiligungsquote von Frauen zwischen 20 und 44 Jahren von fünf bis zehn Prozent. Eine Ausweitung der Erwerbsbeteiligung von Frauen in dieser Größenordnung führt zu einem Wachstum des Pro-Kopf-Einkommens von rund sieben Prozent.

Familienplanung und das Wohlergehen von Kindern

Bessere Dienstleistungen der Familienplanung wirken sich auch auf die Gesundheit der Kinder positiv aus. Familienplanungsangebote vermindern die Anzahl der Geburten (insbesondere die riskanter Geburten) und vergrößern den zeitlichen Abstand zwischen den Geburten. Gesundere Frauen bringen gesündere Kinder zur Welt und verfügen über mehr Ressourcen, die sie zum Wohle ihrer Kinder einsetzen können.

Gesundheit von Säuglingen und Kindern

Zahlreiche Studien belegen einen positiven Zusammenhang zwischen Familienplanung und Überlebensraten von Kindern: Frauen, die an Familienplanungsprogrammen teilnehmen, sind – ebenso wie ihre Kinder – einem geringeren Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt. Zwar kann der Zusammenhang aufgrund verschiedener Faktoren wie Stilldauer und -intensität sowie Zeitpunkt der Entbindung nicht als direkt kausal bezeichnet werden. Doch es gibt

Schätzungen der Gesamtfruchtbarkeitsrate

2010–2015, mittlere Projektion

Region	Gesamtfruchtbarkeitsrate (Kinder pro Frau), 2010–2015
Welt	2,45
entwickelte Regionen	1,71
weniger entwickelte Regionen	2,57
am wenigsten entwickelte Staaten	4,10
weniger entwickelte Regionen (ohne am wenigsten entwickelte Staaten)	2,31
weniger entwickelte Regionen (ohne China)	2,86
Afrika	4,37
Ostafrika	4,74
Zentralafrika	5,16
Nordafrika	2,75
Südliches Afrika	2,46
Westafrika	5,22
Asien	2,18
Ostasien	1,56
Südliches Zentralasien	2,56
Zentralasien	2,46
Südasien	2,57
Südostasien	2,13
Westasien	2,85
Europa	1,59
Osteuropa	1,49
Nordeuropa	1,86
Südeuropa	1,49
Westeuropa	1,69
Lateinamerika und Karibik	2,17
Karibik	2,25
Zentralamerika	2,41
Südamerika	2,06
Nordamerika	2,04
Ozeanien	2,45

Quelle: Vereinte Nationen.

zahlreiche Hinweise darauf, dass eine Verlängerung der Geburtenabstände die Sterblichkeitsraten unter Neugeborenen, Säuglingen und Kindern reduziert. Durch Geburtenabstände von drei bis fünf Jahren könnte allein in Entwicklungsländern die Säuglingssterblichkeit um bis zu 46 Prozent gesenkt werden.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor von besseren Familienplanungsdienstleistungen auf die frühkindliche Gesundheit ist die bessere mütterliche Ernährung, die mit zeitlich weiter auseinanderliegenden und insgesamt weniger Schwangerschaften einhergeht. Es gibt inzwischen zahlreiche Studien aus der Medizin, den Gesundheits- und den Sozialwissenschaften, die belegen, dass die mütterliche Ernährung entscheidend für die Entwicklung des Kindes ist. Unterernährung von Müttern ist erwiesenermaßen mit einem erhöhten Risiko von intrauteriner Wachstumsverzögerung, Komplikationen bei der Geburt und Geburtsfehlern verbunden. Ein verzögertes Wachstum des Fötus' erhöht indirekt das Risiko der Neugeborenensterblichkeit, insbesondere aufgrund von Sauerstoffmangel bei der Geburt oder Infektionen (Blutvergiftung, Lungenentzündung und Durchfall). Diese sind weltweit für über die Hälfte aller Sterbefälle unter Neugeborenen verantwortlich.

Schulbildung der Kinder

Verbesserungen der reproduktiven Gesundheit und des Zugangs zu Familienplanung haben in mehrfacher Hinsicht positive Auswirkungen auf die Investitionen in das Humankapital von Kindern. Der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung schafft neue Anreize für Investitionen in die Schulbildung. Darüber hinaus wirkt sich der verbesserte Gesundheitszustand von Müttern in der Schwangerschaft vorteilhaft auf die kognitive Entwicklung der Kinder aus. Und schließlich setzt der Rückgang der Fertilität bei den Müttern Ressourcen frei und ermöglicht ihnen höhere Investitionen in die Schulbildung ihrer Kinder.



▲ Bei einem Familienplanungsworkshop in Costa Rica.
© UNFPA/Alvaro Monge

Reproduktive Gesundheit und Wohlergehen von Familien

Ein Rückgang der Fertilität und eine bessere Gesundheit können das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen von Familien in vielerlei Hinsicht fördern. Erstens sind gesündere Menschen produktiver und erzielen im Durchschnitt höhere Einkommen. Zweitens haben gesündere Menschen eine höhere Lebenserwartung und damit mehr Möglichkeiten, in ihre Bildung und ihr Humankapital zu investieren und Nutzen daraus zu ziehen. Der positive Effekt wird dadurch verstärkt, dass Eltern bei fallender Kinderzahl mehr Ressourcen in jedes einzelne Kind investieren.

Sparquote, Einkommen und Vermögen von Haushalten

Die bessere Gesundheit und höhere Lebenserwartung, die mit dem verbesserten Zugang zu Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit einschließlich der Familienplanung einhergehen, wirken sich über die gesamte Lebensspanne auf das Ausgabe- und Sparverhalten von

Individuen aus. Mit zurückgehender Geburtenrate verlassen sich immer weniger Menschen auf ihre Kinder als Garantie für ihre Altersversicherung. Stattdessen legen sie Mittel für das Rentenalter zurück. Verstärkt wird die Sparneigung durch die bessere Gesundheit und höhere Lebenserwartung. Denn beides vergrößert die Wahrscheinlichkeit, das Rentenalter zu erreichen, und verlängert die Dauer des Ruhestands. Dieser Zusammenhang zwischen sinkender Fertilität und steigenden Sparquoten ist gut belegt: Zahlreiche Studien weisen eine positive Korrelation zwischen Fertilitätsrückgängen oder steigenden Lebenserwartungen einerseits und höheren Sparquoten andererseits nach.

Der verbesserte Zugang zu Familienplanung, sinkende Fruchtbarkeitsraten, zurückgehende Müttersterblichkeits- und -morbiditätsraten sowie die Verbesserung der Gesundheit von Kindern vermindern auch mögliche finanzielle Belastungen durch schwere Krankheiten oder Tod. Diese können zum plötzlichen Einkommensverlust führen und sich so negativ auf die Gesundheit überlebender Haushaltsmitglieder auswirken, insbesondere auf die von Kindern.

Gesundheit, demographischer Wandel und nachhaltige Entwicklung

Als Folge des Geburtenrückgangs geht der Anteil der jungen Menschen an der Gesamtbevölkerung zurück, der Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung steigt. Dieser als »demographische Dividende« bezeichnete, zeitlich begrenzte Anstieg des Anteils der Menschen im erwerbsfähigen Alter erzeugt bei gleichzeitigem Rückgang des so genannten »Abhängigenanteils« günstige Voraussetzungen für die wirtschaftliche Entwicklung.

Die demographische Dividende ermöglicht es Ländern, Einkommen, Ersparnisse und Investitionen zu steigern und den sozialen Wandel voranzutreiben. Voraussetzung dafür sind Programme und Maßnahmen, die gezielt in das Humankapital der jungen Bevölkerung investieren – unter anderem durch höhere Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und Bildung, durch verstärkte

Investitionen in die Infrastruktur und durch die Förderung bürgerschaftlicher Partizipation.

Eine bessere Gesundheit, höhere Investitionen in die Schulbildung, höhere Sparquoten und ein höheres Investitionsniveau erzeugen ein stärkeres wirtschaftliches Wachstum. Das rapide Wachstum mehrerer ostasiatischer Volkswirtschaften seit 1975 hängt nachgewiesenermaßen mit ihrer demographischen Dividende zusammen.

Wie wissenschaftliche Untersuchungen belegen, gehört ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung mit zu den stabilsten und stärksten Motoren des wirtschaftlichen Wachstums. Schätzungen zufolge nimmt das Bruttoinlandsprodukt eines Landes pro zusätzlichem Jahr durchschnittlicher Lebenserwartung um etwa vier Prozent zu.

▼ *Jugendfreundliche Gesundheitsdienste in Ägypten.*

© UNFPA/Matthew Cassel





Kosten und Nutzen von Familienplanung

Der verbesserte Zugang zu Familienplanung ist Voraussetzung für die vollständige Umsetzung der Menschenrechte. Er führt zu einem erhöhten wirtschaftlichen und sozialen Wohlergehen von Individuen, Haushalten, Gemeinden und Nationen. Die Frage ist allerdings: Was wird das kosten?

Mit der zunehmenden Zahl von Menschen, die insbesondere in den ärmsten Ländern ins fortpflanzungsfähige Alter eintreten, wird der Bedarf an Familienplanung in der nahen Zukunft weiter wachsen. Rund 15 Prozent der Frauen in Entwicklungsländern möchten die nächste Geburt verzögern oder keine Kinder mehr bekommen. Aber sie verwenden keine modernen Verhütungsmethoden. Damit ist ihr Recht auf Familienplanung gefährdet.

In den reicheren Ländern ist der ungedeckte Bedarf an Verhütung niedriger. Der Anteil der ungewollten Schwangerschaften ist allerdings sowohl in reichen als auch in armen Ländern vergleichsweise hoch. Er reicht von 30 Prozent in Europa bis zu 64 Prozent in Südamerika.

Veränderungen in der Nutzung von Verhütung

Aufgrund des höheren Eheintrittsalters und der Zunahme sexueller Aktivitäten vor der Ehe haben insbesondere unverheiratete Personen einen großen und weiter wachsenden Bedarf an Dienstleistungen der sexuellen und

reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung. Sexuell aktive, unverheiratete Frauen sind im Vergleich zu verheirateten Frauen einem höheren Risiko ungewollter Schwangerschaften ausgesetzt. Frauen in eheähnlichen Gemeinschaften verhüten zwar ähnlich häufig wie verheiratete Frauen, sind im Allgemeinen aber jünger, sexuell aktiver und möglicherweise auch fruchtbarer.

Die Verhütungsrate von verheirateten Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren ist in Industrie- und Entwicklungsländern von fast null Anfang der 1960er Jahre auf 47 Prozent im Jahr 1990 und 55 Prozent im Jahr 2000 angestiegen. Seitdem gab es eine weitgehende Stagnation. In Ostafrika ist die Rate von 2008 bis heute von 20 auf 27 Prozent angestiegen, in Südostasien im selben Zeitraum von 50 auf 56 Prozent. Der durchschnittliche Anstieg der Nutzung moderner Methoden um 1,7 Prozent pro Jahr von 2008 bis 2012 bedeutet, dass heute 42 Millionen mehr verheiratete Frauen Familienplanung betreiben als vor vier Jahren.

Neue Schätzungen gehen davon aus, dass von den 1,52 Milliarden Frauen im reproduktionsfähigen Alter, die in Entwicklungsländern leben, 867 Millionen Frauen einen Bedarf an Familienplanung haben. In drei von vier Fällen wird dieser Bedarf gedeckt. Bei jeder vierten Frau allerdings nicht.

◀ Zusammen mit fast 200 Frauen hat sich Mwanasha im Schatten des Baobab eingefunden. Die Frauen warten auf Verhütungsmittel, die vielen von ihnen das Leben retten und die Zukunft ihrer Familien entscheidend beeinflussen können. In Malawi stirbt eine von 36 Frauen bei der Geburt – im Vergleich dazu ist in Großbritannien nur eine von 4.600 Frauen betroffen.

© Lindsay Mgbor/UK DIFD

Finanzierung hält nicht Schritt mit dem Bedarf

In dem 1994 auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo beschlossenen Aktionsprogramm wurden die internationalen Geber aufgerufen, ein Drittel der Kosten für die sexuelle und reproduktive Gesundheit einschließlich Familienplanung in den Entwicklungsländern zu übernehmen. Die restlichen zwei Drittel sollten von den Empfängerländern selbst aufgebracht werden. Entwicklungs- wie Geberländer haben diese Vorgaben nicht erfüllt. Nach den Vereinbarungen hätten die Geberländer im Jahr 2010 1,32 Milliarden US-Dollar aufbringen müssen. Tatsächlich geleistet haben sie aber nur einen Beitrag von 822 Millionen US-Dollar, also knapp zwei Drittel des Zielbetrags.

▼ Mobile Gesundheitsstation in Sri Lanka.
© UNFPA/FPASL



Kosten der Bedarfsdeckung

Derzeit verwenden rund 645 Millionen Frauen in den Entwicklungsländern moderne Verhütungsmethoden – die Bereitstellung kostet pro Jahr vier Milliarden US-Dollar. Es würde 1,1 Milliarden US-Dollar zusätzlich kosten, die Qualität dieser Dienstleistungen zu verbessern. Und wollte man den 222 Millionen Frauen mit einem ungedeckten Bedarf an Verhütung Zugang zu modernen Verhütungsmitteln und verbesserten Dienstleistungen gewähren, würde das den Aufwand um weitere drei Milliarden US-Dollar pro Jahr erhöhen. Um den Familienplanungsbedarf aller Frauen in Entwicklungsländern in vollem Umfang zu erfüllen und die Qualität der Dienstleistungen zu verbessern, werden zusammengerechnet also 8,1 Milliarden US-Dollar jährlich benötigt. Einschließlich der Verbesserung der Dienstleistungsqualität würde die Deckung des gesamten Bedarfs an moderner Verhütung in Entwicklungsländern die durchschnittlichen Kosten von 6,51 auf 9,31 US-Dollar pro Kopf und Jahr erhöhen.

Nutzen der Bedarfsdeckung

Mit der Investition von zusätzlichen 4,1 Milliarden US-Dollar in moderne Verhütungsmethoden in Entwicklungsländern könnten ungewollte Schwangerschaften und unsichere Abtreibungen vermieden werden. So ließen sich weltweit schätzungsweise 5,7 Milliarden US-Dollar an Ausgaben für die Mütter- und Neugeborenenengesundheit einsparen. Investitionen in die Familienplanung stellen für Individuen, Haushalte und Nationen eine kosteneffiziente Maßnahme dar. Aufgrund des Anstiegs der Verhütungsraten in den letzten zwei Jahrzehnten – und dem damit verbundenen Rückgang ungewollter Schwangerschaften – ist die Müttersterblichkeit um 40 Prozent zurückgegangen. Die Müttersterblichkeit könnte nochmals um 30 Prozent reduziert werden, wenn der ungedeckte Bedarf an Familienplanung erfüllt würde.

Weltweit geht ein erheblicher Anteil der Krankheitslast auf unsicheren Sex zurück. Sexuelle und reproduktive Gesundheitsprobleme sind weltweit die fünfthäufigste Todesursache und tragen am zweitmeisten zur globalen

Krankheitslast bei. Die Krankheitslast ist dabei sehr ungleich verteilt: Der Anteil der infolge von unsicherem Sex verlorenen gesunden Lebensjahre ist bei Frauen sehr viel höher als bei Männern.

Kosten und Nutzen im Vergleich

Die Berechnung der Kosten und Nutzen von Familienplanung ist deshalb so schwierig, weil zum einen die relevanten Dienstleistungen auf die unterschiedlichste Art und Weise erbracht werden und zum anderen Familienplanungsdienste mehr als nur eine Familienplanungsmethode beinhalten. Zudem reichen die mit einer ungewollten Schwangerschaft assoziierten Kosten – und auch der Nutzen – über die Einzelperson hinaus. Sie umfassen auch die Auswirkungen auf Familien, Gemeinden und Nationen.

Zudem werden bestimmte Kosten der Familienplanung vom Gesundheitssystem übernommen, andere dagegen müssen von den Betroffenen selbst getragen werden. Häufig bleiben die Kosten der Bereitstellung von Informationen in den Schätzungen unberücksichtigt.

Im Vergleich zu leicht erreichbaren Gruppen kann die Versorgung schwerer erreichbarer Gruppen deutlich mehr Kosten verursachen. Denn die neuen Klienten leben unter Umständen in abgelegenen Gebieten oder sind sozial isoliert. Außerdem müssen die Dienstleistungen unter Umständen ausgeweitet oder angepasst werden, wenn sie den Rechten und Bedürfnissen marginalisierter Gruppen gerecht werden sollen.

Rechte zu verwirklichen, erfordert mehr als Familienplanung

Um die sozialen Faktoren anzugehen, die der Nutzung von Verhütung entgegenstehen, müssen die Maßnahmen über Familienplanung hinausgehen. Dafür sind langfristige und umfangreiche Interventionen notwendig – zum Beispiel eine umfassende Sexuaufklärung und gut konzipierte, groß angelegte Programme der öffentlichen Bildung. Aktivitäten, die das Recht auf Familienplanung unterstützen, umfassen zum Beispiel:



▲ Familienplanungsdienste in Guinea bieten eine ganze Reihe verschiedener Verhütungsmethoden an.

© UNFPA/Mariama Sire Kaba.

- Soziale Normen verändern, um langfristig den Bedarf an Familienplanung zu verändern – beispielsweise durch die Arbeit mit Jungen und Männern, damit diese die Eheschließung aufschieben und ihre Partnerinnen unterstützen.
- Menschen dafür mobilisieren, dass sie ihre Rechte einfordern und Anbieter für die Qualität der Dienstleistungen verantwortlich machen.
- Die Zugangsmöglichkeiten verbessern, beispielsweise durch den Aufbau von Transportsystemen.

Die Kosten für Programme, die auf die Veränderung von Geschlechter- und anderen Normen abzielen, die sich auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit auswirken, lassen sich beziffern. Ihr Nutzen – etwa in Form steigender Verhütungsraten – kann dagegen nur schwer gemessen werden. Deshalb ist es auch so schwierig, ihre Kosten im Verhältnis zur Familienplanung zu bewerten, selbst wenn sie sich langfristig nicht nur auf die Familienplanung und andere Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, sondern auch auf weitere Gesundheits- und Entwicklungsbereiche auswirken.



Familienplanung zu einem universellen Recht machen

Fast 20 Jahre sind vergangen, seit 179 Regierungen bei der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo einen neuen und progressiven Ansatz zu sexueller und reproduktiver Gesundheit einschließlich Familienplanung verabschiedeten. Das Aktionsprogramm von Kairo definiert den Begriff der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und verortet Familienplanung in einem umfassenden Paket zusammenhängender Rechte. Politiker, internationale Organisationen und die Zivilgesellschaft sahen diesen neuen, rechtebasierten Ansatz als revolutionär an.

Wo das Recht auf Familienplanung umgesetzt und der Zugang dazu verbessert wurde, haben die Menschen davon profitiert – durch bessere Gesundheit, höhere Einkommen, Verringerung der Armut und mehr Gleichberechtigung der Geschlechter. Aber für Millionen von Menschen, die eine Schwangerschaft verhindern oder verzögern wollen, hat das Aktionsprogramm von Kairo noch immer keine Veränderung bewirkt – entweder weil sie keinen verlässlichen Zugang zu modernen Verhütungsmitteln, Informationen und Dienstleistungen haben oder weil sie mit unüberwindbaren sozialen, wirtschaftlichen und logistischen Hindernissen konfrontiert sind.

Das Recht auf Familienplanung ist auch im fünften Millennium-Entwicklungsziel verankert, insbesondere im Unterziel 5 B, wonach der universelle Zugang zur reproduktiven Gesundheit bis 2015 verwirklicht sein soll. Bei der Umsetzung wurden jedoch im Vergleich zu den anderen Zielen bisher die geringsten Fortschritte gemacht.

Es stellt sich die Frage, was nach 2015 passiert, wenn die Frist zur Erreichung der Millennium-Entwicklungsziele abgelaufen ist. Die Entwicklungsagenda für die Zeit nach 2015 basiert auf den Prinzipien der Menschenrechte, der Gleichstellung und der Nachhaltigkeit. Dabei werden Entwicklungsziele in vier zusammenhängenden Bereichen verfolgt: inklusive soziale Entwicklung, ökologische Nachhaltigkeit, inklusive wirtschaftliche Entwicklung sowie Frieden und Sicherheit.

Im Folgenden werden Empfehlungen und spezifische Strategien aufgezeigt, damit Familienplanung als Grundrecht und Voraussetzung für nachhaltige Entwicklung anerkannt wird.

1. Einen menschenrechtsbasierten Gesundheitsansatz anwenden, um den Zugang zu Familienplanung und die Qualität der Dienstleistungen zu verbessern.

Familienplanung muss Teil von umfassenden Programmen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sein. Die enge Beziehung zwischen dem Recht, selbst zu bestimmen, ob, wann und wie viele Kinder man bekommt, und anderen Aspekten des sexuellen und reproduktiven Lebens erfordert einen umfassenden Dienstleistungsansatz.

Die Regierungen sollten Anreize, Ziele und Zahlungsmodalitäten beenden, die Gesundheitsanbieter dazu verleiten, bestimmte Methoden zu empfehlen. Dasselbe gilt für Anreize zur Verhütung. Das Dienstleistungsangebot selbst muss Menschenrechtsstandards entsprechen. Zugangsbarrieren müssen als Menschenrechtsverletzungen anerkannt werden.

▼ Bushaltestelle in Mumbai (Indien).
© Panos/Mark Henley



Interventionen müssen über Familienplanung hinausgehen, um die sozialen und wirtschaftlichen Hindernisse zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu überwinden. Frauen einen umfassenden Zugang zu Familienplanung zu ermöglichen, sollte durch Maßnahmen unterstützt werden, die direkt auf ihre Lebensbedingungen abzielen und ihre Entscheidungskompetenzen, ihre Mobilität, ihre Autonomie und ihren Zugang zu Ressourcen verbessern.

Es muss anerkannt werden, dass Jungen und Männer bei der Verwirklichung des Rechts auf Familienplanung eine wichtige Rolle spielen. Das Recht auf Familienplanung ist für jeden Menschen relevant. Familienplanung ist besonders wichtig für Frauen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden. Jungen und Männer können helfen, das Recht von Frauen auf Familienplanung zu verwirklichen, indem sie ihre Partnerin unterstützen, Verhütungsmittel verwenden, keine Gewalt ausüben und die Gleichstellung der Geschlechter fördern. So können sie einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Geschlechterrollen und -normen zu verändern.

Familienplanungsprogramme müssen der Tatsache gerecht werden, dass Verhütungsmittel im Kontext sexueller Beziehungen verwendet werden. Es sollte untersucht werden, wie sich der Wunsch nach einem befriedigenden Sexualleben auf die Ansichten von Frauen und Männern über Familienplanung, ihre Präferenz für bestimmte Verhütungsmethoden und ihre Fähigkeit, über die Verwendung von Verhütungsmitteln zu sprechen, auswirkt.

Dort, wo sie legal sind, sollten Abtreibungsdienste mit Familienplanungsdiensten verknüpft werden. Familienplanung sollte auch Frauen zugänglich sein, die vor kurzem abgetrieben haben, damit sie weitere Schwangerschaften vermeiden können. Selbst dort, wo sie legal sind, werden Abtreibungsdienste häufig von Dienstleistungen der Familienplanung getrennt. Familienplanung hilft,

ungewollte Schwangerschaften zu verhindern, und leistet somit einen wichtigen Beitrag im Kampf gegen unsichere Abtreibungen.

Der Zugang zu Notfallverhütung (»Pille danach«) ist eine Voraussetzung dafür, das Recht auf Familienplanung im Kontext eines umfassenden Ansatzes der sexuellen und reproduktiven Gesundheit umzusetzen.

Der Zugang zu Notfallverhütung ist insbesondere in Fällen von sexueller Gewalt sowie im Kontext bewaffneter Konflikte und humanitärer Notfälle wichtig.

Regierungen, internationale Organisationen und die Zivilgesellschaft sollten feststellen, wie zufrieden die Menschen mit der Qualität der verfügbaren Dienstleistungen und Verhütungsmethoden sind, wie sich dies auf die Gesundheit und die Zahl der Teenagerschwangerschaften auswirkt und welche Kosten durch ungewollte Schwangerschaften entstehen.

Internationale Organisationen, Nichtregierungsorganisationen und Regierungen sollten erwägen, präzisere Indikatoren für den ungedeckten Bedarf an Verhütung anzuwenden.

2. Der Familienplanung eine zentrale Stellung in der Post-2015-Entwicklungsagenda einräumen und damit ihren Beitrag zur Entwicklung anerkennen.

Familienplanung darf nicht als »Sonderthema« innerhalb des Gesundheitssektors behandelt werden, sondern muss als eine von mehreren Schlüsselinvestitionen für Entwicklung gesehen werden.

Investitionen in die Familienplanung wirken sich positiv auf Individuen, Haushalte, Gemeinden und Länder aus. Angesichts der vielen Vorteile von Familienplanung gehört sie zu den wirksamsten und kosteneffektivsten Interventionen zum Aufbau des Humankapitals und zur Armutsbinderung.

Familienplanung spielt bei der Erfüllung von vielen Entwicklungszielen eine zentrale Rolle. Die Agenda für nachhaltige Entwicklung, die wahrscheinlich auf die Millennium-Entwicklungsziele folgen wird, ist besonders auf Unterschiede und fehlende Gleichstellung ausgerichtet. Familienplanung unterstützt mindestens vier Prioritäten, die die Menschenrechtsorientierung des neuen Entwicklungsrahmens widerspiegeln: Armutsreduktion, Gleichstellung der Geschlechter, Stärkung von Jugendlichen und Gesundheit.

Familienplanungsprogramme verstärken die positiven Effekte anderer Programme, die in Humankapital investieren, können diese jedoch nicht ersetzen. Oftmals sind sie dann am effektivsten, wenn sie mit anderen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern verknüpft werden. Indem Familienplanungsprogramme die Müttersterblichkeit reduzieren und die Lebenserwartung erhöhen, steigern sie die Erträge von Bildungsinvestitionen insbesondere in Mädchen. Regierungen sollten die Familienplanung auf dieselbe Weise betrachten und priorisieren wie andere Humankapitalinvestitionen in die Bildung, die Erwerbsbeteiligung und die politische Partizipation.

3. Das Recht auf Familienplanung bisher ausgeschlossener Gruppen gewährleisten.

Regierungen müssen in ihren Programmen finanzielle, physische, rechtliche, soziale und kulturelle Faktoren berücksichtigen, die es vielen Menschen erschweren, Gesundheitsangebote in Anspruch zu nehmen. Diskriminierung muss überwunden werden. Um den Zugang armer Menschen zu Informationen und Angeboten der Familienplanung zu verbessern, müssen oftmals nicht nur die finanziellen Hürden ausgeräumt werden, sondern auch physische Barrieren wie die Entfernung zu Gesundheitseinrichtungen oder die Opportunitätskosten der durch Besuche bei Familienplanungsanbietern verlorenen Arbeitszeit. Auch soziale und kulturelle Faktoren spielen eine Rolle. Dazu zählen beispielsweise eine respektlose



▲ Ein Paar in Botswana informiert sich über verschiedene Verhütungsmethoden.
© Panos/Giacomo Pirozzi

oder verurteilende Behandlung durch Gesundheitsarbeiter, ein Mangel an Autonomie bei Entscheidungen über Gesundheitsdienste und Widerstände seitens der Familie oder Gemeinschaften gegen die Anwendung von Verhütungsmitteln.

In Ländern, wo dies nötig ist, sollten Gesetze erlassen werden, die den universellen Zugang zu Familienplanung gewährleisten. Andere Staaten müssen Maßnahmen ergreifen, die sicherstellen, dass die existierenden Gesetze, Maßnahmen und Programme umgesetzt werden. Die staatliche Unterstützung für Familienplanung sollte Maßnahmen umfassen, die gezielt Dienstleistungen für marginalisierte Gruppen verfügbar machen. Dazu zählen zum Beispiel indigene und ethnische Minderheiten sowie Menschen, die in schwer zugänglichen urbanen Gebieten oder auf dem Land leben.

Maßnahmen und Programme der Familienplanung müssen auf die Bedürfnisse der weltweit wachsenden Zahl unverheirateter Personen aller Altersstufen eingehen. Junge Menschen brauchen Zugang zu Dienstleistungen und Informationen in den Jahren zwischen

den ersten sexuellen Erfahrungen und der Eheschließung. Den Bedarf von jungen Menschen zu erfüllen, erfordert politische Arbeit und weitere Aktivitäten, die die Einstellungen in Bezug auf die Sexualität und die reproduktive Gesundheit von jungen Menschen verändern. Dienstleistungen und Informationen müssen auch Erwachsenen zugänglich gemacht werden, die sich von ihrem Partner getrennt haben oder später im Leben neue Beziehungen eingehen.

Familienplanungsprogramme sollten so ausgeweitet werden, dass die Dienstleistungen auch jungen verheirateten Frauen und ihren Ehemännern zur Verfügung stehen. Verheiratete Jugendliche sind mit großen Schwierigkeiten beim Zugang zu Dienstleistungen der Familienplanung konfrontiert. Sie sind deshalb einem besonders hohen Risiko ungewollter Schwangerschaften und den damit verbundenen negativen Gesundheitsfolgen ausgesetzt. Je jünger ein Mädchen zum Zeitpunkt der Eheschließung ist, desto weniger ist es in der Lage, seine Fruchtbarkeit zu kontrollieren und umso häufiger und in kürzerer zeitlicher Abfolge wird es schwanger.

Um den Familienplanungsbedarf älterer Menschen zu decken, muss der weit verbreiteten Annahme entgegengewirkt werden, dass ältere Menschen ihr Recht auf Familienplanung nicht auszuüben bräuchten.

Männer über 49 Jahre werden von Familienplanungspolitiken und -programmen oft übersehen – ihre Fruchtbarkeit nimmt aber nur allmählich ab. Das verletzt die Rechte sexuell aktiver älterer Menschen, sich vor negativen Folgen zu schützen.

Staaten und die internationale Gemeinschaft sollten ihre Bemühungen verstärken, Daten über alle Gruppen zu sammeln, die Schwierigkeiten beim Zugang zu Familienplanung haben könnten. Dazu zählen junge Menschen – einschließlich 10- bis 14-Jährige –, Jungen und Männer, verheiratete Jugendliche, Ledige, ältere Menschen, ethnische Minderheiten, Flüchtlinge und Migranten, Sexarbeiter, HIV-Infizierte sowie Mädchen und Frauen, die anfällig für sexuelle Gewalt sind, in Konfliktgebieten leben oder in Gebieten, die von Naturkatastrophen oder humanitären Krisen betroffen sind. Diese Daten sollten nach Geschlecht, Alter und Ethnizität getrennt werden und Informationen in Bezug auf Einkommen und den Wohnort enthalten.

4. Die Finanzmittel für Familienplanungsprogramme aufstocken und sicherstellen, dass sie sinnvoll verwendet werden.

Regierungen von Entwicklungs- und Geberländern, internationale Organisation und Stiftungen müssen mehr Mittel investieren, um die Qualität und Verfügbarkeit von Informationen und Dienstleistungen der Familienplanung für alle zu verbessern, die diese nutzen möchten. Erst dann können alle Menschen ihr Recht auf Familienplanung wahrnehmen. Außerdem sollten die Regierungen der Geber- und Entwicklungsländer die Finanzierungszusagen erfüllen, die sie 1994 auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo gemacht haben, um alle Aspekte des Aktionsprogramms umzusetzen.

Rund vier Milliarden US-Dollar sind pro Jahr nötig, um den Bedarf der 645 Millionen Frauen zu decken, die in den Entwicklungsländern gegenwärtig moderne Familienplanungsmethoden nutzen. Weitere 1,1 Milliarden US-Dollar pro Jahr würde es kosten, die Qualität der Dienstleistungen für diese Frauen zu erhöhen. Um den Bedarf der Frauen zu decken, die eine Schwangerschaft aufschieben oder keine Kinder mehr bekommen möchten, die aber noch keine Familienplanung nutzen, müssten nochmals drei Milliarden US-Dollar jährlich investiert werden. Den gegenwärtigen und den ungedeckten Bedarf an Familienplanung von Frauen in Entwicklungsländern zu erfüllen, würde insgesamt also 8,1 Milliarden US-Dollar pro Jahr kosten.

Multisektorale Investitionen und Koordination sind von essentieller Bedeutung für die Effizienz des Mittelseinsatzes. Informierte Entscheidungen über den zeitlichen Abstand zwischen Schwangerschaften und die Zahl der Kinder sind eher möglich, wenn Regierungen in eine ganze Bandbreite von Programmen investieren. Dazu zählen Maßnahmen zur Beendigung von Kinderehen sowie zur Verbesserung der Bildungschancen von Mädchen und der Arbeitsmöglichkeiten und Perspektiven von jungen Menschen.

Am 11. Juli 2012 haben Geberländer und Stiftungen bei einem Gipfel in London insgesamt 2,6 Milliarden US-Dollar bis 2020 zugesagt, um 120 Millionen der insgesamt 222 Millionen Frauen in Entwicklungsländern mit einem ungedeckten Bedarf den Zugang zu Familienplanungsdiensten zu ermöglichen. Das ist ein erster Schritt.

Die Fähigkeit, frei und eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, wann und wie viele Kinder man bekommt, ist ein fundamentales Menschenrecht. Weltweit wünschen sich Frauen und Männer aller Altersstufen, dieses Recht ausüben zu können. Heute, 2012, scheint die Verwirklichung dieses Rechts für alle Menschen in greifbarer Nähe zu liegen.

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2000/2010)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterb- lichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2011)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2011)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2011)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2011)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Afghanistan	460	34	90	184	22	16				34	13
Ägypten	66	79	50	25	60	58	12	100	96	71	69
Albanien	27	99	11	19	69	10	13	80	80	75	73
Algerien	97	95	4	27	61	52		98	96	65	69
Angola	450	49	165	156	6	5		93	78	12	11
Antigua & Barbuda			67					91	84	85	85
Äquatorialguinea	240	65	128	151	10	6	29	57	56		
Argentinien	77	98	68	14	79	70		100	99	78	87
Armenien	30	100	28	27	55	27	19	95	98	85	88
Aserbaidtschan	43	88	41	43	51	13	15	85	84	81	78
Äthiopien	350	10	79	96	29	27		85	80	17	11
Australien ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Bahamas	47	99	41	18				94	96	82	88
Bahrain	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesch	240	27	133	51	56	48	17			45	50
Barbados	51	100	50	14				90	97	81	88
Belgien	8	99	11	5	75	73	3	99	99	90	87
Belize	53	88	90	21	34	31	21	100	91	64	65
Benin	350	74	114	121	17	6	27			27	13
Besetzte Palästin. Geb.	64		60	22	50	39		90	88	81	87
Bhutan	180	58	59	52	66	65	12	88	91	50	57
Bolivien	190	71	89	54	61	34	20	95	96	68	69
Bosnien und Herzegowina	8	99	17	16	36	11					
Botswana	160	95	51	46	53	51	27	87	88	57	65
Brasilien	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunei	24	100	18	6						95	99
Bulgarien	11	99	48	11	63	40	30	99	100	84	82
Burkina Faso	300	67	130	147	16	15	30	65	61	19	16
Burundi	800	60	65	152	22	18	29	91	89	18	15
Chile	25	100	54	8	64	..		94	94	81	84
China	37	96	6	24	85	84	2				
Costa Rica	40	95	67	11	82	80	5				
Dänemark	12	98	6	5				95	97	88	91
Deutschland	7	99	9	4	70	66					
Dominica			48					95	96	84	93

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2000/2010)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010–2015)	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2011)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2011)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2011)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2011)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Dominikanische Republik	150	94	98	28	73	70	11	96	90	58	67
Dschibuti	200	78	27	104	18	17		47	42	28	20
Ecuador	110	89	100	23	73	59	7	99	100	58	59
Ehem. jugosl. Rep. Mazedonien	10	100	20	15				97	99	82	81
El Salvador	81	85	65	23	73	66	9	95	95	57	59
Elfenbeinküste	400	57	111	107	13	8	29	67	56		
Eritrea	240	28	85	62	8	5		37	33	32	25
Estland	2	99	21	7	70	56	25	96	96	91	93
Fidschi	26	100	31	22				99	99	79	88
Finnland	5	99	8	3				98	98	94	94
Frankreich	8	98	12	4	77	75	2	99	99	98	99
Gabun	230	86	144	64	33	12	28				
Gambia	360	52	104	93	18	13		68	70		
Georgien	67	100	44	27	47	27	16	96	94	84	80
Ghana	350	55	70	63	24	17	36	84	85	51	47
Grenada	24	100	53	15	54	52		96	99	95	86
Griechenland	3		12	5	76	46		98	99	91	90
Großbritannien	12		25	6	84	84		100	100	95	97
Guatemala	120	51	92	34	43	34	28	100	98	43	40
Guinea	610	46	153	134	9	4	22	83	70	36	22
Guinea-Bissau	790	44	137	181	14	..		77	73	12	7
Guyana	280	87	97	46	43	40	29	82	86	78	83
Haiti	350	26	69	76	32	24	37				
Honduras	100	66	108	33	65	56	17	95	97		
Indien	200	58	39	65	55	48	21	99	98		
Indonesien	220	77	52	31	61	57	13	97	93	68	67
Irak	63	80	68	41	50	33		94	84	49	39
Iran	21	99	31	31	73	59		98	96		
Irland	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Island	5		15	3				99	100	87	89
Israel	7		14	4				97	97	97	100
Italien	4	100	7	4	63	41	12	100	99	94	94
Jamaika	110	98	72	26	69	66	12	83	81	80	87
Japan	5	100	5	3	54	44				99	100
Jemen	200	36	80	57	28	19	39	86	70	49	31
Jordanien	63	99	32	22	59	41	13	91	91	83	88
Kambodscha	250	71	48	69	51	35	24	96	95	37	33
Kamerun	690	64	127	136	23	14	21				
Kanada	12	99	14	6	74	72		100	100		

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2000/2010)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010–2015)	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2011)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2011)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2011)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2011)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Kapverden	79	76	92	22	61	57	17	95	92	61	71
Kasachstan	51	99	31	29	51	49	12	99	100	90	89
Katar	7	100	15	10	43	32		96	97	76	93
Kenia	360	44	106	89	46	39	26	84	85	52	48
Kirgisistan	71	97	31	42	48	46		95	95	79	79
Kiribati			39	44	36	31	12			65	72
Kolumbien	92	95	85	23	79	73	8	92	91	72	77
Komoren	280	47	95	86	26	19	36	81	75		
Kongo	560	83	132	104	44	13	20	92	89		
Kongo, Dem. Rep. ²	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Korea	16	100	2	5	80	70		99	98	96	95
Korea, Dem. Volksrep.	81	100	1	32	69	58					
Kroatien	17	100	13	7				95	97	88	94
Kuba	73	100	51	6	73	72		100	99	87	87
Kuwait	14	99	14	10	52	39		97	100	86	93
Laos	470	37	110	46	38	35	27	98	95	42	38
Lesotho	620	62	92	89	47	46	23	72	75	23	37
Lettland	34	99	15	8	68	56	17	95	97	83	84
Libanon	25	97	18	24	58	34		94	93	71	79
Liberia	770	46	177	107	11	10	36	52	41		
Libyen	58	100	4	15	45	26					
Litauen	8	100	17	9	51	33	18	96	96	91	91
Luxemburg	20	100	7	3				96	98	84	86
Madagaskar	240	44	147	58	40	28	19	79	80	23	24
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	28	27
Malaysia	29	99	14	9	49	32		96	96	65	71
Malediven	60	95	19	12	35	27	29	97	97	46	52
Mali	540	49	190	173	8	6	28	72	63	36	25
Malta	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Marokko	100	74	18	31	63	52	12	97	96	38	32
Martinique			20	8							
Mauretanien	510	57	88	106	9	8	32	73	76	17	15
Mauritius ³	60	100	31	15	76	39	4	92	94	74	74
Mexiko	50	95	87	17	71	67	12	99	100	70	73
Mikronesien	100	100	52	38							
Moldawien	41	100	26	19	68	43	11	90	90	78	79
Mongolei	63	99	20	37	55	50	14	100	99	77	85
Montenegro	8	100	24	9	39	17					
Mosambik	490	55	193	123	16	12	19	92	88	18	17

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2000/2010)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2011)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2011)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2011)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2011)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Myanmar	200	71	17	57	41	38	19			49	52
Namibia	200	81	74	39	55	54	21	84	89	44	57
Nepal	170	36	81	39	50	43	25	78	64		
Neuseeland	15	96	29	6	75	72		99	100	94	95
Nicaragua	95	74	109	22	72	69	8	93	95	43	49
Niederlande	6		5	5	69	67		100	99	87	88
Niger	590	18	199	144	11	5	16	68	57	13	8
Nigeria	630	34	123	141	14	9	19	60	55		
Norwegen	7	99	10	4	88	82		99	99	94	94
Oman	32	99	12	11	32	25		100	97		
Österreich	4	99	10	5	51	47					
Ost-Timor	300	30	54	76	22	21	32	86	86	34	39
Pakistan	260	45	16	86	27	19	25	81	67	38	29
Panama	92	89	88	21				99	98	66	72
Papua Neuguinea	230	40	70	58	36	..					
Paraguay	99	85	63	33	79	70	5	86	86	58	62
Peru	67	84	72	28	74	50	7	98	98	77	78
Philippinen	99	62	53	27	51	34	22	88	90	56	67
Polen	5	100	16	7	73	28		96	96	90	92
Portugal	8		16	5	87	83		99	100	78	86
Ruanda	340	69	41	114	52	44	19	89	92		
Rumänien	27	99	41	15	70	38	12	88	87	82	83
Russland	34	100	30	16	80	65		95	96		
Salomonen	93	70	70	43	35	27	11	83	81	32	29
Sambia	440	47	151	130	41	27	27	91	94		
Samoa			29	24	29	27	48	93	97	73	83
Sao Tome & Principe	70	81	110	69	38	33	38	97	98	44	52
Saudi-Arabien	24	100	7	19	24	..		90	89	78	83
Schweden	4		6	3	75	65		100	99	94	94
Schweiz	8	100	4	5	82	78		99	99	84	82
Senegal	370	65	93	85	13	12	29	76	80	24	19
Serbien	12	100	22	13	61	22	7	95	94	89	91
Seychellen			62					96	94	92	100
Sierra Leone	890	31	98	157	8	6	28				
Simbabwe	570	66	115	71	59	57	16				
Singapur	3	100	6	2	62	55					
Slowakei	6	100	21	7	80	66					
Slowenien	12	100	5	4	79	63	9	97	97	91	92
Somalia	1000	9	123	162	15	1					

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2000/2010)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010–2015)	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2011)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2011)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2011)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2011)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Spanien	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Sri Lanka	35	99	24	13	68	53	7	94	94		
St. Kitts & Nevis			67					86	86	89	88
St. Lucia	35	100	49	16				90	89	85	85
St. Vincent und die Grenadinen	48	98	70	25				100	97	85	96
Südafrika	300	91	54	64	60	60	14	90	91	59	65
Sudan ⁴	730	23	70	87	9		29				
Suriname	130	87	66	27	46	45		91	91	46	55
Swasiland	320	82	111	92	65	63	13	86	85	29	37
Syrien	70	96	75	16	58	43		100	98	67	67
Tadschikistan	65	88	27	65	37	32		99	96	90	80
Tansania	460	49	128	81	34	26	25	98	98		
Thailand	48	99	47	13	80	78	3	90	89	70	78
Togo	300	60	89	104	15	13	31			33	16
Tonga	110	98	16	25				94	89	67	80
Trinidad & Tobago	46	97	33	31	43	38		98	97	66	70
Tschad	1100	14	193	195	3	2	21	74	51	16	5
Tschechien	5	100	11	4	72	63	11	96	96		
Tunesien	56	95	6	23	60	52	12	99	96	64	66
Türkei	20	91	38	23	73	46	6	98	97	77	71
Turkmenistan	67	100	21	62	62	45	10				
Turks- und Caicosinseln			26		31	22		77	84	72	69
Tuvalu			28				24				
Uganda	310	42	159	114	24	18	38	90	92	17	15
Ukraine	32	99	30	15	67	48	10	91	91	86	86
Ungarn	21	100	19	7	81	71	7	98	98	91	91
Uruguay	29	100	60	15	77	75		100	99	66	73
USA	21	99	39	8	79	73	7	95	96	89	90
Usbekistan	28	100	26	53	65	59	14	94	91	93	91
Vanuatu	110	74	92	29	38	37		98	97	46	49
Venezuela	92	95	101	20	70	62	19	95	95	68	76
Ver. Arabische Emirate	12	100	34	8	28	24		94	98	80	82
Vietnam	59	84	35	23	78	60	4				
Weißrussland	4	100	21	9	73	56					
Zentralafrik. Republik	890	41	133	155	19	9	19	78	60	18	10
Zypern	10	98	4	5				99	99	96	96

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Globale und regionale Daten ¹⁴

	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2000/2010)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2011)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2011)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2011)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2011)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
weltweit	210	70	49	60,0	63	57	12	92	90	64	61
stärker entwickelte Regionen⁶	26	—	23	7,7	72	62	—	97	97	90	91
weniger entwickelte Regionen⁷	240	65	52	66,1	62	56	13	91	89	60	57
am wenigsten entwickelte Länder⁸	430	42	116	112,0	35	28	24	82	78	35	29
Afrika südlich der Sahara⁹	500	47	120	122,6	25	20	25	79	76	33	26
Arabische Staaten¹⁰	140	76	43	49,1	51	42	18	89	82	61	58
Asien & Ozeanien¹¹	160	69	33	51,4	67	62	11	95	94	63	60
Lateinamerika & Karibik¹²	81	91	79	23,9	73	67	10	96	95	71	76
Osteuropa & Zentralasien¹³	32	97	30	26,1	70	54	10	94	94	85	85

Demographische Indikatoren

■ männlich ■ weiblich

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamt- bevöl- kerung in Mio. (2012)	Bevölkerungs- wachstum in % (2010-2015)	Lebens- erwartung bei der Geburt (2010-2015)		Gesamt- fruchtbar- keitsrate, Frauen 15-49 J. (2010-2015)
Afghanistan	33,4	3,1	49	49	6,0
Ägypten	84,0	1,7	72	76	2,6
Albanien	3,2	0,3	74	80	1,5
Algerien	36,5	1,4	72	75	2,1
Angola	20,2	2,7	50	53	5,1
Antigua & Barbuda	0,1	1,0			
Äquatorialguinea	0,7	2,7	50	53	5,0
Argentinien	41,1	0,9	72	80	2,2
Armenien	3,1	0,3	71	77	1,7
Aserbaidshan	9,4	1,2	68	74	2,1
Äthiopien	86,5	2,1	58	62	3,8
Australien ¹	22,9	1,3	80	84	1,9
Bahamas	0,4	1,1	73	79	1,9
Bahrain	1,4	2,1	75	76	2,4
Bangladesch	152,4	1,3	69	70	2,2
Barbados	0,3	0,2	74	80	1,6
Belgien	10,8	0,3	77	83	1,8
Belize	0,3	2,0	75	78	2,7
Benin	9,4	2,7	55	59	5,1
Besetzte Palästin. Gebiete	4,3	2,8	72	75	4,3
Bhutan	0,8	1,5	66	70	2,3
Bolivien	10,2	1,6	65	69	3,2
Bosnien und Herzegowina	3,7	-0,2	73	78	1,1
Botswana	2,1	1,1	54	51	2,6
Brasilien	198,4	0,8	71	77	1,8
Brunei	0,4	1,7	76	81	2,0
Bulgarien	7,4	-0,7	70	77	1,5
Burkina Faso	17,5	3,0	55	57	5,8
Burundi	8,7	1,9	50	53	4,1
Chile	17,4	0,9	76	82	1,8
China	1.353,6	0,4	72	76	1,6
Costa Rica	4,8	1,4	77	82	1,8
Dänemark	5,6	0,3	77	81	1,9
Deutschland	82,0	-0,2	78	83	1,5
Dominica	0,1	0,0			
Dominikanische Republik	10,2	1,2	71	77	2,5
Dschibuti	0,9	1,9	57	60	3,6
Ecuador	14,9	1,3	73	79	2,4

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamt- bevöl- kerung in Mio. (2012)	Bevölkerungs- wachstum in % (2010-2015)	Lebens- erwartung bei der Geburt (2010-2015)		Gesamt- fruchtbar- keitsrate, Frauen 15-49 J. (2010-2015)
Ehem. jugosl. Rep. Mazedonien	2,1	0,1	73	77	1,4
El Salvador	6,3	0,6	68	77	2,2
Elfenbeinküste	20,6	2,2	55	58	4,2
Eritrea	5,6	2,9	60	64	4,2
Estland	1,3	-0,1	70	80	1,7
Fidschi	0,9	0,8	67	72	2,6
Finnland	5,4	0,3	77	83	1,9
Frankreich	63,5	0,5	78	85	2,0
Gabun	1,6	1,9	62	64	3,2
Gambia	1,8	2,7	58	60	4,7
Georgien	4,3	-0,6	71	77	1,5
Ghana	25,5	2,3	64	66	4,0
Grenada	0,1	0,4	74	78	2,2
Griechenland	11,4	0,2	78	83	1,5
Großbritannien	62,8	0,6	78	82	1,9
Guatemala	15,1	2,5	68	75	3,8
Guinea	10,5	2,5	53	56	5,0
Guinea-Bissau	1,6	2,1	47	50	4,9
Guyana	0,8	0,2	67	73	2,2
Haiti	10,3	1,3	61	64	3,2
Honduras	7,9	2,0	71	76	3,0
Indien	1.258,4	1,3	64	68	2,5
Indonesien	244,8	1,0	68	72	2,1
Irak	33,7	3,1	68	73	4,5
Iran	75,6	1,0	72	75	1,6
Irland	4,6	1,1	78	83	2,1
Island	0,3	1,2	80	84	2,1
Isreal	7,7	1,7	80	84	2,9
Italien	61,0	0,2	79	85	1,5
Jamaika	2,8	0,4	71	76	2,3
Japan	126,4	-0,1	80	87	1,4
Jemen	25,6	3,0	65	68	4,9
Jordanien	6,5	1,9	72	75	2,9
Kambodscha	14,5	1,2	62	65	2,4
Kamerun	20,5	2,1	51	54	4,3
Kanada	34,7	0,9	79	83	1,7
Kapverden	0,5	0,9	71	78	2,3
Kasachstan	16,4	1,0	62	73	2,5

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamt- bevöl- kerung in Mio. (2012)	Bevölkerungs- wachstum in % (2010-2015)	Lebens- erwartung bei der Geburt (2010-2015)	Gesamt- fruchtbar- keitsrate, Frauen 15-49 J. (2010-2015)	
Katar	1,9	2,9	79	78	2,2
Kenia	42,7	2,7	57	59	4,6
Kirgisistan	5,4	1,1	64	72	2,6
Kiribati	0,1	1,5	66	71	2,9
Kolumbien	47,6	1,3	70	78	2,3
Komoren	0,8	2,5	60	63	4,7
Kongo	4,2	2,2	57	59	4,4
Kongo, Dem. Rep. ²	69,6	2,6	47	51	5,5
Korea	48,6	0,4	77	84	1,4
Korea, Dem. Volksrep.	24,6	0,4	66	72	2,0
Kroatien	4,4	-0,2	73	80	1,5
Kuba	11,2	0,0	77	81	1,5
Kuwait	2,9	2,4	74	76	2,3
Laos	6,4	1,3	66	69	2,5
Lesotho	2,2	1,0	50	48	3,1
Lettland	2,2	-0,4	69	79	1,5
Libanon	4,3	0,7	71	75	1,8
Liberien	4,2	2,6	56	59	5,0
Libyen	6,5	0,8	73	78	2,4
Litauen	3,3	-0,4	67	78	1,5
Luxemburg	0,5	1,4	78	83	1,7
Madagaskar	21,9	2,8	65	69	4,5
Malawi	15,9	3,2	55	55	6,0
Malaysia	29,3	1,6	73	77	2,6
Malediven	0,3	1,3	76	79	1,7
Mali	16,3	3,0	51	53	6,1
Malta	0,4	0,3	78	82	1,3
Marokko	32,6	1,0	70	75	2,2
Martinique	0,4	0,3	77	84	1,8
Mauretanien	3,6	2,2	57	61	4,4
Mauritius ³	1,3	0,5	70	77	1,6
Mexiko	116,1	1,1	75	80	2,2
Mikronesien	0,1	0,5	68	70	3,3
Moldawien	3,5	-0,7	66	73	1,4
Mongolei	2,8	1,5	65	73	2,4
Montenegro	0,6	0,1	73	77	1,6
Mosambik	24,5	2,2	50	52	4,7
Myanmar	48,7	0,8	64	68	1,9

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamt- bevöl- kerung in Mio. (2012)	Bevölkerungs- wachstum in % (2010-2015)	Lebens- erwartung bei der Geburt (2010-2015)	Gesamt- fruchtbar- keitsrate, Frauen 15-49 J. (2010-2015)	
Namibia	2,4	1,7	62	63	3,1
Nepal	31,0	1,7	68	70	2,6
Neuseeland	4,5	1,0	79	83	2,1
Nicaragua	6,0	1,4	71	77	2,5
Niederlande	16,7	0,3	79	83	1,8
Niger	16,6	3,5	55	56	6,9
Nigeria	166,6	2,5	52	53	5,4
Norwegen	5,0	0,7	79	83	1,9
Oman	2,9	1,9	71	76	2,1
Österreich	8,4	0,2	78	84	1,3
Ost-Timor	1,2	2,9	62	64	5,9
Pakistan	180,0	1,8	65	67	3,2
Panama	3,6	1,5	74	79	2,4
Papua Neuguinea	7,2	2,2	61	66	3,8
Paraguay	6,7	1,7	71	75	2,9
Peru	29,7	1,1	72	77	2,4
Philippinen	96,5	1,7	66	73	3,1
Polen	38,3	0,0	72	81	1,4
Portugal	10,7	0,0	77	83	1,3
Ruanda	11,3	2,9	54	57	5,3
Rumänien	21,4	-0,2	71	78	1,4
Russland	142,7	-0,1	63	75	1,5
Salomonen	0,6	2,5	67	70	4,0
Sambia	13,9	3,0	49	50	6,3
Samoa	0,2	0,5	70	76	3,8
Sao Tome & Principe	0,2	2,0	64	66	3,5
Saudi-Arabien	28,7	2,1	73	76	2,6
Schweden	9,5	0,6	80	84	1,9
Schweiz	7,7	0,4	80	85	1,5
Senegal	13,1	2,6	59	61	4,6
Serbien	9,8	-0,1	72	77	1,6
Seychellen	0,1	0,3			
Sierra Leone	6,1	2,1	48	49	4,7
Simbabwe	13,0	2,2	54	53	3,1
Singapur	5,3	1,1	79	84	1,4
Slowakei	5,5	0,2	72	80	1,4
Slowenien	2,0	0,2	76	83	1,5
Somalia	9,8	2,6	50	53	6,3

Demographische Indikatoren

■ männlich ■ weiblich

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamt- bevöl- kerung in Mio. (2012)	Bevölkerungs- wachstum in % (2010-2015)	Lebens- erwartung bei der Geburt (2010-2015)		Gesamt- fruchtbar- keitsrate, Frauen 15-49 J. (2010-2015)
Spanien	46,8	0,6	79	85	1,5
Sri Lanka	21,2	0,8	72	78	2,2
St. Kitts & Nevis	0,1	1,2			
St. Lucia	0,2	1,0	72	78	1,9
St. Vincent & die Grenadinen	0,1	0,0	70	75	2,0
Südafrika	50,7	0,5	53	54	2,4
Sudan ⁵	35,0	2,2			
Südsudan	10,7	3,2			
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3
Swasiland	1,2	1,4	50	49	3,2
Syrien	21,1	1,7	74	78	2,8
Tadschikistan	7,1	1,5	65	71	3,2
Tansania	47,7	3,1	58	60	5,5
Thailand	69,9	0,5	71	78	1,5
Togo	6,3	2,0	56	59	3,9
Tonga	0,1	0,4	70	75	3,8
Trinidad & Tobago	1,4	0,3	67	74	1,6
Tschad	11,8	2,6	49	52	5,7
Tschechien	10,6	0,3	75	81	1,5
Tunesien	10,7	1,0	73	77	1,9
Türkei	74,5	1,1	72	77	2,0
Turkmenistan	5,2	1,2	61	69	2,3
Turks- und Caicosinseln	0,0	1,2			
Tuvalu	0,0	0,2			
Uganda	35,6	3,1	54	55	5,9
Ukraine	44,9	-0,5	64	75	1,5
Ungarn	9,9	-0,2	71	78	1,4
Uruguay	3,4	0,3	74	81	2,0
USA	315,8	0,9	76	81	2,1
Usbekistan	28,1	1,1	66	72	2,3
Vanuatu	0,3	2,4	70	74	3,7
Venezuela	29,9	1,5	72	78	2,4
Ver. Arabische Emirate	8,1	2,2	76	78	1,7
Vietnam	89,7	1,0	73	77	1,7
Weißrussland	9,5	-0,3	65	76	1,5
Zentralafrik. Republik	4,6	2,0	48	51	4,4
Zypern	1,1	1,1	78	82	1,5

Globale und regionale Daten ¹⁴	Gesamt- bevöl- kerung in Mio. (2012)	Bevölkerungs- wachstum in % (2010-2015)	Lebens- erwartung bei der Geburt (2010-2015)		Gesamt- fruchtbar- keitsrate, Frauen 15-49 J. (2010-2015)
weltweit	7.052,1	1,1	67	72	2
am wenigsten entwickelte Länder ⁶	870,4	2,2	58	60	4
weniger entwickelte Regionen ⁷	5.807,6	1,3	66	69	3
stärker entwickelte Regionen ⁸	1.244,6	0,3	75	81	2
Afrika südlich der Sahara ⁹	841,8	2,4	54	56	5
Arabische Staaten ¹⁰	318,5	1,9	68	72	3
Asien & Ozeanien ¹¹	3.744,5	1,0	68	71	2
Lateinamerika & Karibik ¹²	598,3	1,1	72	78	2
Osteuropa & Zentralasien ¹³	401,9	0,3	66	75	2

Anmerkungen zu den Indikatoren

* Neueste verfügbare Daten.

1 Einschließlich Weihnachtsinseln, Kokosinseln und Norfolk-Insel.

2 Früher Zaire.

3 Einschließlich Agalesa, Rodrigues und St. Brandon.

4 Infolge der Gründung der Republik Südsudan im Juli 2012 und ihrer Aufnahme in die Vereinten Nationen am 14. Juli 2012, liegen zu den meisten Indikatoren noch keine disaggregierten Daten für den Sudan und den Südsudan als separate Staaten vor. Die hier präsentierten aggregierten Daten beziehen sich auf den Sudan vor der Unabhängigkeit des Südsudan.

5 Ohne Südsudan.

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

7 Weniger entwickelte Regionen umfassen alle Regionen Afrikas, Lateinamerikas und der Karibik, Asiens (ohne Japan) sowie Melanesien, Mikronesien und Polynesien.

8 Am wenigsten entwickelte Länder nach der Definition der Vereinten Nationen.

9 Schließt nur Länder, Territorien oder andere Gebiete mit UNFPA-Programmen ein: Angola, Äquatorialguinea, Äthiopien, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Demokratische Republik Kongo, Elfenbeinküste, Eritrea, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kapverden, Kenia, Komoren, Kongo, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mauritius, Mosambik, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sambia, Senegal, Seychellen, Sierra Leone, Simbabwe, Südafrika, Swasiland, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik.

10 Einschließlich Ägypten, Algerien, Bahrain, Besetzte Palästinensische Gebiete, Dschibuti, Irak, Jemen, Jordanien, Katar, Kuwait, Libanon, Libyen, Marokko, Oman, Saudi-Arabien, Somalia, Sudan, Syrien, Tunesien und Vereinigte Arabische Emirate.

11 Schließt nur Länder, Territorien oder andere Gebiete mit UNFPA-Programmen ein: Afghanistan, Bangladesch, Bhutan, China, Cook-Inseln, Demokratische Volksrepublik Korea, Fidschi, Indien, Indonesien, Iran, Kambodscha, Kiribati, Laos, Malaysia, Malediven, Marshallinseln, Mikronesien, Mongolei, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Ost-Timor, Pakistan, Palau, Papua Neuguinea, Philippinen, Samoa, Salomonen, Sri Lanka, Thailand, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

12 Schließt nur Länder, Territorien oder andere Gebiete mit UNFPA-Programmen ein: Anguilla, Antigua und Barbuda, Argentinien, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Bolivien, Brasilien, Britische Jungferninseln, Chile, Costa Rica, Dominica, Dominikanische Republik, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaika, Kaimaninseln, Kolumbien, Kuba, Mexiko, Montserrat, Niederländische Antillen, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, St. Kitts und Nevis, St. Lucia, St. Vincent und die Grenadinen, Surinam, Trinidad und Tobago, Turks und Caicosinseln, Uruguay, Venezuela.

13 Schließt nur Länder, Territorien oder andere Gebiete mit UNFPA-Programmen ein: Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Moldawien, Rumänien, Russland, Serbien, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland.

14 Regional aggregierte Daten sind gewichtete Durchschnittswerte aller Länder, in denen Daten zur Verfügung standen.

▼ *Ein Gemeindehelfer berät eine Familie in Kamerun zum Thema Familienplanung.*

© Alain Sibenaler/UNFPA



Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Die Datentabellen des Weltbevölkerungsberichts 2012 sollen herausstellen, welche Fortschritte in Bezug auf die quantitativen und qualitativen Ziele der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz und die Millennium-Entwicklungsziele bei der Senkung der Müttersterblichkeit, beim Zugang zu Bildung sowie bei der reproduktiven und sexuellen Gesundheit erzielt wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demographischer Indikatoren.

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

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

▼ *Mutter und Kind, Kiribati.*
© UNFPA/Ariela Zibiah



Überwachung der ICPD-Ziele

Mütter- und Kindersterblichkeit

Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten

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

Betreute Geburten in % (2000/2010)

Quelle: Weltgesundheitsorganisation: »WHO global database on maternal health indicators, 2012 update« (<http://www.who.int/gho>). Der Indikator weist den Prozentsatz der Geburten aus, die in Anwesenheit von geschultem Gesundheitspersonal durchgeführt wurden. Dieses muss lebensrettende Geburtenbetreuung durchführen können. Das schließt die nötige Betreuung, Pflege und Beratung der Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und danach mit ein. Das Gesundheitspersonal muss in der Lage sein, eigenständig Geburten zu betreuen und die Neugeborenen zu versorgen. Traditionelle Geburtshelfer – auch wenn sie ein kurzes Training absolviert haben – sind in dieser Zahl nicht erfasst.

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »2012 Update for the MDG Database: Adolescent Birth Rate« (UN-Publikation, POP/DB/Fert/A/MDG2012). Dieser Indikator gibt die jährliche Zahl der Geburten pro 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren an. Die Daten sind diversen Einschränkungen unterworfen, wie nicht gemeldete Geburten oder falsche Altersangaben der Mutter.

Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2010 Revision«. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats (UN-Publikation, ST/ESA/SER.A/306). Kindersterblichkeit ist die Wahrscheinlichkeit

(ausgedrückt als Anteil pro 1.000 Lebendgeburten), mit der ein Kind, das in einem bestimmten Jahr geboren wird, stirbt, bevor es das Alter von fünf Jahren erreicht (sofern es Gegenstand aktueller altersspezifischer Sterblichkeitsraten ist).

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

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

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »2012 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence« (UN-Publikation, POP/DB/CP/A/MDG2012). Diese Daten beziffern den Anteil der verheirateten Frauen (einschließlich derjenigen in nichtehelichen Lebensgemeinschaften), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt irgendeine bzw. eine moderne Verhütungsmethode anwenden. Zu den modernen und klinischen Methoden zählen die Sterilisation des Mannes und der Frau, die Spirale, die Pille, Injektionen, Hormonimplantate, Kondome und von der Frau benutzte Barrieremethoden. Die Zahlen der einzelnen Länder sind nur teilweise vergleichbar. Die Gründe hierfür sind Unterschiede im Untersuchungszeitraum sowie bei der Formulierung der vorgelegten Fragen. Alle Länder- und regionalen Daten beziehen sich auf 15- bis 49-jährige Frauen.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in %

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »2012 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning« (UN-Publikation, POP/DB/CP/B/MDG2012). Frauen mit einem ungedeckten Bedarf an Familienplanung bezüglich des Abstands zwischen Geburten sind Frauen, die fruchtbar und sexuell aktiv sind, aber keine Verhütungsmethode verwenden und angeben, dass sie den Zeitpunkt der nächsten Geburt hinausschieben möchten. Hierbei handelt es sich um eine Unterkategorie des gesamten ungedeckten Bedarfs an Familienplanung, der auch den Bedarf von Frauen einschließt, die die Geburtenzahl begrenzen möchten. Im Hinblick auf die Überwachung der MDG-Ziele wird sich der ungedeckte Bedarf als Prozentanteil der Frauen ausgedrückt, die verheiratet sind oder in nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben.

Bildung

Nettoeinschulungsraten, 2012 oder letztes Jahr, für das Daten vorliegen, (m/w) in der Primarstufe (bereinigt) und der Sekundarstufe

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

Demographische Indikatoren

Gesamtbevölkerung in Mio. (2012)

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2010 Revision«. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats (UN-Publikation, ST/ESA/SER.A/306). Dieser Indikator gibt die geschätzte Größe der Bevölkerung eines Landes, einer Region oder einer Gegend zum 1. Juli des angezeigten Jahres an.

Bevölkerungswachstum in %

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2010 Revision«. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats (UN-Publikation, ST/ESA/SER.A/306). Das Bevölkerungswachstum ist die durchschnittliche prozentuelle Wachstumsrate einer Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraums. Die Zahl basiert auf dem mittleren Bevölkerungsszenario.

Lebenserwartung (m/w) bei der Geburt

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2010 Revision«. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats (UN-Publikation, ST/ESA/SER.A/306). Dieser Indikator gibt die durchschnittliche Zahl der erwarteten Lebensjahre einer hypothetischen Kohorte von Personen an, die im Laufe ihres Lebens den Sterblichkeitsraten in einer gegebenen Periode ausgesetzt sind. Die Daten sind in Jahren angegeben.

Gesamtfruchtbarkeitsrate

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2010 Revision«. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats (UN-Publikation, ST/ESA/SER.A/306). Die Gesamtfruchtbarkeitsrate gibt die durchschnittliche Anzahl der Kinder an, die eine Frau im Laufe ihres Lebens bekommt, wenn die heutigen altersspezifischen Geburtenraten während ihrer fruchtbaren Jahre konstant bleiben. Der Zeitpunkt, an dem Länder das prognostizierte Niveau innerhalb der Periode erreichen, kann differieren.

Impressum

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

Übersetzung: Thomas Pfeiffer

Redaktion: Uwe Kerkow, Janna Rassmann (Stiftung Weltbevölkerung) und
Ute Stallmeister (Stiftung Weltbevölkerung, V.i.S.d.P.)

Gestaltung/Satz: grafik.design, Simone Schmidt, Hannover

Herausgeber des Berichts: UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
14. November 2012

Redaktionsteam: Autoren: Margaret Greene, Shareen Joshi, Omar Robles
Redaktionsleitung: Richard Kollodge
Redaktionsassistent: Robert Puchalik
Mitarbeit in Redaktion und Verwaltung: Mirey Chaljub
Vertriebsleitung: Jayesh Gulrajani

Danksagung: Die Redaktion dankt dem UNFPA-Expertenteam für die Betreuung bei der Konzepterstellung und Entwicklung des Berichts und für ihr wertvolles Feedback zu den Entwürfen. Zu dem Team gehörten: Alfonso Barragues, Beatriz de la Mora, Abubakar Dungus, Werner Haug, Michael Herrmann, Mona Kaidbey, Laura Laski, Edilberto Loaiza, Kechi Ogbuagu, Niyi Ojuolape, Nuriye Ortayli und Jagdish Upadhyay.

Weiterhin dankt die Redaktion Anne-Birgitte Albrechtsen, Klaus Beck, Ysabel Blanco, Delia Barcelona, Saturnin Epie, François Farah, Kate Gilmore, Elena Pirondini und Ziad Rifai für die Überprüfung der Konzepte.

Zur inhaltlichen Entwicklung des Berichts beigetragen haben darüber hinaus Hafedh Chekir, Thea Fierens, Nobuko Horibe, Bunmi Makinwa und Marcela Suazo. Beratende Unterstützung leisteten Mohamed Afifi, Monique Clesca, Jorge Cordoba, Adebayo Fayoyin, Sonia Heckadon, Gabriela Iancu, Yanmin Lin, Suzanne Mandong, William Ryan und Sherin Saadallah.

Das Redaktionsteam dankt Marisabel Agosto für ihre Mitarbeit bei der Entwicklung, Abfassung und Redaktion des Berichts. Vielen Dank auch an Karin Ringheim und David Levinger für ihre Beiträge zum Bericht.

UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

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

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

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

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Stiftung Weltbevölkerung

Die Stiftung Weltbevölkerung ist eine international tätige Entwicklungshilfeorganisation. Die Stiftung ist Partnerin von UNFPA in Deutschland.

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

Stiftung Weltbevölkerung – Aufklärung schafft Zukunft.

Mehr Informationen unter www.weltbevoelkerung.de



United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA
Telefon: +1 212 297-5000
Internet: www.unfpa.org
©UNFPA 2012



Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
Göttinger Chaussee 115
30459 Hannover
Telefon: 0511 94373-0
Fax: 0511 94373-73
E-Mail: info@dsw-hannover.de
Internet: www.weltbevoelkerung.de

