



Weltbevölkerungsbericht 2015

Kurzfassung

A photograph of a woman wearing a beige headscarf and a dark blue long-sleeved top. She is holding a young child with long brown hair, wearing a pink long-sleeved shirt and a blue patterned vest. They are standing in front of a barbed wire fence. The background is slightly blurred, showing other people and a hazy landscape.

Schutz für Frauen und Mädchen in Not

Eine Zukunftsagenda für
eine krisengeschüttelte Welt

UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

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

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Stiftung Weltbevölkerung

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

Sie hilft jungen Menschen, 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 Deutschland informiert sie über den engen Zusammenhang zwischen Bevölkerungsentwicklung, Armut, Gesundheit und Umweltschutz.

Stiftung Weltbevölkerung – Aufklärung schafft Zukunft

Mehr Informationen unter www.weltbevoelkerung.de

ClimatePartner[®]
**klimaneutral
gedruckt**

Zertifikatsnummer:
53326-1511-1006
www.climatepartner.com

Schutz für Frauen und Mädchen in Not

Eine Zukunftsagenda für eine krisengeschüttelte Welt

Vorwort Seite 2

Überblick Seite 4

1 Eine fragile Welt Seite 12

2 Frauen und Mädchen zahlen den höchsten Preis Seite 24

3 Auf dem Weg zu einer umfassenden Versorgung Seite 32

4 Resilienz und die Kluft zwischen Hilfe und Entwicklung Seite 38

5 Sexuelle und reproduktive Gesundheit in Krisensituationen finanzieren Seite 44

6 Eine transformative Vision für die Risikominimierung, Reaktion und Resilienz Seite 50

Indikatoren Seite 57

Impressum

Vorwort

Mehr als 100 Millionen Menschen benötigen humanitäre Hilfe – das ist die höchste Zahl seit Ende des Zweiten Weltkriegs. Unter denen, die vor Konflikten auf der Flucht sind oder durch Katastrophen entwurzelt wurden, sind zig Millionen Frauen und heranwachsende Mädchen. Dieser Bericht ist ein Aufruf zum Handeln, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und ihre Rechte zu wahren.

Wurden im vergangenen Jahrzehnt in puncto Gesundheitsschutz und Rechte von Frauen und heranwachsenden Mädchen in humanitären Krisen bemerkenswerte Fortschritte erzielt, so haben Finanzierung und Dienstleistungen mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt gehalten. Doch diese Dienstleistungen sind von entscheidender Bedeutung, insbesondere für sehr junge heranwachsende Mädchen, die die schwächste Gruppe darstellen und selbst in stabilen Zeiten am wenigsten in der Lage sind, sich den vielen Herausforderungen zu stellen, mit denen sie konfrontiert sind.

Zum Beispiel kann in einigen Entwicklungsländern ein zehnjähriges Mädchen gegen ihren Willen verheiratet, verkauft, von ihrer Familie getrennt und von jeder gesellschaftlichen Unterstützung abgeschnitten werden, sodass sie nur eingeschränkten Zugang zu Bildung und Gesundheit und kaum Chancen auf ein besseres Leben hat. Im Krisenfall vervielfachen sich diese Gefahren und damit auch die Verwundbarkeit dieses Mädchens. Ihre Zukunftsaussichten verschlechtern sich noch mehr. Sie kann Opfer sexualisierter Gewalt werden, sich mit HIV infizieren oder schwanger werden, sobald sie in die Pubertät kommt.

Jedes zehnjährige Mädchen auf der Welt hat ein Recht auf Gesundheit, Würde und Sicherheit. 1994 haben sich bei der Weltbevölkerungskonferenz von

Kairo 179 Staaten verpflichtet, dieses Recht immer und überall zu gewährleisten. Doch zu lange hat die humanitäre Hilfe dieses zehnjährige Mädchen übergangen, sodass sie durch unsichere Geburten und durch Gewalt mit ihren verheerenden Folgen gefährdet ist. Für einen sicheren Übertritt aller Mädchen vom Jugend- ins Erwachsenenalter sind sexuelle und reproduktive Gesundheit und der Zugang zu Informationen unabdingbar. Stellen Sie sich dieses zehnjährige Mädchen vor, 15 Jahre später, mit allen Rechten ausgestattet und bei guter Gesundheit; und dann machen Sie sich ein Bild von ihr in einer Welt, in der sie durch bewaffnete Konflikte, Verheerung und Vertreibung aller Menschenrechte, aller Chancen und jeglicher Würde beraubt ist.

Sie, ihre Gemeinschaft und ihr Land im Stich zu lassen, ist keine Option. Wir sind letztendlich eine Welt, und die Staaten tragen Verantwortung für den Schutz der Menschenrechte und die Einhaltung des Völkerrechts. Als Weltbürgerinnen und Weltbürger sind wir verpflichtet, Unterstützung zu leisten und Solidarität zu zeigen.

Heute entfallen drei Fünftel aller Fälle von Müttersterblichkeit auf humanitäre Krisen und unsichere Staaten – das sind 507 Todesopfer jeden Tag. Auch geschlechtsspezifische Gewalt fordert weiterhin einen grausamen Tribut. An ihr zerbrechen Leben und Zukunftsperspektiven auf Frieden und Erholung.

Gemeinsam müssen wir humanitäre Maßnahmen

dergestalt verändern, dass die Gesundheit und Rechte von Frauen und jungen Menschen ganz oben auf unserer Prioritätenliste stehen. Zugleich müssen wir massiv in Institutionen und Maßnahmen investieren, um das Humankapital von Mädchen und Frauen auf- und auszubauen. Wir müssen langfristig in die Resilienz von Gemeinschaften und Nationen investieren, um Verfall und Vertreibung im Fall einer neuen Krise zu minimieren und die Erholung zu beschleunigen.

UNFPA bekennt sich nach wie vor zur vollen Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte aller Frauen und Mädchen – wo auch immer sie leben – unter allen Umständen und zu jeder Zeit, seien sie krisenhaft oder nicht. Das derzeit enorme Ausmaß an Konflikten und Katastrophen bedeutet, dass UNFPA einen größeren Anteil seiner Dienstleistungen in Krisensituationen erbringt.

Wenn Frauen und Mädchen Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben und wenn zugleich mit einer Reihe von humanitären Programmen aktiv gegen Ungerechtigkeit vorgegangen wird, dann wächst der Nutzen von Interventionen exponentiell und wirkt über die akute Phase einer Krise hinaus weit in die Zukunft hinein, wenn die Länder und Gemeinschaften im Wiederaufbau sind.

Gemeinsam müssen wir uns für eine Welt einsetzen, in der Frauen und Mädchen nicht länger in vielfacher Weise benachteiligt sind, sondern gestärkt werden, damit sie ihr volles Potenzial ausschöpfen und zur Entwicklung und Stabilität ihrer Gemeinschaften und Länder beitragen können – vor, während und nach einer Krise.

Dr. Babatunde Osotimehin

Untergeneralsekretär der Vereinten Nationen und
Exekutivdirektor
UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen



Foto © UNFPA/Nezih Tavlas

Überblick

Das Leben von mehr als einer Milliarde heute lebender Menschen wurde durch Krisen zerrüttet. Krieg, Unsicherheit, Epidemien und Katastrophen haben Chaos und Zerstörung mit sich gebracht.

Noch nie seit Ende des Zweiten Weltkriegs waren so viele Menschen auf der Flucht aufgrund von Krisen: schätzungsweise 59,5 Millionen. Heute sind jedes Jahr 200 Millionen Menschen von Naturkatastrophen betroffen. Für manche sind die Rückschläge vorübergehend. Andere erholen sich ihr ganzes Leben lang nicht mehr davon. Flüchtlinge verbringen heute im Schnitt 20 Jahre fern ihrer Heimat.

Für Frauen und Mädchen stellen Schwangerschaften und Geburt in Konflikt- und Krisensituationen eine zusätzliche Gefährdung dar. Sechzig Prozent der vermeidbaren Fälle von Müttersterblichkeit entfallen auf Frauen, die von Konfliktsituationen, Naturkatastrophen oder Flucht betroffen sind.

Frauen und Mädchen zahlen einen unverhältnismäßig hohen Preis

Heute gelten mehr Länder als instabil als noch vor fünf oder sechs Jahren. Das bedeutet, dass sie in höherem Maße durch Konflikte oder Katastrophenfolgen gefährdet sind. Es gibt viele Faktoren, die Menschen und Länder verwundbar machen. Armut ist einer davon – mehr als eine Milliarde Menschen leben noch immer in extremer Armut. Dadurch bleiben Menschen und sogar ganze Länder auf der Entwicklungsleiter so tief unten, dass an einen Aufstieg kaum noch zu denken ist. Es bedeutet, dass es keine menschenwürdige Arbeit gibt und dass die Qualität von Dienstleistungen unvorhersehbar ist.



RISIKO

Foto © UNFPA/Sawiche Wamunza



Geografie ist ein weiterer Faktor, der Menschen und Länder verwundbar macht. Manche Länder liegen mitten in einer Region, die für Naturkatastrophen prädestiniert ist. Und diese nehmen durch den Klimawandel sogar dramatisch zu. Durch die starke Urbanisierung sind die Gefahren für Stadtbewohner gewachsen, insbesondere für arme Menschen, die häufig in schlecht gebauten, informellen Siedlungen auf gefährdeten Arealen leben, zum Beispiel an Berghängen, wo sie der Gefahr von Erdbeben ausgesetzt sind.

Für Frauen und Mädchen kommen zu diesen Faktoren noch Diskriminierung und Benachteiligung aufgrund des Geschlechts hinzu. Frauen und Mädchen haben weniger von fast allem: Einkommen, Land und andere Vermögenswerte, Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, Bildung, soziale Netzwerke, Mitspracherecht in der Politik, Schutz durch das Gesetz und grundlegende Menschenrechte.

Deshalb sind sie in einer Krise überproportional benachteiligt und verfügen über weniger Reserven,

Kraft und Stärke, um zu überleben und sich davon zu erholen. Während oder nach einer wie auch immer gearteten Krise kann es verstärkt zu geschlechtsspezifischer Gewalt kommen, zum Beispiel weil diese als Kriegswaffe eingesetzt wird.

Im Krisenfall sind Frauen und Mädchen überproportional benachteiligt und verfügen über weniger Reserven, Kraft und Stärke, um zu überleben und sich davon zu erholen.

Frauen und Mädchen sind überproportional benachteiligt



Mehr als
100 Millionen
Menschen brauchen
humanitäre Hilfe.
Ein Viertel davon
sind Frauen und
Mädchen zwischen
15 und 49 Jahren.

Ein höheres Risiko für

- sexuell übertragbare Infektionen einschließlich HIV
- unbeabsichtigte, ungewollte Schwangerschaften
- Müttersterblichkeit und gesundheitliche Beeinträchtigung
- sexualisierte und geschlechtsspezifische Gewalt

Extreme finanzielle Not infolge einer Katastrophe oder eines Konflikts kann dazu führen, dass Frauen sich prostituieren oder Opfer von Menschenhandel werden. Ein Mangel an den grundlegendsten Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit kann zur Folge haben, dass eine Geburt in einer Krisensituation tödlich endet. Das gilt ganz besonders für heranwachsende Mädchen.

All diese Gefahren haben eine gemeinsame Ursache: die mangelnde Achtung der Menschenrechte, auf die jeder Mensch Anspruch hat. Zu diesen Rechten gehören auch die reproduktiven Rechte, auf die sich im Jahr 1994 bei der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 179 Staaten verständigt haben. Die Konferenz gipfelte in einem bahnbrechenden Aktionsprogramm, das für die Arbeit von UNFPA richtungsweisend ist.

Für Frauen und Mädchen ist die sexuelle und reproduktive Gesundheit gefährdet

Von den über 100 Millionen Menschen, die 2015 humanitärer Hilfe bedurften, waren schätzungsweise

ein Viertel Frauen und heranwachsende Mädchen im gebärfähigen Alter. Derzeit bleibt die Hilfe für Frauen und Mädchen bezüglich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit hinter dem Bedarf zurück. Zwar gab es im vergangenen Jahrzehnt bei der Bereitstellung humanitärer Dienstleistungen für Frauen und Mädchen bemerkenswerte Fortschritte. Doch es sind noch immer große Defizite vorhanden – sowohl in der praktischen Umsetzung als auch bei der Finanzierung.

Katastrophen und Konflikte können verschiedene Gruppen von Menschen auf unterschiedliche Art und Weise in Mitleidenschaft ziehen. Lassen Interventionen diesen Umstand außer Acht, können sie mangelnde Gleichberechtigung zementieren.

In der ersten Phase einer Krise scheinen Nahrung, Obdach und die medizinische Versorgung von Verletzten oft am dringlichsten zu sein, während man glaubt, Diskriminierung aufgrund des Geschlechts oder anderer Faktoren auf sicherere Zeiten verschieben zu können. Dieses Denken kann jedoch dazu führen, dass eine Hilfsaktion blind für die Realitäten



GEGENMASSNAHMEN

Foto © Páanos Pictures/Chris de Bode



vor Ort wird – zum Beispiel dafür, dass Frauen und Mädchen keinen Zugang zu Hilfe erhalten oder leicht Opfer von Gewalt werden.

Ein Mangel an Aufmerksamkeit ist teilweise darauf zurückzuführen, dass nur eine sehr begrenzte Datenmenge nach Geschlecht oder anderen Parametern aufgeschlüsselt wird. Hinzu kommt, dass viele Ersthelfer über zu wenig Kompetenz in Sachen Geschlechterverhältnisse verfügen.

Angesichts des derzeitigen Ausmaßes von Krisen ist es an der Zeit, den konventionellen Ansatz dergestalt zu verändern, dass der Diversität der von einer Krise erfassten Bevölkerung Rechnung getragen wird und dass die unterschiedlichen Gruppen spezifisch versorgt werden.

Die sexuelle und reproduktive Gesundheit ins Zentrum humanitärer Hilfe stellen

Seit Anfang der 1990er-Jahre haben umfangreiche Forschungsarbeiten dazu beigetragen, dass die Gesundheit von Frauen und Mädchen stärker ins Blickfeld gerückt ist. Heute berücksichtigen viele humanitäre

Interventionen schwangerschafts- und geburtsbezogene Bedürfnisse. Zudem versuchen sie, Gefährdungen im Hinblick auf sexualisierte oder geschlechtsspezifische Gewalt und sexuell übertragbare Infektionen einschließlich HIV zu verhindern und zu thematisieren.

Im vergangenen Jahrzehnt gab es bei der Bereitstellung humanitärer Dienstleistungen für Frauen und Mädchen bemerkenswerte Fortschritte. Doch es sind noch große Defizite vorhanden – sowohl in der praktischen Umsetzung als auch bei der Finanzierung.

Unverzichtbare Maßnahmen schon zu Beginn einer Krise

Vordringliche Dienstleistungen

- Geburtsnothilfe und die Versorgung vom Neugeborenen
- Überweisungssystem für Geburtsnotfälle
- Hilfsgüter für sichere Geburten und Sicherstellung einer sauberen Umgebung
- Verhütung
- Kondome
- Antiretrovirale Medikamente
- Klinische Versorgung für Vergewaltigungsoffer

Ziele



Vermeidung von Mütter- und Säuglingssterblichkeit



Reduzierung von HIV-Übertragungen



Vermeidung sexualisierter Gewalt und Eindämmung ihrer Folgen

Es setzt sich zunehmend die Auffassung durch, dass es nicht nur aus humanitären Gründen und aus menschenrechtlicher Sicht geboten ist, den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit sicherzustellen, sondern auch, dass dies der Weg zu Erholung, Gefahrenminderung und Resilienz ist.

Bei mangelnder Finanzierung müssen humanitäre Maßnahmen neu konzipiert werden

Der Löwenanteil der humanitären Maßnahmen wird von großen internationalen Akteuren koordiniert und organisiert, unter anderem von den Vereinten Nationen. Die Finanzierung kommt bislang von Geberländern, die Mitglieder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sind. Aber auch andere Länder und private Spenden spielen eine zunehmend wichtige Rolle. Der Bedarf an humanitärer Hilfe ist seit 2011 jedes Jahr gestiegen, die Finanzierung hat jedoch nicht Schritt gehalten. Dadurch haben sich nie dagewesene Finanzlöcher aufgetan, die zur Folge haben, dass die Hilfsmaßnahmen für Millionen Menschen in Not

Es bedarf eines fundamentalen Wandels: weg von der Reaktion auf Katastrophen und Konflikte, hin zu Prävention, Bereitschaft und Stärkung von Menschen und Gemeinschaften, damit sie ihnen standhalten und sich davon erholen können.

unzureichend bleiben.

Die ständig größer werdenden Finanzierungslücken lassen vermuten, dass die Finanzierungsvereinbarungen nicht zukunftsfähig sind. Dasselbe gilt für den Ansatz des „Business as usual“ im Bereich der humanitären Maßnahmen.

RESILIENZ

Foto © UNFPA/Ben Manser

Weg von unmittelbarer Katastrophenhilfe, hin zu Bereitschaft, Prävention und Resilienz

Wir müssen darauf hinarbeiten, die Welt widerstandsfähiger und weniger verwundbar zu machen. In einer solchen Welt wäre Entwicklung – national und international – in vollem Umfang inklusiv und gleichberechtigt, und alle Rechte aller Menschen würden geachtet. Es wäre eine Welt, in der Frauen und Mädchen nicht mehr in vielfacher Weise benachteiligt, sondern gleichermaßen gestärkt werden, damit sie ihr volles Potenzial ausschöpfen und zur Entwicklung und Stabilität ihrer Gemeinschaften und Länder beitragen können.

Die Umgestaltung hin zu einer widerstandsfähigeren, weniger verwundbaren Welt hängt auch von einem verbesserten Risikomanagement ab und davon, dass Institutionen vor Ort über ausreichend Kapazitäten verfügen – lange bevor es zu einer Krise kommt. Risiken müssen zunächst umfassend verstanden werden; erst dann ist es möglich, in wirkungsvolle Maßnahmen zu investieren.

Für Risiken, die nicht völlig vermeidbar sind, ist eine proaktive Vorbereitung ausschlaggebend, um die schlimmsten Folgen einzudämmen. In allen Ländern besteht eine der wichtigsten Strategien zur Gefahrenminderung darin, dafür zu sorgen, dass die Menschen diesen Gefahren gegenüber widerstandsfähig sind. Menschen, die gesund und gebildet sind, über ein angemessenes Einkommen verfügen und alle Menschenrechte in Anspruch nehmen können, sind weitaus besser für Gefahrensituationen gerüstet.

Den Teufelskreis von Diskriminierung und Benachteiligung durchbrechen

Besonders gering ist die Resilienz bei Frauen und Mädchen und bei den Institutionen, die sich um sie kümmern. Solange ihre Rechte, Fähigkeiten und Chancen durch Benachteiligung und mangelnden Zugang beschnitten werden, werden Frauen und Mädchen zu denen gehören, die am dringendsten humanitäre Hilfe benötigen und die am wenigsten zur Erholung und Resilienz beisteuern können.

Prävention, Bereitschaft und Stärkung



Risiken besser managen



Die Benachteiligung von Frauen beseitigen



Die Resilienz der Menschen durch Bildung und Gesundheit stärken



Die Kapazität von Institutionen vor dem Eintritt von Krisen auf- und ausbauen



Die Verwirklichung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten ermöglichen



Langfristige, inklusive und gleichberechtigte Entwicklung anstreben

Solange ihre Rechte, Fähigkeiten und Chancen durch Benachteiligung und mangelnden Zugang beschnitten werden, werden Frauen und Mädchen zu denen gehören, die am dringendsten humanitäre Hilfe benötigen und die am wenigsten zur Erholung und Resilienz beisteuern können.

Eine Umgestaltung kann teilweise nach dem Abklingen einer Krise beginnen. Das aber hängt weitgehend von der Reaktion darauf ab. Werden überwiegend vorhandene diskriminierende Muster reproduziert – zum Beispiel indem nicht von Beginn an hochwertige Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bereitgestellt werden –, handelt es sich nicht um eine Umgestaltung. Eine solche Entwicklung wird auch in puncto Effektivität und Menschenrechte auf ganzer Linie versagen. Alle humanitären Probleme beinhalten in irgendeiner Form auch eine Geschlechterperspektive. Helfer müssen bei humanitären Maßnahmen jeglicher Art die Unterschiede zwischen Männern und Frauen, Mädchen und Jungen anerkennen, darauf eingehen und sämtliche Disparitäten aktiv korrigieren.

Wo das machbar ist, kann humanitäre Hilfe vorhandene Formen der Diskriminierung in die Schranken weisen, zum Beispiel durch die Bereitstellung umfassender Dienstleistungen für Überlebende geschlechtsspezifischer Gewalt. Sie kann



DER WEG NACH VORN

Foto © Panos Pictures/Sven Torfinn



Männer und Jungen in die Pflicht nehmen, neue soziale Normen zu akzeptieren, wie zum Beispiel die friedliche Beilegung von Meinungsverschiedenheiten.

Die künstliche Kluft zwischen humanitären Maßnahmen und Entwicklung beseitigen

Wir brauchen bessere Entwicklung, bessere humanitäre Maßnahmen, besseres Risikomanagement, mehr Aufmerksamkeit für Prävention, Bereitschaft und Resilienz und eine bessere Vernetzung all dieser Faktoren.

Die heutige Unterscheidung zwischen humanitären Maßnahmen und Entwicklung ist falsch. Humanitäre Maßnahmen können das Fundament für eine langfristige Entwicklung legen – eine Entwicklung, von der alle profitieren, weil sie jede einzelne Person in die Lage versetzt, ihre Rechte einschließlich der reproduktiven Rechte zu genießen, kann Menschen, Institutionen und Gemeinschaften helfen, Krisen standzuhalten. Außerdem kann sie zu einer schnelleren Erholung beitragen.

Durch eine gleichberechtigte, inklusive und rechtebasierte Entwicklung und die dadurch begünstigte Resilienz können sich humanitäre Maßnahmen in vielen Fällen erübrigen. Jetzt, da die weltweit beschlossene Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung beginnt und der Humanitäre Weltgipfel 2016 naht, ist die Zeit gekommen, zu handeln und humanitäre Maßnahmen neu zu konzipieren. Dabei müssen die Gesundheit und Rechte von Frauen und Mädchen im Mittelpunkt stehen.

Eine neue Vision für humanitäre Maßnahmen



Im Mittelpunkt der miteinander verknüpften Elemente humanitärer Maßnahmen – von der Reaktion bis zu Resilienz und Entwicklung – stehen sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte.

Eine fragile Welt

Naturkatastrophen, insbesondere Überschwemmungen und Stürme, ereignen sich heute doppelt so häufig wie vor 25 Jahren. Konflikte, insbesondere solche innerhalb von Ländern, machen viele Millionen Menschen zu Flüchtlingen. Konflikte, Gewalt, Instabilität, extreme Armut und Anfälligkeit für Naturkatastrophen sind eng miteinander verwoben und hindern heute über eine Milliarde Menschen daran, an den seit Ende des Zweiten Weltkriegs erzielten sozialen und wirtschaftlichen Fortschritten teilzuhaben.



Ashur und Familie auf der Flucht, Gevgelija, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien

Foto © UNFPA/Nake Batev

Seit Ende des Zweiten Weltkriegs gab es noch nie so viel Gewalt, Instabilität und Aufruhr. In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurden Milliarden Menschen von Katastrophen heimgesucht. Krisen wie zum Beispiel Massenwanderungen von Menschen in Reaktion auf extreme Armut und instabile Gesellschaften treten heute immer sichtbarer zutage.

Viele Krisen ziehen sich über Jahrzehnte, manche sogar über mehrere Generationen hin, ohne dass Lösungen in Sicht kommen. Flüchtlinge leben im Durchschnitt 20 Jahre fern ihrer Heimat, ohne Zugang zu dauerhaften Lösungen und einem nachhaltigen Lebensunterhalt.

Jede Krise – sei es ein Krieg, eine tödliche Epidemie, ein Erdbeben oder eine Überschwemmung – zieht ganz eigene Herausforderungen für die Gesundheit, die



Leyla Ashur und Familie
Foto © UNFPA/Nake Batev

Sicherheit, den Lebensunterhalt und die Rechte von Einzelnen, Familien und Gemeinschaften nach sich.

Überschwemmungen und Stürme: die häufigsten Naturkatastrophen

Weltweit nehmen Naturkatastrophen an Stärke zu und verursachen höhere Kosten. Von Naturkatastrophen – klassifiziert entweder als klimabedingt oder geophysikalisch – spricht man, wenn natürliche Ereignisse das Leben von Menschen beeinträchtigen. Naturkatastrophen werden heute hauptsächlich mit der steigenden Zahl klimabedingter Katastrophen assoziiert, darunter Stürme und Überschwemmungen.

Nachdem sich die Zahl der Naturkatastrophen von 1980 bis 2000 verdreifachte, folgte ein leichter Rückgang. Dennoch werden heute doppelt so viele

Naturkatastrophen gezählt wie vor 25 Jahren. In den meisten Jahren ereignen sich weltweit eine bis drei große Katastrophen, die Todesopfer in einem Maß fordern, welches das gewöhnlicher Ereignisse bei weitem übersteigt. Zudem treten in den meisten Jahrzehnten eine oder zwei Katastrophen ein, die für das öffentliche Bewusstsein so gewaltig und schockierend sind, dass von Megakatastrophen gesprochen wird.

Auf jede Person, die bei einer Katastrophe stirbt, kommen viele Hundert, die auf unmittelbare Überlebenshilfen wie Nahrungsmittel, Unterkunft sowie sanitäre und medizinische Versorgung angewiesen sind. In vielen Fällen verlieren die Überlebenden von Katastrophen ihr Zuhause und ihren Lebensunterhalt, werden von ihren Familien getrennt, müssen sich ein Leben lang mit Krankheit, Behinderung oder begrenzten

Chancen abfinden und werden vertrieben.

Die Wahrscheinlichkeit, infolge einer Katastrophe aus der Heimat vertrieben zu werden, liegt heute um 60 Prozent höher als noch vor vier Jahrzehnten. Im Durchschnitt der vergangenen 20 Jahre gab es weltweit pro Jahr 340 Katastrophen, die 200 Millionen Menschen in Mitleidenschaft zogen und 67.500 Menschenleben forderten.

Überschwemmungen waren für 43 Prozent der von 1994 bis 2014 verzeichneten Katastrophen verantwortlich und betrafen nahezu 2,5 Milliarden Menschen. Die zweithäufigste Katastrophenart waren Stürme, die in diesem Zeitraum über 244.000 Menschenleben forderten und Schäden in Höhe von 936 Milliarden US-Dollar anrichteten – was Stürme zu den teuersten Katastrophen und zum zweitschlimmsten Killer in diesen beiden Jahrzehnten macht.

Erdbeben (einschließlich Tsunamis) forderten mehr Todesopfer als alle anderen Katastrophenformen zusammengenommen – nahezu 750.000 Menschenleben zwischen 1994 und 2013. Seebeben mit nachfolgenden Tsunamis waren die tödlichste Unterform von Erdbeben; bei ihnen kamen im Durchschnitt 79 Menschen pro 1.000 Betroffenen ums Leben, verglichen mit vier Toten pro 1.000 Betroffenen bei Landbeben. Mit anderen Worten: Seebeben mit nachfolgenden Tsunamis sind fast 20-mal tödlicher als Erdbeben.

Unter Dürren litten zwischen 1994 und 2014 eine Milliarde Menschen, umgerechnet also jede vierte von einer Naturkatastrophe betroffene Person. Dabei machten Dürren nur fünf Prozent der Katastrophenereignisse aus. Gut 41 Prozent der Dürrekatastrophen in diesem Zeitraum ereigneten sich in Afrika.

In absoluten Zahlen verzeichneten die Vereinigten Staaten und China zwischen 1994 und 2014 die meisten Naturkatastrophen, was hauptsächlich an ihrer Größe, ihrer vielfältigen Landmasse und ihrer hohen Bevölkerungsdichte liegt. Im Vergleich der Kontinente traf es Asien am härtesten, während Haiti wegen des

verheerenden Erdbebens von 2010 sowohl in absoluten Zahlen als auch relativ zur Gesamtbevölkerung die meisten Todesopfer zu beklagen hatte.

Obwohl die Zahl der Katastrophen in den vergangenen 20 Jahren zugenommen hat, ist die Zahl der durchschnittlich betroffenen Personen gesunken, von einer pro 23 Personen zwischen 1994 und 2003 auf rund eine pro 39 Personen zwischen 2004 und 2014.

Zahl katastrophenbedingter Todesopfer höher in ärmeren Ländern

Im Durchschnitt kamen pro Katastrophe in einkommensschwachen Ländern mit 332 Toten über drei Mal so viele Menschen ums Leben wie in Ländern mit hohem Einkommen (105 Tote). Ein ähnliches Muster zeigt sich, wenn man Länder mit niedrigem sowie niedrigem mittleren Einkommen zusammenfasst und den Ländern mit hohem und höherem Einkommen gegenüberstellt. Insgesamt entfielen auf die Länder mit höheren Einkommen 56 Prozent der Naturkatastrophen, aber nur 32 Prozent der Todesopfer, während sich in den Ländern mit niedrigeren Einkommen 44 Prozent der Naturkatastrophen ereigneten, sie aber 68 Prozent der Todesopfer zu beklagen hatten. Wie dieses Verhältnis belegt, ist weniger die Gefährdungsexposition als vielmehr das Niveau der wirtschaftlichen Entwicklung die wichtigste Determinante der Mortalität.

Pro Jahr im Durchschnitt 168.100 direkte Todesopfer durch Konflikte

Die Zahl der Toten ist ein Indikator für die Intensität bzw. Größenordnung eines Konflikts. Von 1989 bis 2008 wird die Zahl der Menschen, die unmittelbar durch Konflikte ums Leben kamen, auf 3.362.000 geschätzt, umgerechnet 168.100 Tote pro Jahr. 74 Prozent der direkten Opfer von Konflikten zwischen 1989 und 2008 entfielen auf Zentralafrika, Ostafrika, den Nahen Osten, Nordafrika und Südasien.

Das Gesamtniveau der direkt durch Konflikte verursachten Todesfälle liegt seit 2008 wegen der

Die Auswirkungen von Konflikten auf Männer und Frauen

Nach Geschlecht aufgelöste globale konfliktbezogene Daten sind Mangelware. Und wenn es sie gibt, sind sie häufig unzuverlässig. Dennoch lassen sich aus kleinräumigen Studien eine Reihe von Erkenntnissen gewinnen: Zum Beispiel kommen Männer sehr viel häufiger direkt durch Konflikte ums Leben, während Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit durch indirekte Ursachen nach einem Konflikt sterben. Alle Studien zu direkten Todesfällen durch Konflikte kommen zu dem Ergebnis, dass über 90 Prozent der Opfer junge erwachsene Männer sind.

	Direkte Folgen	Indirekte Folgen
Beide	▪ Depressionen, Traumata und emotionale Not	▪ Verlust von Vermögen und Einkommen ▪ Tendenz zu verstärkter Migration ▪ Auflösung der üblichen Muster von Eheschließung und Fertilität ▪ Verlust familiärer und sozialer Netzwerke einschließlich Versicherungsmechanismen ▪ Unterbrochene Bildung ▪ Vermindertes Wohlergehen, insbesondere verstärkte gesundheitliche Probleme und eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund von Armut und Mangelernährung
Männer	▪ Höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten durch Kampfhandlungen ▪ Höhere Wahrscheinlichkeit, festgenommen oder vermisst zu werden ▪ Sexuelle und geschlechtsbasierte Gewalt: geschlechtsselektive Massaker; Zwangsrekrutierung; Folter; Vergewaltigung und Verstümmelung; Zwang, anderen sexuelle Gewalt zuzufügen ▪ Mehr körperliche Behinderungen durch Verwundungen	▪ Gefahr, dass sich frühere Kämpfer kriminell betätigen; Probleme, einen Lebensunterhalt zu finden ▪ Häufigeres Auftreten anderer Formen von Gewalt, insbesondere häuslicher Gewalt
Frauen	▪ Höhere Wahrscheinlichkeit, zu Binnenvertriebenen und Flüchtlingen zu werden ▪ Geschlechtsbasierte Gewalt: Opfer von Vergewaltigung, Menschenhandel und Prostitution; erzwungene Schwangerschaften und Zwangsehen	▪ Probleme der reproduktiven Gesundheit ▪ Belastung der reproduktiven und pflegenden Rolle von Frauen ▪ Veränderte Marktteilnahme durch den Tod von Familienmitgliedern und den „Effekt der zusätzlichen Arbeitskraft“ ▪ Häufigeres Auftreten von häuslicher Gewalt ▪ Chancen auf stärkere politische Partizipation ▪ Stärkere ökonomische Teilhabe infolge sich verändernder Geschlechterrollen in Konfliktsituationen

Quelle: Anderlini, S.: WDR Background Paper, Background Paper for World Development Report 2011 (Entwurf), 2010

zunehmenden Gewalt im Nahen Osten bei über 200.000 pro Jahr. 2012 entfielen zwei von fünf durch Kampfhandlungen gestorbenen Personen auf Syrien.

In manchen Ländern übersteigt die Zahl der mit Konflikten zusammenhängenden – aber nicht direkt durch Kampfeinwirkung bedingten – Todesfälle die der direkten Opfer um das Dreifache. Die meisten dieser indirekten Todesfälle entfallen auf Länder mit niedrigem Einkommen, wo die Zivilbevölkerung vom lebenswichtigen Zugang zu Impfungen, Kindernahrung und sauberem Wasser abgeschnitten wird.

Vertreibung durch Konflikte

2014 stieg die Zahl der weltweiten Flüchtlinge und Binnenvertriebenen auf 59,5 Millionen, der höchste Stand seit dem Zweiten Weltkrieg. Die Zahl der Binnenvertriebenen hat sich 2015 gegenüber 2010 verdoppelt.

Über die Hälfte aller neuen Flüchtlinge im Jahr 2014 stammte aus Syrien, Afghanistan, Somalia und dem

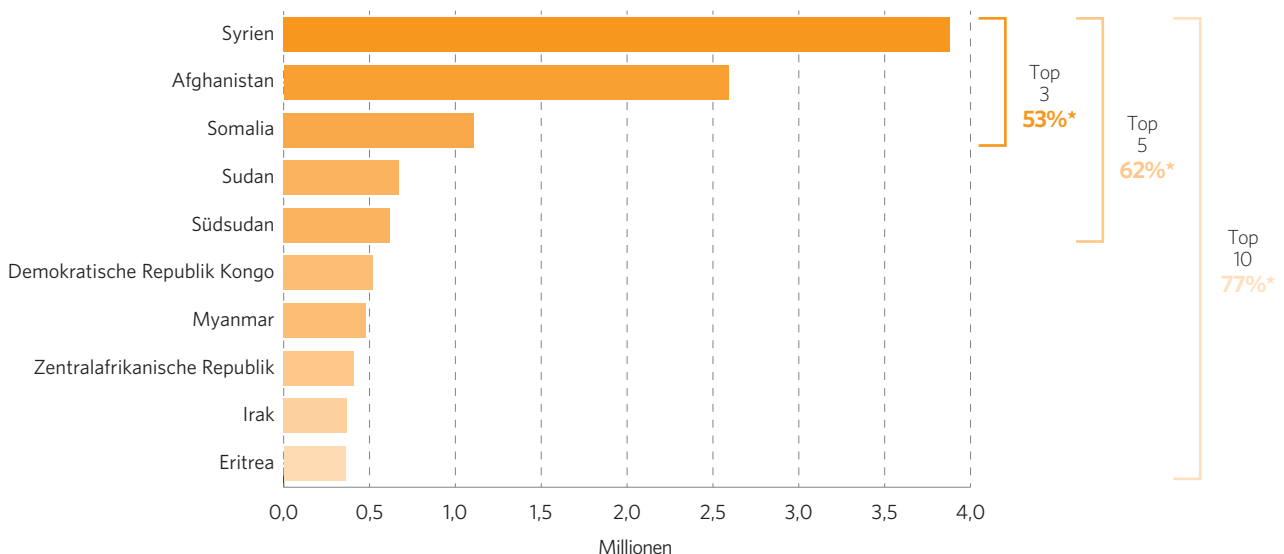
Sudan. Über die Hälfte aller Binnenvertriebenen leben in Syrien, Kolumbien, dem Irak und dem Sudan. Im Libanon ist rund jeder vierte, in Jordanien jeder zehnte Einwohner ein Flüchtling. Einer von drei Flüchtlingen lebt heute in einem Lager. Zwei von drei leben in urbanen Gebieten. Alle 25 am stärksten von lang anhaltender Flüchtlingspräsenz betroffenen Länder liegen in der sich entwickelnden Welt. Weltweit gibt es rund 30 langwierige Flüchtlingssituationen – mit einer durchschnittlich rund 20-jährigen Dauer.

Jedes Jahr werden 26,4 Millionen Menschen durch Katastrophen vertrieben

Nach Angaben des UN-Hochkommissars für Flüchtlinge sind seit 2008 jährlich weltweit im Durchschnitt 26,4 Millionen Menschen durch Naturkatastrophen vertrieben worden, der Großteil davon in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.

Während die Häufigkeit von geophysikalischen Katastrophen in den vergangenen Jahren weitgehend

Hauptherkunftsländer von Flüchtlingen



Quelle: UNHCR (Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen): Global Trends: Forced Displacement in 2014, Genf 2015

* Spiegelt den Anteil an den gesamten Flüchtlingen weltweit Ende 2014 wider.

konstant blieb, hat die Zahl von klimabedingten Ereignissen wie Überschwemmungen und Stürmen zugenommen. Von 2000 bis heute wurden im Durchschnitt pro Jahr 314 klimabedingte Naturkatastrophen gezählt, 44 Prozent über dem Jahresdurchschnitt für den Zeitraum von 1994 bis 2000.

Laut Schätzungen mussten 2014 über 19 Millionen Menschen infolge von Katastrophen ihr Zuhause verlassen. Über die letzten sieben Jahre hinweg waren wetterbedingte Ereignisse für 85 Prozent dieser Wanderungsbewegungen verantwortlich, Erdbeben für die restlichen 15 Prozent.

Jeder dritte von Armut Betroffene lebt in einem fragilen Staat

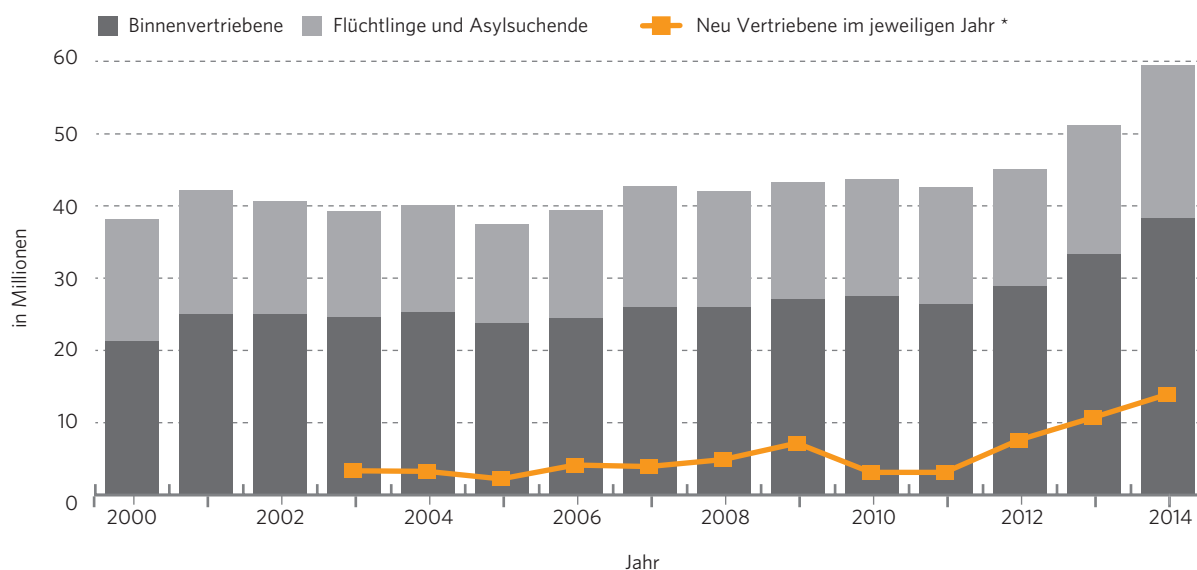
Fragile Regionen oder Staaten verfügen lediglich über eine schwache Kapazität zur Ausführung grundlegender Regierungsfunktionen, und es fehlt ihnen an der Fähigkeit, wechselseitig konstruktive Beziehungen innerhalb der Gesellschaft zu entwickeln. In fragilen oder

schwachen Staaten kann die Beziehung zwischen Staat und Gesellschaft infolge sowohl interner als auch externer Stressfaktoren – darunter demografische Verschiebungen, technologische Innovationen und Klimawandel – kollabieren.

Vor einem Jahrzehnt waren die meisten fragilen Staaten Länder mit niedrigem Einkommen. Heute dagegen gehört rund die Hälfte der fragilen und von Konflikten betroffenen Staaten zur mittleren Einkommensgruppe. Trotz dieser Veränderungen im Einkommensstatus konzentriert sich die Armut weiterhin auf fragile Staaten. Fragile Staaten mit mittlerem Einkommen teilen gewisse Charakteristika, etwa ein hohes Niveau an urbaner und krimineller Gewalt, das Wachstum von Megastädten mit hohem Gewaltpotenzial und einen hohen Anteil unterbeschäftigter junger Menschen an der Gesamtbevölkerung.

Ein Drittel der weltweit von Armut betroffenen Menschen lebt in fragilen Staaten. Über eine Milliarde Menschen, etwa 15 Prozent der Weltbevölkerung, lebt

Vertreibung im 21. Jahrhundert, 2000 bis 2014



Quelle: UNHCR (Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen): Global Trends: Forced Displacement in 2014, Genf 2015

* Binnenvertriebene und Vertriebene über internationale Grenzen hinweg. Daten zu neu Vertriebenen erst seit 2003 verfügbar.

in extremer Armut. Früher auf Ostasien konzentriert, hat sich das Schwergewicht der extremen Armut inzwischen auf Afrika südlich der Sahara und Südasiens verlagert. Dort leben heute 80 Prozent der von extremer Armut betroffenen Menschen, die Mehrheit davon Frauen und Kinder.

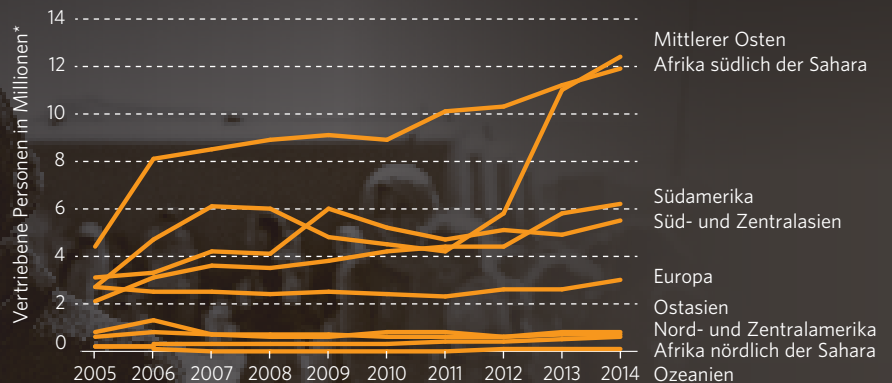
Zwei von drei unbetreuten Geburten ereignen sich in fragilen Staaten

Ungeachtet der wirtschaftlichen und sozialen Fortschritte der letzten Jahrzehnte lebt heute ein erheblicher und weiter wachsender Anteil der Menschheit in Ländern, die von größerer Unsicherheit und Instabilität geprägt sind. Diese Länder stehen vor besonders großen

Herausforderungen, was ihre Stabilität und weitere Entwicklung betrifft. 2010 lebte knapp die Hälfte der Bevölkerung von Ländern mit niedrigem Einkommen in Staaten, die fragil waren, sich im Konflikt befanden oder sich von einer Konfliktsituation erholten. Auf diese Länder entfielen 60 Prozent aller unterernährten Menschen, 77 Prozent der Kinder, die nicht zur Grundschule gehen, 70 Prozent der Säuglingssterblichkeit und 64 Prozent der unbetreuten Geburten.

Stellt man die Fragilität von Staaten grundlegenden Indikatoren der reproduktiven Gesundheit gegenüber, zeigt sich, dass es in sehr schwachen Staaten mit hoher Wahrscheinlichkeit weniger professionell betreute Geburten gibt, die Schwangerschaftsraten unter

Zahl der Vertriebenen nach Region, 2005 bis 2014



Quelle: Development Initiatives: Global Humanitarian Assistance Report, 2015

* Der Begriff „Vertriebene“ umfasst Flüchtlinge und Menschen in flüchtlingsartigen Situationen, Binnenvertriebene und Asylsuchende. Zu den Binnenvertriebenen zählen nur diejenigen Personen, die unter dem Schutz des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen stehen. Die Daten sind nach den Definitionen der Asylländer/Asylregionen geordnet, die Länderzuweisung zu den Regionen folgt der Klassifizierung der Regionen durch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

Heranwachsenden höher sind und der ungedeckte Bedarf an Familienplanung größer ist.

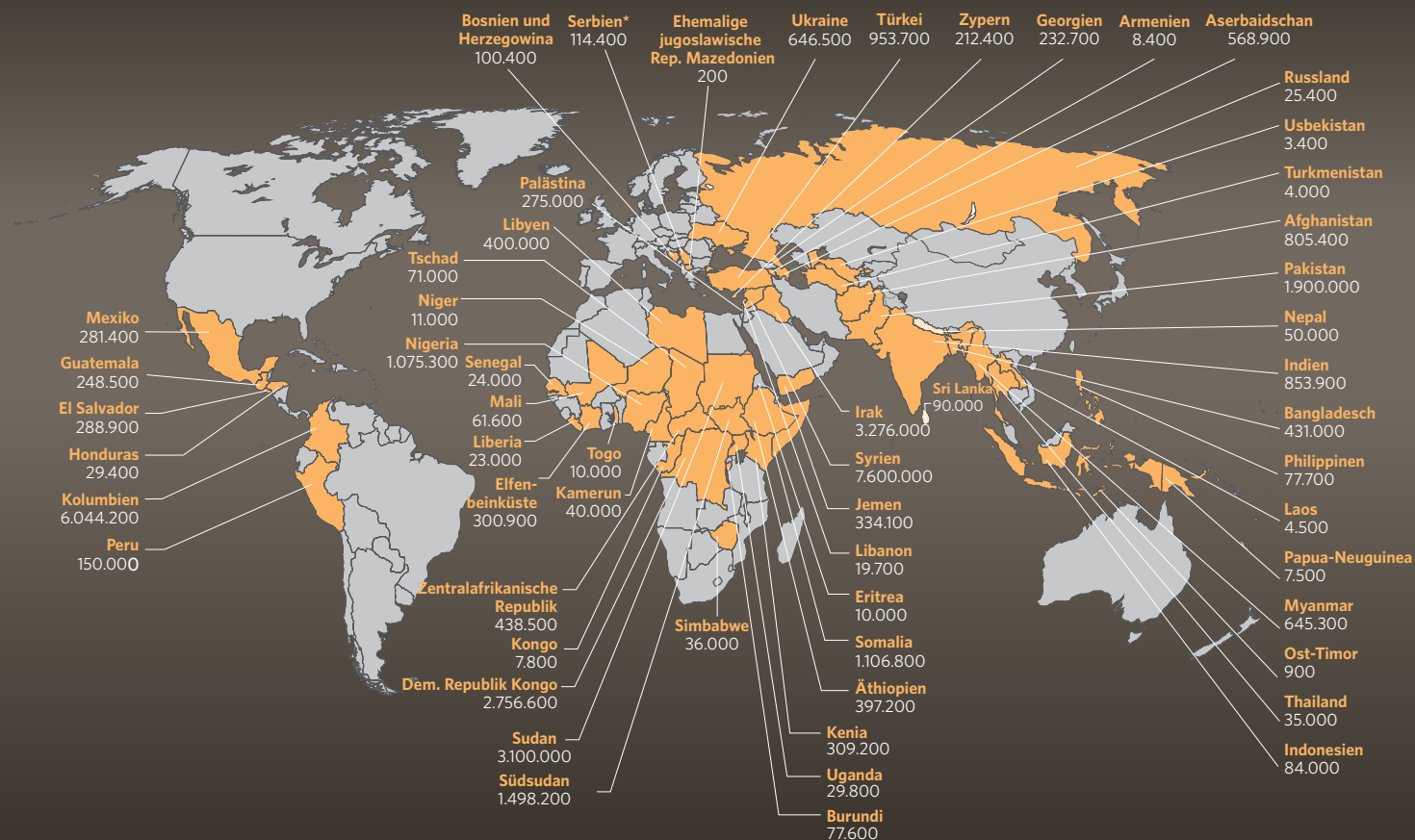
Die Risiken bewerten

Humanitäre Krisen und Katastrophen können nicht immer verhindert, ihre Auswirkungen dagegen stark begrenzt werden. Krisen und Katastrophen zu verstehen ist ein entscheidender erster Schritt dahin, sie zu begrenzen und sie in den Griff zu bekommen. Die Risikobewertung zielt darauf ab, die Menschen und Orte zu identifizieren und priorisieren, die am stärksten von Katastrophen bedroht sind, und nach Mitteln und Wegen zu suchen, wie sich diese Risiken vermindern und handhaben lassen.

Die elf Länder mit dem höchsten Risiko katastrophengebundener Armut weltweit sind Äthiopien, Bangladesch, die Demokratische Republik Kongo, Kenia, Madagaskar, Nepal, Nigeria, Pakistan, der Südsudan, der Sudan und Uganda.

Wie die Risikobewertung im Zusammenhang mit Dürren, extremen Temperaturereignissen und Überschwemmungen ergibt, werden 2030 bis zu 319 Millionen von extremer Armut betroffene Menschen in den 45 von diesen Naturphänomenen am stärksten bedrohten Ländern leben. Das sind besorgniserregende Aussichten, da Dürren und Überschwemmungen zu den Katastrophen gehören, die am stärksten eine langfristige Verarmung nach sich ziehen.

Binnenvertriebene aufgrund von Konflikten und Gewalt im Jahr 2014



Quelle: Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre: Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses, Genf 2015

* Einschließlich Kosovo

Dimensionen der Fragilität

Der Index fragiler Staaten 2015 der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Der OECD-Index für fragile Staaten bildet den Gefährdungsgrad von Ländern und Territorien für Konflikte und Naturkatastrophen anhand von fünf zentralen Dimensionen ab: der Grad der Gewalt, der Grad des Zugangs zu Justiz und Rechtsstaatlichkeit, das Ausmaß, zu dem nationale Institutionen effektiv, rechenschaftspflichtig und inklusiv sind, der Grad der wirtschaftlichen Stabilität und das Ausmaß der Resilienz, das heißt der Fähigkeit, Schocks und Katastrophen standzuhalten und zu bewältigen.

Gefährdungsgrad nach Dimensionen

-  **GEWALT**
-  **JUSTIZ**
-  **INSTITUTIONEN**
-  **RESILIENZ**
-  **WIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN**

9 Länder



Elfenbeinküste
Guinea
Haiti
Jemen
Kongo, Dem. Rep.
Sudan
Swasiland
Tschad
Zentralafrikanische Republik

5 Dimensionen

13 Länder



Äquatorialguinea
Eritrea
Guinea-Bissau
Mauretanien
Simbabwe
Togo



Afghanistan
Burundi
Nepal
Südsudan



Äthiopien
Nigeria
Somalia

4 Dimensionen

26 Länder



Algerien
Syrien



Kamerun
Laos



Angola
Liberia



Kenia
Uganda



Komoren
Kongo
Madagaskar
Sierra Leone



Bangladesch
Libyen
Myanmar
Pakistan
Venezuela



Gambia
Malawi
Mosambik
Niger
Ost-Timor



Honduras
Lesotho
Mali
Palästina

3 Dimensionen

22 Länder



Indien
Panama
Serbien (Kosovo)



Irak
Iran



Dschibuti



Papua-Neuguinea
Sambia
Salomonen



Benin
Burkina Faso
Kiribati
São Tomé und Príncipe
Suriname



Fidschi
Kambodscha
Tadschikistan
Turkmenistan



Guatemala
Kolumbien
Paraguay
Ruanda

2 Dimensionen

Die Auswirkungen des globalen Temperaturanstiegs konzentrieren sich überproportional auf Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen sowie kleine Inselentwicklungsländer, wobei die armen und am stärksten verwundbaren Bevölkerungen aller Wahrscheinlichkeit nach am härtesten getroffen werden und am wenigsten über die Kapazitäten oder den Zugang zu Ressourcen verfügen, um sich an die Veränderungen anzupassen und davon zu erholen.

In den letzten 50 Jahren hat die Häufigkeit von Dürren in Ostafrika schrittweise zugenommen, in Westafrika hingegen hat sie abgenommen. Auf Grundlage eines Indikators für die Dürreanfälligkeit werden Somalia, Burundi, Niger, Äthiopien, Mali und der Tschad als die Länder mit dem höchsten relativen Gefährdungsgrad für Dürren klassifiziert. Das Leben und der Lebensunterhalt der von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen, insbesondere von Frauen, die 70 Prozent der Nahrungsmittel in der Region erzeugen, werden am stärksten durch Dürren bedroht, da sie infolge des hohen Niveaus chronischer Armut die geringste Anpassungsfähigkeit besitzen.

Urbanisierung und humanitäre Krisen

Erstmals lebt über die Hälfte der Weltbevölkerung in Städten. Mit der steigenden Zahl der Menschen, die in die Slums der Megastädte ziehen, nimmt auch die Zahl der von Katastrophen Betroffenen zu. Das rapide Wachstum urbaner Bevölkerungen, die beispiellose Zahl von Vertriebenen und die Gefahr schwerer Wetterereignisse erhöhen das Risiko humanitärer Krisen in den Städten.

Das städtische Bevölkerungswachstum konzentriert sich auf Entwicklungsländer, in denen Woche für Woche 1,2 Millionen Menschen vom Land in die Städte ziehen. In Afrika südlich der Sahara und in Asien hat die Urbanisierung ein beispielloses Niveau erreicht, zugleich finden sich dort auch die am wenigsten entwickelten Regionen, die am schlechtesten darauf vorbereitet und dafür ausgestattet sind, diesen

Zustrom zu managen.

Rapide Urbanisierung, unzureichende Planung und eine sich verschärfende Landknappheit zwingen arme und verwundbare Bevölkerungsgruppen, Zuflucht in Slums oder informellen Siedlungen in Gebieten mit einer höheren Anfälligkeit für Katastrophen zu suchen.

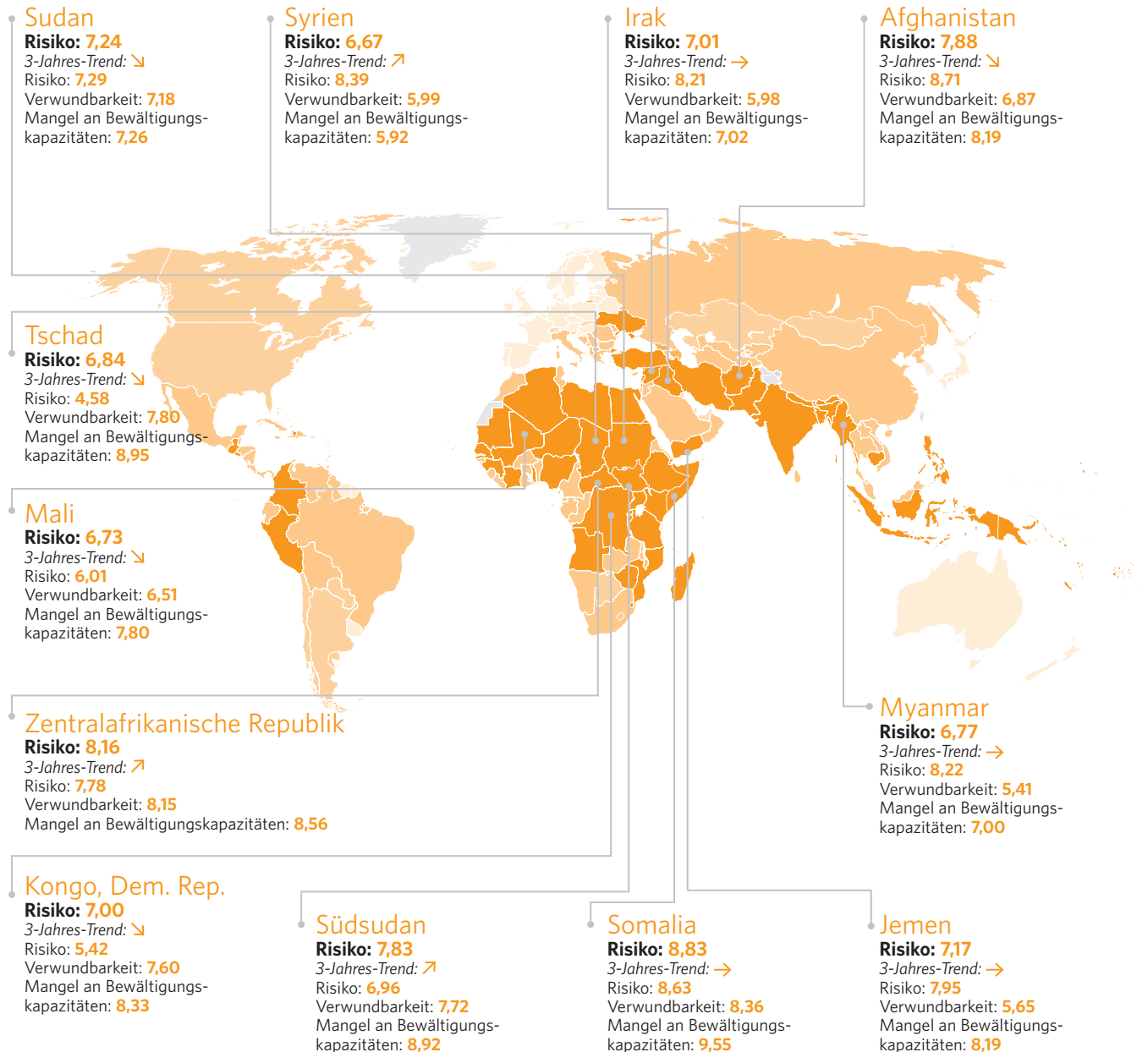
Weltweit leben schätzungsweise eine Milliarde Menschen in informellen Siedlungen, 90 Prozent davon in Entwicklungsländern. Migranten, Flüchtlinge und Binnenvertriebene, die zumeist nicht in der Lage sind, sich bessere Unterkünfte zu leisten, stellen einen erheblichen und weiter steigenden Anteil der städtischen informellen Siedler. Viele dieser informellen Siedlungen liegen in schlecht versorgten Gebieten, in denen es an grundlegender Infrastruktur wie Gesundheitsdiensten, Zugang zu sauberem Wasser und sanitärer Versorgung mangelt. Informelle Siedler sind anfälliger für die Folgen von Naturkatastrophen wie Erdbeben, da sie häufig in qualitativ schlechten Unterkünften leben, die Erdstößen nicht standhalten. Diese behelfsmäßigen Hütten stehen meist auf unsicheren Gebieten wie toxisch belasteten industriellen Brachen, Überschwemmungsebenen oder an instabilen Hängen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit von Naturkatastrophen in Mitleidenschaft gezogen werden.

Immer mehr Frauen wandern ohne Begleitung aus ländlichen Gebieten in urbane Zentren. Die Gründe dafür und die Konsequenzen sind eng mit Fragen der sozialen Ungleichheit und der Geschlechtszugehörigkeit verknüpft. Männer wie Frauen ziehen auf der Suche nach einem besseren Leben, insbesondere besseren wirtschaftlichen Möglichkeiten und einem besseren Zugang zu Dienstleistungen, in die Städte. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von geschlechtsspezifischen Faktoren, die die urbane Migration von Frauen antreiben können – von Zwangsräumungen über zunehmende häusliche Gewalt und schädliche Praktiken wie Kinderehen bis hin zu HIV- und Aids-bedingten Gesundheitsproblemen.

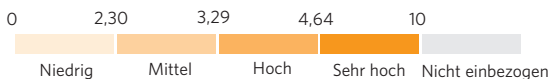
Frauen und Mädchen sind überproportional von den schlechten Lebensbedingungen in urbanen Slums und

2015 Risiko

Der Gesamtrisikoindex identifiziert Länder, die der Gefahr humanitärer Krisen und Katastrophen ausgesetzt sind, die ihre nationalen Reaktionsfähigkeiten übersteigen könnten. Er setzt sich aus drei Dimensionen zusammen — Risiken und Exposition, Verwundbarkeit sowie Mangel an Bewältigungskapazitäten. Diese Karte zeigt Details für die zwölf Länder mit dem höchsten Gesamtrisiko.



Inform Risiko Index



↗ Steigendes Risiko → Stabil ↘ Abnehmendes Risiko

Quelle: INFORM (Information for Risk Management) Database, 2015

mangelhaften Unterkünften betroffen, da sie es sind, die sich um die Familie kümmern und mehr Zeit zu Hause und in der Gemeinde verbringen. Die Gesundheit und Sicherheit von Frauen stellt in urbanen informellen Siedlungen ein großes Problem dar, weil Frauen in besonderem Maße schlechten sanitären Bedingungen, Sicherheitsrisiken, steigender sexualisierter Gewalt und den Folgen von Katastrophen wie Überschwemmungen und Bränden ausgesetzt sind. Schlechte Straßenbeleuchtung, unzureichende öffentliche Verkehrsverbindungen, kaum Sicherheitspatrouillen und Hütten ohne Schlösser an den Türen tragen zur geschlechtsbasierten Gewalt bei und erhöhen das Risiko, vergewaltigt zu werden.

Schwache Gesundheitssektoren und Fragilität

Fragile Länder weisen bei Gesundheitsindikatoren die schlechtesten Werte auf. Eine schlechte Gesundheit der Bevölkerung wiederum kann die Fragilität verschärfen. Infolge der ineffizienten Bereitstellung von Gesundheitsdiensten aber kann die Fragilität des Staates auch zu höheren Krankheits- und Sterblichkeitsraten beitragen.

Aufgrund der geschwächten Gesundheitsinfrastruktur und der personellen Unterbesetzung, die den Zugang zu Diensten, Hilfsgütern und Informationen der reproduktiven Gesundheit einschränken, weisen fragile Staaten schlechte Indikatoren der reproduktiven Gesundheit auf. Zwischen 2003 und 2006 wurden in 18 von Konflikten betroffenen Ländern im Durchschnitt gerade einmal 1,30 US-Dollar pro Kopf und Jahr für die reproduktive Gesundheit ausgegeben.

Krisen behindern die Entwicklung

In fragilen und von Konflikten betroffenen Ländern trägt eine komplexe Mischung ineinandergreifender Gefahren zur Vertreibung bei. Weitere Aspekte wie Geschlecht, Ethnizität, Einkommen und Wohnort gehen mit einem höheren Risiko für langfristige negative Folgen einher und erschweren die Erholung nach

Krisen. Auch Armut und ein niedriges Bildungsniveau erzeugen eine tiefgreifende Anfälligkeit.

Es sind hauptsächlich fragile, von Konflikten oder Naturkatastrophen betroffene Länder, die auf dem Weg zur Erfüllung der Millennium-Entwicklungsziele weit hinterherhinken. Und es sind die fragilen Staaten, auf die die Mehrzahl der Fälle von Müttersterblichkeit entfällt, da es dort an lebensrettenden Gesundheitsdiensten oder dem Zugang dazu mangelt.

Die Flüchtlings- und Migrationskrisen von 2015 und die Ebola-Epidemie in Westafrika führen uns vor Augen, wie Krisen und Notfälle das Leben zahlloser Menschen fordern oder erschüttern, wie sie Länder in ihrer Entwicklung lähmen bzw. zurückwerfen und wie massiv sie sich auf die internationale Gemeinschaft insgesamt auswirken können. Es ist keine Option, die Länder und Gemeinschaften, die von Konflikten und Naturkatastrophen erschüttert werden, sich selbst zu überlassen.

Auch wenn die Zahl der Naturkatastrophen und Konflikte in jüngster Zeit nicht zugenommen hat – ihr Ausmaß, ihre Komplexität und ihre Folgen sind gewachsen, insbesondere in den ärmsten Ländern. Dabei sind Frauen und Mädchen besonders betroffen, da sie beim Zugang zu Dienstleistungen einschließlich solcher der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Familienplanung überdurchschnittlich benachteiligt werden. Dasselbe gilt für ihren Zugang zu wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen und Institutionen, auf die sie angewiesen sind, um soziales Kapital aufzubauen und sich besser dafür zu rüsten, Krisen zu widerstehen und sich von ihnen zu erholen.

Fragilität und die Anfälligkeit für Konflikte oder die Auswirkungen von Naturkatastrophen werden durch eine Vielzahl von Faktoren verstärkt, darunter Armut, ungleiche Entwicklung, die Missachtung von Menschenrechten und schwache Institutionen. Fragilität ist eine mehrdimensionale Herausforderung, die eine mehrdimensionale Antwort erfordert.

Frauen und Mädchen zahlen den höchsten Preis

In einer Krise können die Risiken von Frauen und Mädchen und ihre Gefährdung durch HIV-Infektionen, unbeabsichtigte und ungewollte Schwangerschaften, Müttersterblichkeit, geschlechtsspezifische Gewalt, Verheiratung im Kindesalter, Vergewaltigung und Frauenhandel steigen.



Nimia Teresa Vargas vom Netzwerk der Chocó-Frauen, Quibdó, Kolumbien

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

Egal ob es sich um eine plötzlich hereinbrechende oder um eine langwierige Krise handelt: In solchen Situationen sind Frauen und Mädchen in überproportionalem Maße mehreren Risikofaktoren ausgesetzt. Beispielsweise können sich die Risiken einer Ansteckung mit sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten einschließlich HIV, unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften sowie Müttersterblichkeit erhöhen. Frauen und heranwachsende Mädchen sind außerdem in stärkerem Maße der Gefahr geschlechtsspezifischer Gewalt – unter anderem häuslicher Gewalt, Vergewaltigung, Frühverheiratung sowie Frauen- und Mädchenhandel – ausgesetzt.



Neida Waitotó (l.) und Maria-Estela Ibargüen, Docordó, Kolumbien
Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

Eingeschränkter Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit

In humanitären Krisen geht der Zugang zu wichtigen, hochwertigen Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit oft verloren. Dafür kann es eine ganze Reihe von Ursachen geben: Möglicherweise ist die medizinische Infrastruktur beeinträchtigt oder zerstört, es kann sein, dass Gesundheitspersonal getötet oder verletzt wurde, dass es vertrieben wurde oder geflohen ist. Sofern Dienstleistungen noch existieren, kann es sein, dass sie nur mit Zeitverzögerung oder mit Einschränkungen erbracht werden können, zum Beispiel weil es keine Medikamente und keine medizinischen Hilfsgüter mehr gibt, oder dass sie aufgrund von Unsicherheit und wegen Ausgangssperren nicht erreichbar sind.

Je nachdem, ob sich Frauen und junge Menschen in einer stabilen Flüchtlingsunterkunft, in einer städtischen oder ländlichen Umgebung, in einer fremden Gesellschaft oder in einem Flüchtlingslager befinden, können die Unterschiede in puncto Zugänglichkeit und Qualität der Notfall-Geburtshilfe, der Versorgung von Neugeborenen, der klinischen Versorgung nach einer Vergewaltigung und der Familienplanungsdienste einschließlich Verhütung ganz erheblich sein.

Auch innerhalb von Unterkünften für Vertriebene bzw. Flüchtlinge hängt der Zugang oft von Faktoren wie zum Beispiel Alter und Behinderung ab. Bevölkerungsgruppen mit körperlichen, psychischen oder entwicklungsbedingten Beeinträchtigungen haben größere Schwierigkeiten, Dienstleistungen aufzusuchen. Negative Einstellungen und mangelnder Respekt der

Gesundheitsdienstleister für geflüchtete Frauen und Mädchen mit Behinderungen stellen die größte Barriere beim Zugang zu Dienstleistungen der medizinischen Versorgung und der sexuellen und reproduktiven Gesundheit dar.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung

Familienplanung ist eine lebensrettende Intervention: Sie verhindert unbeabsichtigte und ungewollte Schwangerschaften und reduziert dadurch die Gesundheitsrisiken bei der Geburt und die Zahl unsicherer Abtreibungen. Einige Verhütungsmethoden reduzieren auch die Gefahr sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten. Doch in Krisensituationen sind Familienplanungsdienste einschließlich Verhütungsmittel oft nur unzureichend oder gar nicht vorhanden.

Und selbst wenn es Familienplanungsdienste gibt, kann der oft untergeordnete gesellschaftliche Status von Frauen und Mädchen dazu führen, dass ihnen der Zugang dazu verweigert wird. Aufgrund von Geschlechternormen, nach denen sexuelle Aktivität und sexuelles Interesse von Frauen als Fehlverhalten

gilt, stehen unverheiratete und heranwachsende Frauen beim Zugang zu Familienplanung einschließlich Verhütungsmitteln unter Umständen vor besonderen Schwierigkeiten. Diese Normen können auch das Verhalten von Gesundheitsdienstleistern beeinflussen und die von ihnen geleistete Versorgung beeinträchtigen.

Gefährdung durch unbeabsichtigte und ungewollte Schwangerschaften

In einer krisenhaften Umgebung besteht für Frauen und Mädchen ein erhöhtes Risiko unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften. Frauen und Mädchen können ungewollt schwanger werden, weil sie vergewaltigt wurden, weil sie sich aus existenzieller Not prostituieren, weil sie keinen Zugang zu Familienplanung haben und weil sie nicht in der Lage sind, mit ihren Partnern über die Anwendung von Verhütungsmitteln, wie zum Beispiel Kondomen, zu verhandeln. Besonders gefährdet sind alleinstehende Mädchen, vor allem in Situationen von Flucht und Vertreibung.

Unzureichende Dienstleistungen vor und während der Geburt

Viele schwangere Frauen haben keinen Zugang zu sauberen und sicheren Gesundheitseinrichtungen, vorgeburtlicher Betreuung, Geburtshilfe und zu wichtiger medizinischer Ausstattung, beispielsweise für Bluttransfusionen. Und es fehlt häufig an qualifiziertem Gesundheitspersonal. Ohne Zugang zu Dienstleistungen der vorgeburtlichen Betreuung und Geburtshilfe sind Frauen und Mädchen anfällig für Infektionen, Fehl-, Früh- und Totgeburten, unsichere Abtreibungen, schwere, langwierige gesundheitliche Einschränkungen wie Scheidenfisteln, und ihr Sterberisiko ist höher. Komplikationen, die ansonsten weitgehend vermeidbar sind und sich behandeln lassen, können sowohl für die Mutter als auch für das Baby lebensbedrohlich werden. Geburten ohne Geburtshilfe durch qualifiziertes medizinisches Personal sind eine der Hauptursachen für Müttersterblichkeit.



Einwohner von Docordó, Kolumbien
Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

Bei Mädchen, insbesondere bei unter 16-Jährigen, ist das Becken noch nicht vollständig ausgebildet, wodurch eine Geburt schwieriger und gefährlicher wird. Ihre geringere körperliche Reife kann eine Wehenobstruktion zur Folge haben. Wenn dann keine Geburtsnothilfe zur Verfügung steht oder diese nicht rechtzeitig kommt, drohen Scheidenfisteln, Gebärmutterrisse, Blutungen und Todesfälle bei Müttern und Babys. Heranwachsende Mütter haben außerdem ein erhöhtes Risiko für Fehl-, Früh- und Totgeburten.

Krisen erhöhen die Gefahr sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten

Humanitäre Krisen begünstigen die Ansteckung mit sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten einschließlich HIV. Frauen und ganz besonders junge Mädchen sind dafür überproportional anfällig. Sexualisierte und geschlechtsspezifische Gewalt ist einer der signifikantesten Risikofaktoren für HIV-Übertragungen. Auch Frauen- und Mädchenhandel, häusliche Gewalt und hochriskante Überlebensstrategien, wie zum Beispiel „Transactional Sex“ (Sex im Tausch gegen Güter und Dienstleistungen) und kommerzielle Sexarbeit, erhöhen das Risiko einer HIV-Infektion bei Frauen und Mädchen.

In Krisen kann der Zugang zu Prävention, Behandlung und Information beeinträchtigt sein, wodurch die Gefährdung durch sexuell übertragbare Infektionskrankheiten einschließlich HIV ebenfalls zunimmt.

Aber auch die Existenz von Dienstleistungen ist keine Garantie für Verhütung; viele Frauen und Mädchen, die vergewaltigt wurden, nehmen aus Angst vor Stigmatisierung keine Post-Exposure-Prophylaxe gegen eine HIV-Übertragung in Anspruch.

HIV-positive Bevölkerungsgruppen haben in einer humanitären Notlage wegen der Krisenfolgen unter Umständen keinen Zugang mehr zu überlebensnotwendigen Behandlungen. Wenn antiretrovirale Medikamente in einer Krisensituation nur sporadisch erhältlich sind, kann es schwierig werden, ein Behand-



Khokhana, in den Außenbezirken von Kathmandu nach dem Erdbeben, 2015

Foto © Panos Pictures/Vlad Sokhin

lungsregime aufrechtzuerhalten. Medikamentenvorräte und sichere Blutkonserven können zerstört oder nicht verfügbar sein. Dies gilt besonders während der Flucht oder einer späteren Umsiedlung. Wenn sie nicht behandelt werden, können auch andere sexuell übertragbare Infektionskrankheiten wie Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis zu Schwangerschaftskomplikationen, Unfruchtbarkeit, Krebserkrankungen der Fortpflanzungsorgane und zu vermehrten HIV-Ansteckungen führen.

HIV-positive schwangere Frauen und junge Mütter brauchen außerdem unbedingt Zugang zu vorgeburtlicher Betreuung und Behandlung, um eine Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind zu verhindern.

Erhöhte Gefahr von geschlechtsspezifischer Gewalt

Geschlechtsspezifische Gewalt ist kein neues Phänomen, das nur in Krisensituationen auftritt; sie ist Teil der Gewalt, die Frauen und Mädchen kontinuierlich in



Mutter mit Kindern,
Domiz Flüchtlingslager, Irak
Foto © UNFPA/Aral Kaki

ihrem Alltag erfahren, die aber unter den Bedingungen einer Krise zunehmen kann.

Besonders gefährdet sind Frauen und Mädchen, die sich in Flüchtlingslagern, zeitweiligen Notunterkünften oder Evakuierungszentren aufhalten. In bewaffneten Konflikten können Frauen und Mädchen Opfer geschlechtsspezifischer Gewalt werden, zum Beispiel bei Hausdurchsuchungen, bei Razzien in Wohngebieten, an Checkpoints und in Haft sowie bei bewaffneten Überfällen auf ihre Dörfer. Lebenspartner, Verwandte, staatliche und nichtstaatliche bewaffnete Kräfte, Lageraufseher, Lehrkräfte und in manchen Fällen sogar Angehörige von Friedenstruppen und Entwicklungshelfer können zu Tätern werden. Dabei kann es sich um Männer wie um Frauen handeln.

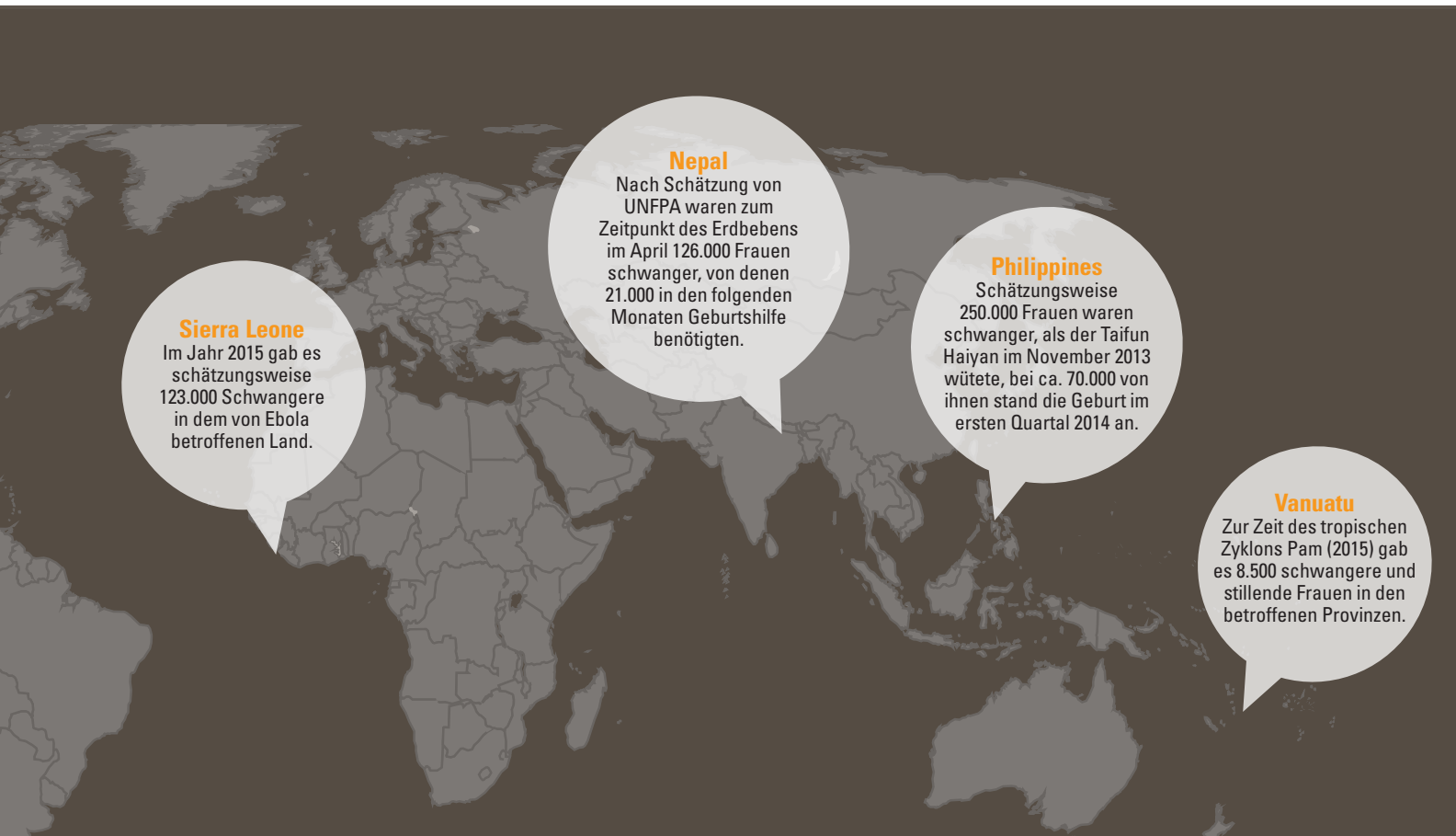
Das Risiko geschlechtsspezifischer Gewalt steigt, wenn Rechtsstaatlichkeit und Infrastruktur zusammengebrochen oder geschwächt sind. Begünstigt durch die

leichte Verfügbarkeit von Klein- und Leichtwaffen entwickelt sich im Verlauf lange andauernder Konflikte oft eine Kultur der Gewalt und der Straflosigkeit. Häufig sind familiäre und gemeinschaftliche Strukturen geschwächt oder zerstört und Familien auseinandergerissen. Teilweise wird sexualisierte Gewalt durch bewaffnete Truppen als fest verankerte Methode im Rahmen ihrer Strategie und Taktik eingesetzt.

Doppelte und dreifache Diskriminierung

Diskriminierung zum Beispiel aufgrund des Geschlechts, des Alters, des wirtschaftlichen Status oder der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit können die Gefährdung von Frauen und Mädchen durch sexualisierte oder geschlechtsspezifische Gewalt in Krisensituationen verstärken.

Für heranwachsende Mädchen bedeutet die Tatsache, dass sie sowohl jung als auch weiblich sind, eine



Sierra Leone

Im Jahr 2015 gab es schätzungsweise 123.000 Schwangere in dem von Ebola betroffenen Land.

Nepal

Nach Schätzung von UNFPA waren zum Zeitpunkt des Erdbebens im April 126.000 Frauen schwanger, von denen 21.000 in den folgenden Monaten Geburtshilfe benötigten.

Philippines

Schätzungsweise 250.000 Frauen waren schwanger, als der Taifun Haiyan im November 2013 wütete, bei ca. 70.000 von ihnen stand die Geburt im ersten Quartal 2014 an.

Vanuatu

Zur Zeit des tropischen Zyklons Pam (2015) gab es 8.500 schwangere und stillende Frauen in den betroffenen Provinzen.

„doppelte Diskriminierung“, die in Krisensituationen zu einem erhöhten Risiko für geschlechtsspezifische Gewalt einschließlich Vergewaltigung, Frühverheiratung, sexueller Ausbeutung, Entführung und Mädchenhandel führt. In Ländern, die von einem Konflikt betroffen sind, stellen Kinder unter 18 Jahren oft die Mehrheit der Opfer sexualisierter Gewalt.

Unbegleitete Mädchen auf der Flucht, die ihre Eltern verloren haben oder von ihnen getrennt wurden, sind mit weiteren Risiken konfrontiert, weil ihnen der Schutz fehlt, der ihnen ansonsten oft durch Familienmitglieder zuteil wird.

Frauen und Mädchen mit körperlichen oder entwicklungsbedingten Beeinträchtigungen sind in Krisensituationen aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität und Kommunikationsfähigkeit, ihrer sozialen Ausgrenzung und ihres höheren Armutsrisikos besonders gefährdet.

„Wir haben keine Türen, die wir abschließen könnten“

Wenn Menschen durch Erdbeben, Wirbelstürme, Überschwemmungen, Gewalt und Krieg aus ihren Häusern und Gemeinden vertrieben werden, suchen viele von ihnen Zuflucht in Flüchtlingslagern, Notunterkünften, provisorischen Häusern, in spontanen Siedlungen, städtischen Slums, Evakuierungszentren und Transitzonen. In vielen dieser Umgebungen ist das Risiko für geschlechtsspezifische Gewalt hoch. Auch in etablierten Flüchtlingslagern tritt sexualisierte Gewalt auf.

In Umgebungen, die speziell auf vertriebene Bevölkerungsgruppen aus Katastrophen- und Konfliktgebieten ausgerichtet sind, sind oft Risikofaktoren für geschlechtsspezifische Gewalt zu finden: Überbelegung, Mangel an Privatsphäre, nicht abschließbare Türen, Gemeinschaftstoiletten und -schlafräume, unzureichende

Waschräume und Toilettenanlagen sowie mangelhafte Beleuchtung oder Stromausfälle.

Frühverheiratung in Krisen verbreiteter

Die Auswirkungen von Naturkatastrophen und bewaffneten Konflikten können zu einer steigenden Zahl von Frühverheiratungen führen. Wo es wegen extremer Armut oder Dürre wenig zu essen gibt, verheiraten viele Familien ihre Töchter, damit die Familie weniger Nahrung benötigt oder – wo die Familie der Braut traditionell durch einen Brautpreis entschädigt wird – als eine Möglichkeit, Einkommen zu generieren. Frühverheiratung lässt sich auch als ein Mittel betrachten, die „Ehre“ einer Tochter zu schützen, die in Gefahr sein könnte, wenn sie aufgrund der unsicheren Ernährungslage zu „Transactional Sex“ oder gewerblicher Prostitution gezwungen ist.

Gefahr häuslicher Gewalt steigt

In Krisensituationen verändern sich häufig die Geschlechterbeziehungen innerhalb der Familie, was die Gefahr häuslicher Gewalt erhöht. Diese Veränderungen finden im Kontext von Flucht und Vertreibung verstärkt statt. Es kann sein, dass Frauen die Ernährerrolle



Ayan, 16, Minkaman Flüchtlingslager, Südsudan: „Ich fühle mich unsicher, wenn ich in den Busch gehe. Denn dort sind oft Männer, die Frauen vergewaltigen.“

Foto © Panos Pictures/Chris de Bode

übernehmen. Als bevorzugte Empfängerinnen von Nahrungsmittelhilfe bekommen sie durch die Hilfsprogramme humanitärer Organisationen unter Umständen neue Chancen, die ihnen zuvor verschlossen waren. Diese Veränderung kann bei manchen Männern zu einer „Identitätskrise“ führen. Die Ausübung von Gewalt gegen ihre Lebenspartnerinnen und ebenso gegen ihre Kinder dient manchen Männern als Mittel, ihrer Macht, Dominanz und Männlichkeit wieder Geltung zu verschaffen.

Auch Gefühle wie Stress, Verlust, Langeweile und Frustration können dazu führen, dass Männer sich dem Alkohol- und Drogenmissbrauch und anderen negativen Bewältigungsstrategien zuwenden. Diese wiederum sind ein Nährboden für häusliche Gewalt. Es gibt immer mehr Belege dafür, dass häusliche Gewalt die häufigste Art von Gewalt ist, die Frauen in humanitären Krisensituationen erleiden.

Sex als Überlebensstrategie

In Krisensituationen wird Sex für manche Frauen und Mädchen zu einer Überlebensstrategie. Für Frauen, heranwachsende Mädchen und auch für Jungen, die mit extremer finanzieller Not und einer unsicheren Ernährungssituation konfrontiert sind und keine Einkommensmöglichkeiten haben, ist es nicht ungewöhnlich, ihren Körper zu verkaufen. Sex wird gegen wichtige Dinge eingetauscht, wie zum Beispiel Nahrung, Medikamente, Hygieneartikel, Geschenke oder den Zugang zu Verteilerstellen.

Auch die gewerbliche Prostitution kann für Frauen und Mädchen eine Einkommensquelle darstellen. Aufgrund der unterschiedlichen Vermögensverhältnisse erhöht die Anwesenheit von Friedenstruppen oder Mitarbeitern internationaler humanitärer Organisationen das Risiko sexueller Ausbeutung.

Gefahr des Frauenhandels erhöht

Für Menschenhändler bilden Konflikte und Naturkatastrophen gute Gelegenheiten, aus der Schwäche der

krisengeschüttelten Bevölkerung Profit zu schlagen. Bevorzugte Opfer von Menschenhändlern sind Frauen und Mädchen. Sie lassen sich mit der Aussicht auf Arbeit locken oder entführen. In besonders großer Gefahr schweben diejenigen, die auf riskante Überlebensstrategien wie Prostitution aus existenzieller Not oder „Transactional Sex“ zurückgreifen. Aber auch alleinstehende Mädchen ohne schützende Familie sowie ganz allgemein Kinder, denen es an der Struktur und dem Schutz einer Schule mangelt, sind gefährdet. Auch Diskriminierung kann ein bedeutender Risikofaktor sein, was darin zum Ausdruck kommt, dass speziell Angehörige ethnischer und religiöser Minderheiten angesprochen werden.

Fehlende Versorgung nach einer Vergewaltigung

Nach einer Vergewaltigung brauchen Überlebende Zugang zu hochwertiger klinischer Versorgung. Dazu gehören eine Post-Exposure-Prophylaxe innerhalb von 72 Stunden, um die Gefahr einer HIV-Übertragung zu minimieren, Notfallverhütung, Antibiotika, um die Ansteckung mit sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten zu verhindern, allgemeine medizinische Betreuung sowie psychische, psychosoziale und rechtliche Unterstützung.

Krisen können verhindern, dass Überlebende einer Vergewaltigung eine hochwertige medizinische Versorgung im Krankenhaus erhalten. Weil Einrichtungen zerstört sind, der Zugang zu humanitärer Hilfe eingeschränkt ist, es an medizinischer Ausstattung mangelt oder das vorhandene medizinische Personal nicht einschlägig geschult ist, ist möglicherweise keine medizinische Versorgung verfügbar. Manche Überlebende sind aufgrund von Einschränkungen der Bewegungsfreiheit oder Ausgangssperren nicht in der Lage, die Dienstleistungszentren zu erreichen. Selbst wo Dienstleistungen verfügbar sind, ist es möglich, dass Überlebende nichts davon wissen oder es nicht wagen, die Dienstleister aufzusuchen, weil das Thema sexualisierte



Im Bachid Kendal Flüchtlingslager, Zakho, Irak
Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

Gewalt in vielen Gesellschaften noch immer in ein Klima der Angst und des Schweigens gehüllt ist.

Veränderungsbedarf

Trotz allem, was wir über die Benachteiligung von Frauen, über geschlechtsspezifische Gewalt und Diskriminierung wissen, werden Frauen und Mädchen von Katastrophen, Konflikten und Vertreibungen nach wie vor am stärksten betroffen.

Einige Aspekte der humanitären Hilfe bedürfen der Veränderung, um sicherzustellen, dass die akuten Bedürfnisse von Frauen und heranwachsenden Mädchen bezüglich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit befriedigt werden. Dazu gehört die sofortige Wiederherstellung des Zugangs zu Dienstleistungen und Hilfsgütern – auch zu Verhütungsmitteln. Dabei bietet eine Krise auch Chancen, den Zugang durch gezielte humanitäre Programme zu verbessern. In gut ausgestatteten und gemanagten Lagern können geflüchtete Bevölkerungsgruppen sogar besseren Schutz und bessere gesundheitliche Aufklärung und Dienstleistungen erhalten als vor der Krise.

Auf dem Weg zu einer umfassenden Versorgung

Wenn Frauen und Mädchen Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten erhalten und zugleich von humanitären Programmen profitieren, die mangelnde Gleichbehandlung gezielt in Angriff nehmen, wächst der Nutzen der Interventionen exponentiell. Dieser Nutzen kann über die akute Krisenphase hinaus weit in die Zeit des Wiederaufbaus hineinwirken.



Reema Diab, Gynäkologin im Flüchtlingslager Za'atari, Jordanien, mit Patientin

Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Bis vor kurzem ging es bei humanitären Maßnahmen hauptsächlich darum, die Grundbedürfnisse zu decken, darunter Zugang zu Wasser, Nahrung und Obdach. Andere Bedürfnisse einschließlich solcher, die sich auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Entbindung bezogen, wurden vielfach als sekundär betrachtet. Aber für eine Frau, die allein entbindet, gibt es kaum etwas Wichtigeres als eine Hebamme sowie eine saubere Umgebung und saubere Instrumente.

Das 1994 auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo beschlossene und von 179 Ländern unterzeichnete Aktionsprogramm trug viel dazu bei, die Aufmerksamkeit auf den ungedeckten Bedarf an sexueller und reproduktiver Gesundheit von Frauen und Mädchen in humanitären Krisensituationen zu lenken. Reproduktive



Gesundheitsstation, Deir Allah, Jordanien
Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Gesundheitsversorgung sollte demnach in allen Situationen verfügbar sein und auf den Bedürfnissen und geäußerten Forderungen von Flüchtlingen, insbesondere Frauen, basieren, mit vollem Respekt für die unterschiedlichen religiösen und ethischen Werte und kulturellen Hintergründe der Flüchtlinge und bei gleichzeitiger Beachtung der allgemein anerkannten internationalen Menschenrechte. Dieser Grundsatz wurde auch in der Aktionsplattform der Weltfrauenkonferenz 1995 in Beijing bekräftigt.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Anerkennung des Bedarfs an sexueller und reproduktiver Gesundheit unter Flüchtlingen und Binnenvertriebenen und der allgemein unzureichenden Antwort darauf initiierten UNFPA und der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen 1995 die Gründung der Inter-

Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG).

Heute haben *mehr* Flüchtlinge und Binnenvertriebene *mehr* Zugang zu *mehr* Dienstleistungen als in der Vergangenheit. Doch die beständig weiter wachsende Zahl der Bedürftigen und die wachsende Verpflichtung, sie mit umfassenden Dienstleistungen zu versorgen, bedeutet, dass nach wie vor Lücken bestehen und diese auch größer werden könnten.

Einen Standard für die Grundversorgung setzen

1998 führte die IAWG ein Leistungspaket ein, das heute bei Ausbruch jeder Krise als Grundausrüstung an Hilfsgütern und Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit gilt. Dieses Mindestpaket an Dienstleistungen ist der internationale Standard für den

Hier hat UNFPA 2015 humanitäre Hilfe geleistet

Die Aufgabe von UNFPA in humanitären Krisensituationen ist es zu gewährleisten, dass Frauen ungeachtet der Umstände Zugang zu sicherer Geburtshilfe und zur Neugeborenenversorgung haben, um das Leben und die Gesundheit sowohl der Mütter als auch der Babys zu schützen.



* Die geschätzte Anzahl der Frauen, die aller Wahrscheinlichkeit nach in einem Land oder Territorium insgesamt – nicht nur in den konkret von einer Katastrophe bzw. einem Konflikt betroffenen Gebieten – schwanger sind, basieren auf Daten, die auf Länderebene erhoben wurden. Die Gesamtzahl der schwangeren Frauen zu einem beliebigen Zeitpunkt an jedem Ort wäre niedriger, würden sich die Schätzungen allein auf die von einer Katastrophe bzw. einem Konflikt betroffenen Gebiete beschränken.

** Aufgrund der Datenlage wurde bei der Schätzung für Vanuatu die Gesamtfertilitätsrate anstelle der allgemeinen Fertilitätsrate verwendet.

Quellen:
Demographic and health surveys: Ägypten, Äthiopien, Burkina Faso, Burundi, Chad, Demokratische Republik Kongo, Eritrea, Jemen, Jordanien, Kamerun, Malawi, Mali, Mauretanien, Nepal, Niger, Nigeria, Peru, Ruanda, Senegal, Tansania, Uganda; Volkszählungen: Demokratische Volksrepublik Korea, Sudan, Südsudan, Vanuatu, Zentralafrikanische Republik; Meldewesen: Chile, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Guatemala, Türkei, Ukraine; Pan Arab Project for Family Health: Dschibuti, Libanon, Palästina; Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS): Irak, Somalia; Nationale Statistiken: Myanmar, Syrien.

	Geschätzte Anzahl schwangerer Frauen zu einem beliebigen Zeitpunkt *
Ägypten	1.991.512
Äthiopien	2.711.606
Burkina Faso	598.610
Burundi	373.871
Chile	193.042
Dschibuti	21.836
Eritrea	134.236
Guatemala	365.965
Irak	934.973
Jemen	687.058
Jordanien	157.846
Kamerun	695.698
Kongo, Dem. Rep.	2.753.898
Korea, Dem. Volksrep.	276.175
Libanon	74.572
Malawi	555.483
Mali	573.961
Mauretanien	103.372
Mazedonien	17.611
Myanmar	609.344
Nepal	517.850
Niger	763.201
Nigeria	5.366.797
Palästina	128.179
Peru	473.691
Ruanda	310.901
Senegal	432.879
Somalia	373.756
Sudan	860.404
Südsudan	244.317
Syrien	355.706
Tansania	1.605.941
Tschad	472.898
Türkei	945.434
Uganda	1.304.798
Ukraine	306.902
Vanuatu**	6.839
Zentralafrikanische Republik	150.727
Gesamt	28.451.889

Foto © Panos Pictures/Abbie Traylor-Smith

Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von Frauen und Mädchen in der akuten Phase von Konflikten und Katastrophen.

Das Ziel ist, sexualisierte Gewalt zu verhindern bzw. die Folgen zu bewältigen, die HIV-Übertragung zu reduzieren, Mütter und Säuglinge vor Tod und Krankheit zu schützen sowie sexuelle und reproduktive Gesundheitsangebote in die primäre Gesundheitsversorgung zu integrieren.

Umfassende Dienstleistungen nach der Initialphase

Darüber hinaus benannte die IAWG weitere wichtige Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die so schnell wie möglich verfügbar gemacht werden sollten, sobald sich eine Krisensituation stabilisiert.

Die ganze Bandbreite der Familienplanungsoptionen

Auch wenn es unmöglich ist, Katastrophen zu verhindern, ist es doch möglich, nach einer Krise ungewollte Schwangerschaften zu verhindern. Familienplanung ist ein unerlässliches Element sowohl der Krisenreaktion als auch des Wiederaufbau- und Erholungsprozesses und kommt durch höhere familiäre Ersparnisse und Produktivität sowie durch bessere Aussichten auf Bildung und Beschäftigung den Frauen und Mädchen unmittelbar zugute. Zugleich führt sie zu besseren Gesundheitsresultaten, da weniger ungewollte Schwangerschaften weniger Komplikationen während der Geburt und eine geringere Müttersterblichkeit bedeuten.

Ein Grundsatz der Menschenrechte und des Rechts auf Gesundheit lautet, dass Gesundheitsdienste für alle, die sie in Anspruch nehmen möchten, verfügbar, zugänglich, akzeptabel und von höchstmöglicher Qualität sein sollten. Dabei gilt als grundlegendes Prinzip von Familienplanungsprogrammen, dass die Klienten Entscheidungen auf Basis einer umfassenden, freien und sachkundigen Wahl treffen.

Gute Programme setzen voraus, dass Männern und

Frauen alle wirksamen Verhütungsmethoden zugänglich gemacht werden. Von Programmen, die die ganze Bandbreite kurz- und langfristig wirksamer Verhütungsmethoden anbieten, weiß man, dass Frauen sich bevorzugt für langfristig wirkende Spiralen und Implantate entscheiden, wenn sie verfügbar und die Dienste von guter Qualität sind. Familienplanungsprogramme, die hauptsächlich auf Frauen und Heranwachsende in Krisensituationen gerichtet sind, bieten dagegen – wenn überhaupt – nur kurzfristig wirksame Verhütungsmethoden an.

Abtreibungsnachsorge rettet Leben

Frauen und Mädchen in humanitären Krisensituationen sind aufgrund der höheren Zahl von Vergewaltigungen und der unterbrochenen Anwendung von Verhütungsmethoden einem erhöhten Risiko von ungewollten Schwangerschaften und unsicheren Abtreibungen ausgesetzt. Auch wenn sich die Abtreibungsgesetze und der Zugang zu sicheren Abtreibungen von Land zu Land unterscheiden – 99 Prozent der Weltbevölkerung leben in Ländern, die Abtreibungen unter gewissen Voraussetzungen erlauben; nur in sechs Ländern sind Abtreibungen unter allen Umständen illegal.

Die Politik von UNFPA zu Abtreibungen richtet sich nach dem Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994: Wo Abtreibungen legal sind, sollten sie sicher sein. Wo sie illegal sind, sollte Abtreibungsnachsorge angeboten werden, um Leben zu retten.

Sexuell übertragbare Krankheiten einschließlich HIV verhindern und behandeln

HIV hat in den vergangenen beiden Jahrzehnten in humanitären Krisensituationen zunehmende Aufmerksamkeit erfahren und erhält mehr Finanzmittel und Unterstützung als andere Bereiche der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Viele Länder haben bemerkenswerte Fortschritte beim besseren Zugang zu antiretroviralen Therapien und im Kampf gegen die Mutter-Kind-Übertragung erzielt. Die Fortschritte bei

der Bereitstellung von Diensten zur Prävention oder Behandlung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten fielen dagegen deutlich geringer aus.

Das Recht Heranwachsender auf Gesundheit schützen

Es gibt kaum Hinweise darauf, dass die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Heranwachsenden in humanitären Kontexten angemessene Aufmerksamkeit erhält. Aber es gibt vielversprechende Ansätze – zum Beispiel solche, die im Rahmen von schulbasierten Programmen sexuelle und reproduktive Gesundheitsdienste anbieten, mit Vertriebenen in urbanen Regionen arbeiten oder die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Heranwachsenden in den Katastrophenschutz integrieren.

Ein Punkt, der in Krisensituationen alle Frauen im gebärfähigen Alter betrifft, ganz besonders heranwachsende Mädchen, ist die Menstruationshygiene. Die IAWG fordert sichere, geschlechtsspezifische Hygieneeinrichtungen in Schulen und die Bereitstellung von Binden oder anderen kulturell angemessenen Sanitärmaterialien für die Verwendung während der Menstruation.

Junge Menschen können den Wiederaufbau und die Entwicklung in ihren Gemeinschaften vorantreiben. Damit sie diese Rolle übernehmen können, benötigen sie Zugang zu einer Reihe von Programmen. Hierbei geht es unter anderem um den Erwerb von formeller und informeller Bildung, von Schlüsselqualifikationen, von Lese- und Rechenkompetenzen und beruflichen Qualifikationen.

Geschlechtsspezifische Gewalt verhindern und darauf eingehen

Geschlechtsspezifische Gewalt umfasst neben sexualisierter Gewalt einschließlich Vergewaltigung, sexuellem Missbrauch, sexueller Ausbeutung und Zwangsprostitution auch häusliche Gewalt, Zwangs- und Kinderehen, schädliche traditionelle Praktiken wie die weibliche Genitalverstümmelung, Ehrenverbrechen,

Witwenvererbung und Menschenhandel. Das bedeutet, dass in humanitären Krisensituationen die Antwort auf geschlechtsspezifische Gewalt einen multisektoralen Ansatz erfordert.

In den Richtlinien der Vereinten Nationen zum Umgang mit geschlechtsspezifischer Gewalt heißt es, das gesamte „humanitäre Personal sollte davon ausgehen, dass geschlechtsspezifische Gewalt vorkommt und die betroffenen Personengruppen bedroht; sie als schwerwiegendes und lebensbedrohliches Problem behandeln und Maßnahmen ergreifen ... unabhängig vom Vorliegen oder Fehlen konkreter Belege.“

Die Schaffung von sicheren Orten für von Krisen betroffene Frauen und Mädchen wird zunehmend nicht nur als eine hilfreiche Maßnahme in der Katastrophennothilfe und beim Wiederaufbau anerkannt, sondern auch als Schlüsselstrategie für den Schutz und die Stärkung von Frauen und Mädchen. Diese sicheren Orte sind formelle oder informelle Orte, an denen Frauen und Mädchen sich physisch und emotional sicher fühlen und zusammenkommen können, an denen sie soziale Unterstützung erhalten, Fähigkeiten erwerben, Rat und Hilfe zu Fragen von geschlechtsbasierter Gewalt finden und Informationen zu den Rechten und zur Gesundheit von Frauen und verfügbaren Dienstleistungen erhalten können.

Eine systematische Analyse der Bemühungen, Kinderehen und damit einen wichtigen Aspekt von geschlechtsspezifischer Gewalt zu verhindern, hat fünf zentrale Ansätze identifiziert:

- Mädchen durch den Aufbau von Fähigkeiten und die Verbesserung ihres sozialen Kapitals stärken.
- Gemeinschaften zur Überwindung schädlicher sozialer Normen mobilisieren.
- Den Zugang von Mädchen zu qualitativer formeller Bildung verbessern.
- Die wirtschaftliche Lage von Mädchen und ihrer Familien verbessern.
- Ein befähigendes gesetzliches und politisches Umfeld schaffen.

Der Zugang zu umfassenden Dienstleistungen verbessert sich, aber Lücken bleiben

Bei Maßnahmen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in humanitären Krisensituationen sind große Fortschritte erreicht worden. Dieser Erfolg ist das Resultat der Zusammenarbeit von humanitären und Entwicklungsorganisation, nationalen Gesundheitsministerien und Gemeinschaften. Angesichts der wachsenden Zahl von Frauen und Mädchen in Krisensituationen ist es jedoch unerlässlich, sowohl den Umfang als auch die Reichweite der Dienste zu vergrößern.

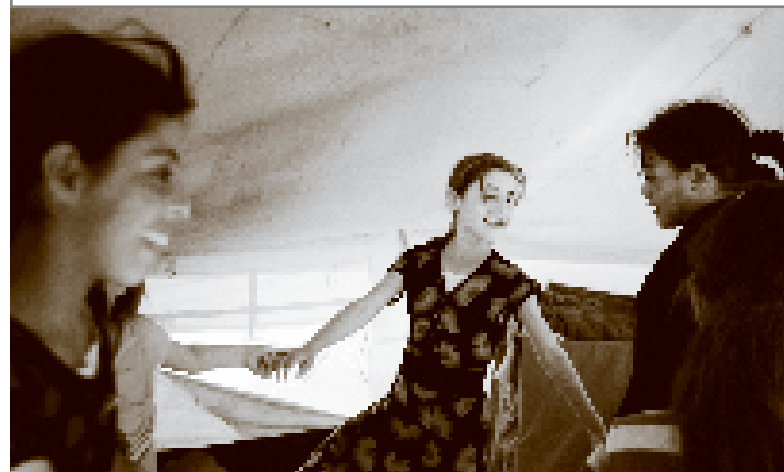
In Ländern, die gerade einen Konflikt überstanden haben, kann der weiter fehlende Zugang zu Gesundheitsdiensten, zu psychologischen und sozialen Unterstützungsangeboten sowie zu Rechtsstaatlichkeit im Verein mit anhaltender geschlechtsspezifischer Gewalt die Erholung und Entwicklung behindern. Dabei setzt die Erreichung vieler der nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen voraus, dass die nachhaltige und inklusive Entwicklung von Frauen und heranwachsenden Mädchen in humanitären Krisen gezielt gefördert wird.

Um die vor uns liegenden Herausforderungen besser bewältigen zu können, forderten im Februar 2015 Experten von UN-Organisationen, Regierungen und Stiftungen sowie aus der Zivilgesellschaft und der Wissenschaft in Abu Dhabi eine neue globale Strategie zum Schutz der Gesundheit einer jeden Frau und eines jeden Kindes in allen Situationen – auch in Katastrophen- und Konfliktsituationen. Wie die Gruppe in ihrer „Abu Dhabi Deklaration“ festhielt, hängt der Aufbau von Resilienz und die schnellere Erholung von durch Krisen betroffenen Gemeinschaften mit davon ab, dass die Menschenrechte gewahrt, die Gesundheitsbedürfnisse von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Heranwachsenden in humanitären Krisensituationen erfüllt und vermeidbare Fälle von Mütter- und Kindersterblichkeit reduziert werden. Geschlechtsspezifische Gewalt muss verhindert, ihre Opfer betreut und Grundbedürfnisse auf Nahrung, Wasser, Hygiene und Obdach müssen erfüllt werden.

Eigenschaften erfolgreicher sexueller und reproduktiver Gesundheitsprogramme für Heranwachsende

- Beteiligung von Stakeholdern
- Beteiligung und Engagement von Heranwachsenden, um die Akzeptanz unter Heranwachsenden zu verbessern und die Nachfrage nach Diensten zu erhöhen
- Offenheit gegenüber den unterschiedlichen Bedürfnissen der verschiedenen Untergruppen unter Heranwachsenden
- Qualifiziertes und engagiertes Personal im Umgang mit Heranwachsenden
- Bereitstellung umfassender Dienstleistungen für Heranwachsende an einem Ort
- Ganzheitliche, multisektorale Ansätze der Programmentwicklung
- Strukturierte Supervision, Anerkennung und fortlaufende Betreuung von Peer-Beratern
- Flexible Outreach-Strategien sowie die Bereitstellung von Budgets für Beförderungskosten
- Berücksichtigung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Heranwachsenden in der Notfallvorsorge und -versorgung

Quelle: Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR und UNFPA: Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services, New York 2012



Mädchen tanzen im Za'atari Flüchtlingslager, Jordanien.

Foto © Panos Pictures/Mads Nissen

Resilienz und die Kluft zwischen Hilfe und Entwicklung

Die tiefgreifenden Auswirkungen von Katastrophen und Konflikten auf Menschen, Gemeinschaften, Institutionen und Nationen zeigen deutlich, wie wichtig es ist, Resilienz aufzubauen, sodass alle den Folgen einer Krise besser standhalten und sich schneller davon erholen können. Der Aufbau von Resilienz kann auch helfen, die zu erwartenden negativen Folgen für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und heranwachsenden Mädchen abzumildern.



Dr. Jallah vor einem Krankenhaus in Paynesville, Liberia

Foto © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

Resilienz hat einen zentralen Stellenwert bei der Konzipierung von Hilfsmaßnahmen bei Naturkatastrophen, Konflikten und anderen Gefahren.

Resilienz wird definiert als: „Die Fähigkeit eines Systems, einer Gemeinschaft oder einer Gesellschaft, die Gefahren ausgesetzt ist, deren Folgen standzuhalten, sie zu absorbieren, sich ihnen anzupassen und sich anschließend rasch und wirksam zu regenerieren – unter anderem durch die Erhaltung und Wiederherstellung ihrer lebenswichtigen Grundstrukturen und Funktionen.“ (United Nations International Strategy for Disaster Reduction, Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030, Genf 2015)

In zwei globalen Vereinbarungen zur Naturkatastrophenvorsorge, dem Hyogo-Aktionsrahmen



Comfort Fayiyah und Kinder
Foto © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

für den Zeitraum von 2005 bis 2015 und dem Sendai-Aktionsrahmen für 2015 bis 2030, werden Prioritäten für den Aufbau von Resilienz aufgezählt.

Ein wichtiges strategisches Ziel des Hyogo-Aktionsrahmens war die Entwicklung und Stärkung von Institutionen, Mechanismen und Kapazitäten auf allen Ebenen, insbesondere auf Gemeindeebene. Dies kann systematisch zum Aufbau von Resilienz gegenüber Gefahrensituationen beitragen. In dem Aktionsrahmen heißt es, dass sämtliche politische Maßnahmen, Pläne und Entscheidungsprozesse zur Katastrophenvorsorge – einschließlich derer zur Risikobewertung und Frühwarnung, zum Informationsmanagement sowie zu Bildung und Ausbildung – stets eine Geschlechterperspektive enthalten sollten.

Als Nachfolgevereinbarung zum Hyogo-Aktionsrahmen

erweiterte die Erklärung von Sendai die Definition von Resilienz. Darin wird nun ausdrücklich betont, wie wichtig die Fähigkeit ist, Gefahren standzuhalten, sie zu absorbieren und sich davon zu erholen. Der Hyogo-Aktionsrahmen unterstreicht zudem, dass Resilienz auf mehreren Ebenen von Bedeutung ist – auf der gemeinschaftlichen, der gesellschaftlichen und auf der individuellen.

Armut und Benachteiligung zuvorkommen

Die sozioökonomischen und strukturellen Faktoren, die die Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften bestimmen, haben entscheidenden Einfluss auf die Folgen einer Katastrophe bzw. eines Konflikts und erfordern die stetige Aufmerksamkeit von Regierungen. Man mag Resilienz als einen Endzustand ansehen.



Susila Bora, 19, Saurpani-4 Dorf, das zerstört wurde, als im April 2015 ein Erdbeben der Stärke 7,8 Nepal erschütterte
Foto © Panos Pictures/Vlad Sokhin

Zugleich handelt es sich jedoch um einen ständigen Prozess, der permanente Anstrengungen zur Verbesserung von sozioökonomischen und strukturellen Faktoren wie Armut, schädliche Geschlechternormen und Ernährungsunsicherheit erfordert. Dies hat Einfluss darauf, ob Gemeinschaften in der Lage sind, einer Krise standzuhalten und sich davon zu erholen.

Der Aufbau von Resilienz muss auf jeder Ebene hohe Priorität haben und sich von lokalen Anpassungsstrategien, der Kultur, dem überlieferten Erbe und Wissen leiten lassen. Der Aufbau von Resilienz kann auch dazu beitragen, seit langem bestehende Ungerechtigkeiten zu überwinden. So kann zum Beispiel die Stärkung der Resilienz von Gesundheitssystemen helfen, denjenigen, die vor der Katastrophe davon ausgeschlossen waren, einen besseren Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu verschaffen.

Soll der Aufbau von Resilienz gelingen, muss er zu einem Wandel der Geschlechterverhältnisse führen. Er muss Frauen und Mädchen mit einschließen, und zwar nicht nur als Empfängerinnen von Gesundheitsdienstleistungen und sozialen Schutzmaßnahmen, sondern auch als Sachwalterinnen, als medizinische Fachkräfte sowie als aktive Mitglieder, als Vertreterinnen und Leiterinnen von Gemeinschaften.

Der Aufbau von Resilienz und der Schutz von Gemeinschaften vor Katastrophenfolgen müssen mit einer robusten Entwicklungsagenda verknüpft werden. Die nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen für den Zeitraum 2015 bis 2030 und andere Bestrebungen zur Bekämpfung sozialer Benachteiligung und Armut zeigen eine Marschroute zum praktischen Resilienzaufbau auf.

Tiefere Ursachen der Verwundbarkeit verstehen und beseitigen

Katastrophenvorsorge ist ein entscheidendes Element von Resilienz. Sind humanitäre Maßnahmen eine kurzfristige Intervention, so ist die Katastrophenvorsorge ein langfristiges Unterfangen, das die tieferen Ursachen der Verwundbarkeit während einer Krise zu beseitigen sucht. Risikominderung und Aufbau von Resilienz beginnen mit dem Wissen über die sich wandelnden Gefahren sowie über physische, soziale, wirtschaftliche und ökologische Schwachstellen bei Katastrophen.

Aus diesem neuen Verständnis können Systeme hervorgehen, die die eigentlich treibenden Kräfte des Risikos und der Verwundbarkeit bekämpfen und verringern, indem sie Unterschiede aufgrund des Geschlechts, der sozialen Klasse, der Kaste, des Alters, der Hautfarbe, der ethnischen Zugehörigkeit, einer Behinderung und des Einkommens berücksichtigen. Denn solche Unterschiede sind es, die zu ungleich verteilten Risiken und zur gesellschaftlichen und politischen Ausgrenzung führen.

Benachteiligung beeinträchtigt Resilienz

In Risikoanalysen sollten Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern und innerhalb einzelner Länder berücksichtigt werden. Werden Daten innerhalb eines Landes sinnvoll aufgeschlüsselt, ergeben sich Hinweise darauf, wo etwa einzelne Gemeinden bezüglich der Katastrophenvorsorge stehen. Die Auswirkungen einer Katastrophe auf eine Frau aus dem höchsten

Einkommensfünftel, die in einer städtischen Umgebung lebt, unterscheidet sich beispielsweise von den Auswirkungen, die eine Frau im untersten Einkommensfünftel ausgesetzt ist – selbst wenn sie in unmittelbarer Nähe wohnt.

Die Resilienz verschiedener, von Katastrophen betroffenen Gruppen und Menschen, insbesondere von Frauen und Mädchen, wird beeinträchtigt, wenn diese

Resilienz und sexuelle und reproduktive Gesundheit

Von den Millennium-Entwicklungszielen zu den nachhaltigen Entwicklungszielen

Ziele mit Bezug auf Resilienz		Ziele mit Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit	
Millennium-Entwicklungsziele (2000-2015)			
Keine		Ziel 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern Unterziel 5A: Die Müttersterblichkeitsrate senken Unterziel 5B: Den allgemeinen Zugang zu reproduktiver Gesundheit verwirklichen	
Nachhaltige Entwicklungsziele (2016-2030)			
1.5 Bis 2030 die Widerstandsfähigkeit der Armen und der Menschen in prekären Situationen erhöhen und ihre Exposition und Anfälligkeit gegenüber klimabedingten Extremereignissen und anderen wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Schocks und Katastrophen verringern.		3.7 Bis 2030 den allgemeinen Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten einschließlich Familienplanung, Information und Aufklärung und die Einbeziehung der reproduktiven Gesundheit in nationale Strategien und Programme gewährleisten.	
11b Bis 2020 die Zahl der Städte und Siedlungen, die integrierte Politiken und Pläne zur Förderung der Inklusion, der Ressourceneffizienz, der Abschwächung des Klimawandels, der Klimaanpassung und der Resilienz gegenüber Katastrophen beschließen und umsetzen, wesentlich erhöhen und gemäß dem Sendai-Aktionsrahmen für Katastrophenvorsorge 2015-2030 ein ganzheitliches Katastrophenrisikomanagement auf allen Ebenen entwickeln und umsetzen.		5.2 Alle Formen von Gewalt gegen alle Frauen und Mädchen im öffentlichen und im privaten Bereich einschließlich des Menschenhandels und sexueller und anderer Formen der Ausbeutung beseitigen.	
13.1 Die Resilienz und die Anpassungsfähigkeit gegenüber klimabedingten Gefahren und Naturkatastrophen in allen Ländern stärken.		5.6 Den allgemeinen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten gewährleisten, wie im Einklang mit dem Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo, der Aktionsplattform von Beijing und den Ergebnisdokumenten ihrer Überprüfungskonferenzen vereinbart.	
14.2 Bis 2020 die Meeres- und Küstenökosysteme nachhaltig bewirtschaften und schützen, um unter anderem durch Stärkung ihrer Resilienz erhebliche nachteilige Auswirkungen zu vermeiden, und Maßnahmen zu ihrer Wiederherstellung ergreifen, damit die Meere wieder gesund und produktiv werden.			

beim Zugang zu Dienstleistungen und Sicherheitsnetzen benachteiligt sind. Und Benachteiligung beim Zugang zu Land, Einkommen und Vermögen wirkt sich darauf aus, wie Haushalte und Gemeinschaften ihr Katastrophenrisiko managen können. Benachteiligungen – auch bezüglich Mitspracherechten und Mitwirkungsmöglichkeiten – werden die Katastrophenvorsorge und die Fähigkeit von Ländern, die tieferen Ursachen von Katastrophenrisiken zu bekämpfen, beeinträchtigen.

Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit entscheidend

Sexuelle und reproduktive Gesundheit sollte in die Bewertung von Gesundheitsrisiken und in Frühwarnsysteme für Gemeinschaften und gefährdete Gruppen integriert werden. Darüber hinaus sollten bestehende Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gestärkt werden, um die Auswirkungen von Notfällen abzumildern und die Anpassung und Regeneration zu verbessern.

Durch die Stärkung einer umfassenden Versorgung von reproduktiven Gesundheitsdiensten und ihre Integration in die Basisversorgung vor einer Krise wird es im Krisenfall einfacher, ein Dienstleistungspaket für eine erste Minimalversorgung sicherzustellen. Politische und rechtliche Strukturen, die es Frauen und jungen Menschen ermöglichen, von ihrem Recht auf reproduktive Gesundheit Gebrauch zu machen, sorgen in einer Krise dafür, dass diese Rechte nicht mehr so leicht verletzt werden können.

Sozialer Schutz und Katastrophenvorsorge

Politiken und Programme zum Sozialschutz sollten den Bedürfnissen der Schwächsten entsprechen. Solche Interventionen könnten beispielsweise darauf abzielen, chronische Mangelernährung zu verhindern bzw. zu bekämpfen, den Zugang zu Ausweispapieren zu ermöglichen, den Zugang von Frauen zu ihrem Erbe sicherzustellen und Frühverheiratungen zu verhindern.

In Anbetracht der Tatsache, dass von den Ländern mit den höchsten Raten an Frühverheiratungen die meisten als fragile Staaten gelten bzw. einem hohen Risiko durch Naturkatastrophen ausgesetzt sind, müssen vorhandene Interventionen verstärkt werden, um sicherzustellen, dass diese Maßnahmen während einer Krise nicht zum Erliegen kommen.

Auch die verstärkte Bekämpfung des Menschenhandels ist ein wichtiges Mittel für den Aufbau der Resilienz von Gemeinschaften und Ländern. Maßnahmen zur Bekämpfung des Menschenhandels müssen in die Notfallvorsorge und Einsatzplanung der Regierungen integriert werden.

Geschlechtsspezifische Gewalt verhindern

Im Zuge des Aufbaus von Resilienz muss geschlechtsspezifische Gewalt einerseits verhindert, andererseits muss Hilfe bereitgestellt werden. Gemeinschaften, Institutionen und Staaten müssen Gesetze, Politiken und Programme implementieren, um geschlechtsspezifische Gewalt zu verhindern, ihre Folgen zu mildern und um Überlebenden und denen, die davon bedroht sind, Zugang zu Betreuung und Unterstützung zu ermöglichen.

Bildung reduziert Verwundbarkeit

Die Stärkung der Frauen durch bessere Bildung vermindert unter anderem ihre Gefährdung durch wetterbedingte Katastrophenereignisse. Schulen können das wichtige Gefühl von Normalität vermitteln und lebensrettende Informationen und Dienstleistungen bereitstellen.

Aufklärung über die sexuelle Entwicklung, Sexualität und reproduktive Gesundheit und Rechte für heranwachsende Jungen und Mädchen ist ein entscheidendes Element eines umfassenden Zugangs zu Bildung. Auch die Vermittlung von Wissen über Katastrophen ist wichtig, um die Resilienz zu fördern. Breiter angelegte rechtliche und politische Maßnahmen, mit denen etwa verhindert wird, dass Schulen in Konflikten von

bewaffneten Gruppen in Beschlag genommen werden, tragen ebenfalls zum Aufbau von Resilienz bei.

Frauen, junge Menschen und ethnische Minderheiten einbeziehen

Beim Aufbau von Resilienz sollten ethnische Minderheiten, Frauen, Heranwachsende, Menschen mit Behinderungen sowie die ältere Generation eingebunden werden. Die meisten Gesetze zur Katastrophenvorsorge enthalten allerdings nur allgemeine, richtungsweisende Aussagen ohne spezifische Umsetzungsmechanismen.

In vielen Fällen werden junge Menschen bei der Katastrophenvorsorge und beim Resilienzaufbau ignoriert. Dabei können gerade Heranwachsende, die vor der Krise möglicherweise ausgegrenzt wurden, nach der Krise wichtige Funktionen übernehmen: zum Beispiel bei der Evakuierung und medizinischen Versorgung helfen, Trümmer wegräumen, Nachrichten und Informationen weitergeben, Essen verteilen und kleinere Kinder unterrichten oder betreuen.

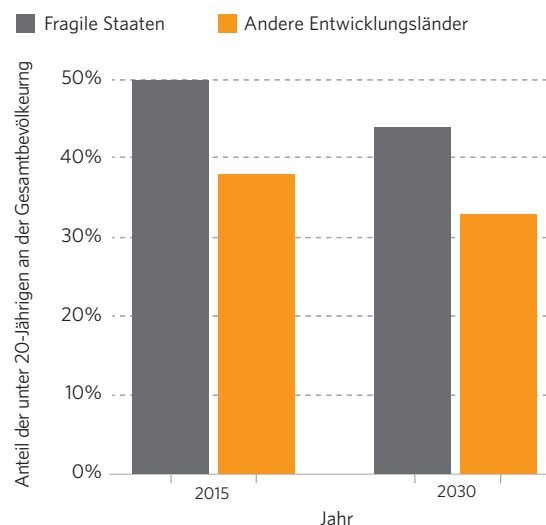
Integrierte Ansätze zur Katastrophenvorsorge notwendig

Bei der Katastrophenvorsorge gibt es vier Prioritäten:

- das Katastrophenrisiko verstehen,
- die Katastrophenvorsorge stärken, um die Gefahr zu begrenzen,
- in Katastrophenvorsorge investieren, um die Resilienz zu verbessern, und
- die Katastrophenvorsorge ausweiten, um wirksam zu helfen und in der Phase des Wiederaufbaus zu einem besseren Zustand zu gelangen.

Die Planung und Umsetzung inklusiver Politiken und Mechanismen der sozialen Sicherheitsnetze müssen verstärkt werden – unter anderem durch Einbeziehung der Gemeinden, durch integrierte Programme zur verbesserten Existenzsicherung und durch zugängliche Dienstleistungen der medizinischen Grundversorgung. Das schließt die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern, die sexuelle und reproduktive

Durchschnittliche Bevölkerung unter 20 Jahren in Prozent der Gesamtbevölkerung in fragilen Staaten im Vergleich zu anderen Entwicklungsländern, 2015



Quelle: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions, Paris 2015

Gesundheit, Nahrungsmittelsicherheit sowie Unterbringung und Bildung ein.

Gebraucht werden neue Modelle der integrierten Entwicklung, die ein Bekenntnis zur Katastrophenvorsorge beinhalten. Solche Modelle könnten den Aufbau starker Systeme der primären Gesundheitsversorgung mit integrierten Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beinhalten – mit einem Gesamtkonzept für die Gesundheit Heranwachsender, der Verbreitung von Informationen zur Katastrophenvorsorge durch Schulen und das Mainstreaming von Maßnahmen zur Anpassung an den Klimawandel. Der Angelpunkt einer integrierten Entwicklung ist ein Bekenntnis zu Inklusion, Anhörung und Gleichberechtigung.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit in Krisensituationen finanzieren

Die Zahl der Menschen, die humanitärer Hilfe bedürfen, wächst. Das gilt auch für die von institutionellen, staatlichen, privatwirtschaftlichen und individuellen Gebern dafür bereitgestellten Finanzmittel. Gleichzeitig nehmen die Finanzierungslücken zu – ein Hinweis darauf, dass die derzeit bestehenden Finanzierungsvereinbarungen vermutlich nicht zukunftsfähig sind.



Mutter und Neugeborenes, Tierkidi Flüchtlingslager, Äthiopien

Foto © UNFPA/A. Haileselassie

Konflikte und Naturkatastrophen haben zusammen mit anderen seit langem schwelenden Krisen und extremer Armut dazu geführt, dass die Zahl der vertriebenen Menschen heute so hoch ist wie seit dem Zweiten Weltkrieg nicht mehr – und das wiederum treibt den internationalen Finanzierungsbedarf für humanitäre Hilfsmaßnahmen auf immer neue Rekordstände.

Auch der Finanzierungsbedarf von UNFPA für humanitäre Maßnahmen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte ist auf einem Allzeithoch angelangt und hat sich von 78 Millionen US-Dollar im Jahr 2006 auf rund 175 Millionen US-Dollar im Jahr 2014 mehr als verdoppelt.



Mütter und Kinder am Tierkidi Gesundheitsszentrum
Foto © UNFPA/A. Haileselassie

24,5 Milliarden US-Dollar für humanitäre Hilfe in 2014

Die weltweite Finanzierung humanitärer Hilfsmaßnahmen belief sich in den Jahren 2009 bis 2014 auf durchschnittlich 19,8 Milliarden US-Dollar pro Jahr. 2014, ein Jahr, in dem die Welt gleich von mehreren großen Krisen erschüttert wurde, erreichten die Zuwendungen mit 24,5 Milliarden US-Dollar einen neuen Rekordstand – ein Anstieg um 19,5 Prozent gegenüber 2013. 2014 ist bereits das dritte Jahr in Folge, in dem die internationale humanitäre Hilfe ein deutliches Wachstum verzeichnete.

Den Großteil der Finanzierung von Interventionen bei großen humanitären Krisen schulterten 2014 mit 18,7 Milliarden US-Dollar die großen Geberländer und -institutionen. Rund 90 Prozent – 16,8 Milliarden

US-Dollar – kamen von den 29 Mitgliedstaaten des Entwicklungshilфеausschusses der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Dieselben 29 Länder leisteten im letzten Jahrzehnt 94 Prozent der offiziellen staatlichen humanitären Hilfe. 2014 entfielen allein auf die Vereinigten Staaten 32 Prozent der gesamten internationalen humanitären Hilfe.

Im selben Jahr stiegen Saudi-Arabien und die Vereinigten Arabischen Emirate in die Riege der 20 größten Geldgeber für humanitäre Hilfsmaßnahmen auf. Die arabischen Staaten stockten ihre Zuwendungen im Jahr 2014 auf 1,7 Milliarden US-Dollar auf – gegenüber 764 Millionen US-Dollar im Jahr 2013. Die Mittel flossen hauptsächlich nach Syrien und in den Irak, wobei der Großteil der Gelder aus Kuwait,

Katar, Saudi-Arabien und den Vereinigten Arabischen Emiraten kam. Auch die Türkei hat ihre humanitäre Hilfe deutlich erhöht und sich mit den 1,6 Milliarden US-Dollar, die sie für die Versorgung syrischer Flüchtlinge bereitstellte, zu einem der größten Geber in der Syrienkrise aufgeschwungen.

Die ostasiatischen Geber erhöhten ihre humanitäre Finanzierung von 2013 bis 2014 um elf Prozent, angeführt von Japan mit 882 Millionen US-Dollar, gefolgt von Südkorea und China mit 81,7 bzw. 53,7 Millionen US-Dollar. Auch die Beiträge aus den aufstrebenden Volkswirtschaften nehmen zu. Brasilien zum Beispiel stockte seine Zuwendungen von 2,6 Millionen US-Dollar im Jahr 2005 auf 14,9 Millionen US-Dollar 2014 auf. In Afrika mobilisierte Sierra Leone aus eigenen Mitteln 17,2 Millionen US-Dollar für humanitäre Maßnahmen im Zusammenhang mit der Ebola-Epidemie.

Andere Quellen der humanitären Finanzierung

Von 2009 bis 2013 finanzierten der Privatsektor und die Öffentlichkeit rund 27 Prozent der internationalen humanitären Hilfe. Private Spender waren der größte Geldgeber von humanitären Maßnahmen auf den Philippinen nach dem Taifun Haiyan von 2013 und der drittgrößte Geber im Zusammenhang mit der Ebola-Epidemie in Westafrika 2014.

Auch die Diaspora leistet Hilfe durch Rücküberweisungen in die Heimat, ebenso religiöse Organisation, von denen manche unabhängig vom humanitären System handeln. Glaubensbasierte Organisationen spielen eine wichtige Rolle bei der humanitären Finanzierung: Sie steuern 16 Prozent der durch nicht-staatliche Organisationen bereitgestellten Hilfsgelder bei.

Finanzierungslücken vergrößern sich

Im Jahr 2014 riefen die Vereinten Nationen in 31 Hilfsappellen zur Bereitstellung des Rekordbetrags von 19,5 Milliarden US-Dollar auf. Am Ende steuerten Geber zwölf Milliarden US-Dollar zu diesem Ziel bei,

was zu einer Rekordlücke von 7,5 Milliarden US-Dollar führte, umgerechnet 38 Prozent der Gesamtsumme.

Offenbar kann die internationale humanitäre Hilfe nicht mit den steigenden Anforderungen und der zunehmenden Komplexität der heutigen humanitären Krisen Schritt halten, ganz zu schweigen von den ihnen zugrunde liegenden Ursachen wie Instabilität, Armut und Verwundbarkeit gegenüber Krisen. Über die vergangenen zehn Jahre hinweg sind die Beiträge für internationale humanitäre Finanzierungsaufrufe um 300 Prozent gestiegen – bei gleichzeitig größer werdenden Finanzierungslücken.

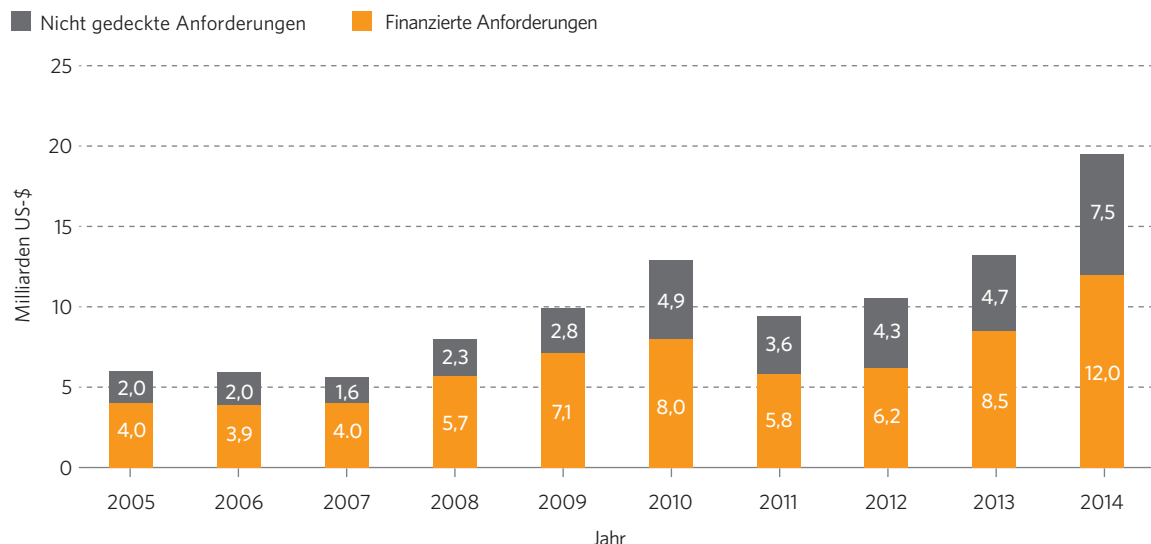
Ungleiche Mittelverteilung

Bei kleineren humanitären Finanzierungsaufrufen wird meist nur ein geringerer Prozentsatz des angemeldeten Bedarfs gedeckt. Mit Ausnahme der stark in den Medien präsenten Ukraine Krise lag der Deckungsgrad hier durchweg bei unter 50 Prozent. Im Fall der humanitären Hilfsaktionen im Südsudan, im Irak und im Rahmen der Ebola-Epidemie dagegen, für die jeweils über eine Milliarde US-Dollar gefordert wurde, betrug der Finanzierungsgrad 90 bzw. 75 und 81 Prozent.

Ein vergleichsweise geringer Anteil der humanitären Hilfe fließt direkt an nationale und lokale Akteure in den von Krisen betroffenen Ländern. Zwischen 2007 und 2013 erhielten sie im Durchschnitt nicht einmal zwei Prozent der gesamten humanitären Aufwendungen.

Die humanitäre Finanzierung ist hauptsächlich auf die direkte Krisenhilfe ausgerichtet, nur ein geringer Anteil geht in Maßnahmen zur Verbesserung von Prävention und Bereitschaft. Um die 60 Prozent der humanitären Hilfe gehen in die Katastrophenhilfe, 35 Prozent in Sanierung und Wiederaufbau und nur fünf Prozent in den Katastrophenschutz. Im Durchschnitt der letzten fünf Jahre investierten die größten Geber zwischen drei und sechs Prozent ihrer gesamten Ausgaben für die humanitäre Hilfe in die Risiko- und Folgenminderung.

Finanzierte und nicht gedeckte Anforderungen, konsolidierte Hilfsappelle der Vereinten Nationen, 2005 bis 2014



Quelle: Development Initiatives: Global Humanitarian Assistance Report, 2015

Geringe Finanzierung für sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Finanzierung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit in humanitären Notfällen fällt relativ gering aus, sowohl bezüglich der absoluten Summe als auch bezüglich des Anteils an den humanitären Ressourcen insgesamt.

Obwohl sowohl die Anträge für Maßnahmen der reproduktiven Gesundheit im Zusammenhang mit humanitären Finanzierungsappellen wie auch die dafür eingeworbenen Mittel seit 2002 gestiegen sind, wurden zwischen 2002 und 2013 nur 43 Prozent des Gesamtbedarfs erfüllt – deutlich weniger als die 68 Prozent Deckungsgrad, die im selben Zeitraum für humanitäre Hilfsappelle insgesamt erreicht wurden.

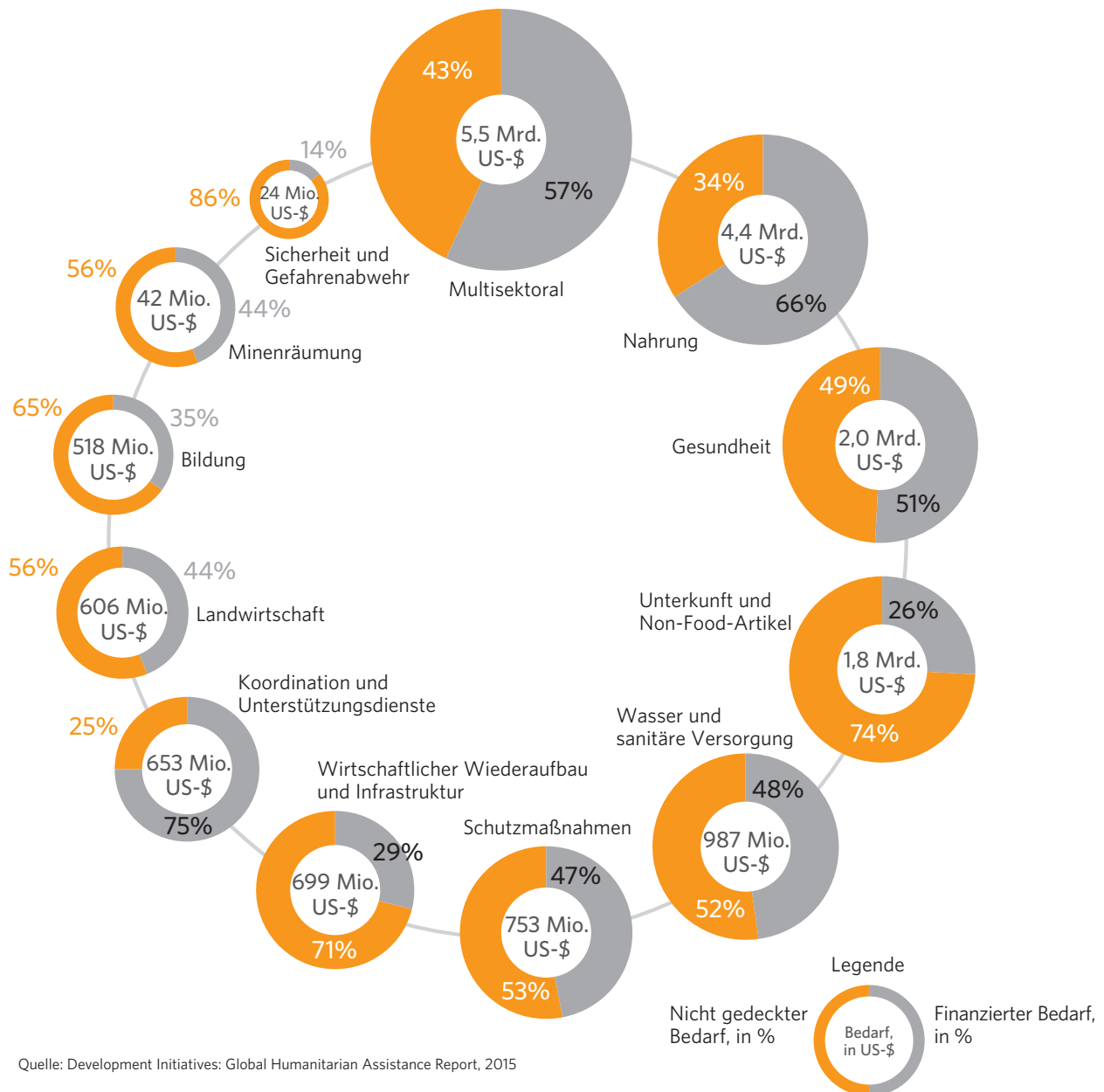
Von den 11.347 Anträgen zu Gesundheits- und Schutzmaßnahmen, die zwischen 2002 und 2013 im Zusammenhang mit 345 humanitären Krisen an internationale Geber gerichtet wurden, waren 3.912 (34,5 Prozent) für die reproduktive Gesundheit relevant. Die Zahl der Anträge, die spezifische Maßnahmen zur

reproduktiven Gesundheit enthielten, nahm dabei pro Jahr im Durchschnitt um 22 Prozent zu, während der Anteil von Anträgen im Bereich Gesundheit und Schutzmaßnahmen, die konkrete Aktivitäten zur Förderung der reproduktiven Gesundheit vorsahen, durchschnittlich nur um zehn Prozent pro Jahr anstieg.

In den letzten Jahren haben die Geber ihre Unterstützung für Maßnahmen im Zusammenhang mit sexualisierter und geschlechtsspezifischer Gewalt insbesondere in Konfliktsituationen verstärkt und ihre Beiträge zwischen 2012 und 2014 von 50 Millionen US-Dollar auf 107 Millionen US-Dollar mehr als verdoppelt. Ungeachtet dieser deutlichen Aufstockung war ihr Anteil an der humanitären Hilfe insgesamt mit gerade einmal 0,5 Prozent im Jahr 2014 nach wie vor sehr gering.

Im Zeitraum von 2002 bis 2013 richteten sich 57 Prozent aller Finanzierungsaufträge für geschlechtsbezogene humanitäre Hilfsmaßnahmen auf die Gesundheit von Müttern und Kindern. Rund 46 Prozent enthielten auf sexualisierte und geschlechtsspezifische

Finanzierungsbedarf im Vergleich zu erhaltener Finanzierung, nach Zweck, 2014



Gewalt bezogene Mittelanträge, 38 Prozent waren auf HIV und sexuell übertragbarer Krankheiten gerichtet, 27 Prozent auf Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen reproduktiven Gesundheit und 15 Prozent bezogen sich auf Familienplanung. Im selben Zeitraum

stieg die Zahl der Anträge, die alle Bestandteile eines Mindestpakets von Sofortmaßnahmen („Minimal Initial Service Package“, kurz MISP) für reproduktive Gesundheit in Krisensituationen enthielten, um rund 40 Prozent an.

Im Bereich der reproduktiven Gesundheit von Heranwachsenden in Krisensituationen besteht hinsichtlich Finanzierung, Zugang zu Dienstleistungen, Programmentwicklung und Programmevaluation ein deutliches Defizit. Von den zwischen 2009 und 2014 durch die Vereinten Nationen eingereichten Anträgen entfielen im Durchschnitt nicht einmal 3,5 Prozent auf Maßnahmen für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Heranwachsenden – und selbst davon blieben 68 Prozent unfinanziert.

Die humanitäre Hilfe neu ausrichten

Die derzeitigen Finanzierungsmodelle reichen vermutlich nicht aus, um den Bedarf an Maßnahmen für humanitäre Hilfe und für sexuelle und reproduktive Gesundheit in den kommenden Jahren zu decken. Innovative Finanzierungsansätze sind daher erforderlich. Aber auch Innovationen in den übergreifenden Ansätzen der humanitären Hilfe sind gefragt.

Die unabhängige Gruppe Future Humanitarian Financing (FHF) berät den Ständigen interinstitutionellen Ausschuss (United Nations Inter-Agency Standing Committee, IASC), eine Organisation der Vereinten Nationen zur Koordination der humanitären Hilfe mit neun Vollmitgliedern, darunter UNFPA. In ihrem Jahresbericht 2015 empfiehlt FHF eine Reihe größerer Veränderungen in der Art und Weise, wie humanitäre Maßnahmen finanziert und durchgeführt werden sollten. Dies beginnt mit einer „fundamentalen Neuausrichtung des humanitären Geschäftsmodells“ weg von „einer Kultur und Verfahren, die zu Insularität, reaktivem Handeln und Konkurrenz neigen“, hin zu einer Kultur und zu Verfahren, die „Vorwegnahme, Transparenz, Forschung und Experimente sowie die strategische Kooperation“ fördern.

Fundraising ist nicht länger ein „westliches“ Vorrecht. Zukünftig scheint es wahrscheinlich, dass regionale Organisationen und Geber vermehrt eine führende Rolle bei humanitären Hilfsaktionen nach Katastrophen übernehmen.

Fehlende Daten behindern die Zweckbestimmung von Mitteln

Eine der Herausforderungen bei der Mobilisierung von Ressourcen speziell für die sexuelle und reproduktive Gesundheit in humanitären Krisensituationen, aber auch für humanitäre Maßnahmen generell, ist der Mangel an nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselten Daten. Zudem mangelt es an zuverlässigen und umfassenden Daten dazu, welche und wie viele Mittel speziell für Maßnahmen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zur Verfügung gestellt werden – und von wem. Ohne ein umfassendes Bild der in einer humanitären Krise von sämtlichen Quellen bereitgestellten Finanzmittel ist es schwieriger, koordinierte Maßnahmen zu entwickeln; mögliche Synergieeffekte bleiben mitunter ungenutzt.

Verlässliche und risikomindernde Finanzierung

Finanzierungsvereinbarungen, die eine längerfristige Planung ermöglichen, könnten zusammen mit Maßnahmen, die die Prognose zu erwartender Finanzierungen sowie die Flexibilität bei der Mittelzuweisung verbessern, dazu beitragen, dass die Programmentwicklung effektiver und die Zuweisung der Mittel verbessert wird. Darüber hinaus sollten die Überwachungs- und Berichtssysteme verstärkt und die Transparenz verbessert werden – nicht zuletzt, damit die Geberländer ihren Wählern überzeugender vor Augen führen können, dass ihre Beiträge einen Unterschied im Leben der von Katastrophen und Konflikten betroffenen Menschen bewirken.

Über die Erfüllung akuter humanitärer Bedürfnisse hinaus sollten die internationale Gemeinschaft und die Staaten selbst mehr in den Aufbau von Kapazitäten investieren, um die Resilienz, den Katastrophenschutz und die Risikominimierung zu verbessern. Die unmittelbare Nothilfe sollte auf eine Weise erfolgen, die die langfristige Entwicklung unterstützt, um einen reibungslosen Übergang von der Hilfsphase über den Wiederaufbau bis zur Entwicklung zu gewährleisten.

Eine transformative Vision für die Risikominimierung, Reaktion und Resilienz

Mit humanitären Maßnahmen lassen sich die Fundamente für langfristige Entwicklung legen. Eine Entwicklung, von der alle profitieren, weil sie in den Genuss ihrer Rechte einschließlich der reproduktiven Rechte kommen, kann Menschen, Institutionen und Gemeinschaften helfen, Krisen standzuhalten. Außerdem kann sie zu einer schnelleren Regeneration beitragen.



Ishwori Dangol, Betroffene des Erdbebens in Nepal, 2015

Foto © UNFPA/Santosh Chhetri

Konflikte und Katastrophen entlassen keine Regierung und keinen Akteur der humanitären Hilfe aus der Pflicht, sich für die Rechte einzusetzen, die im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 festgelegt wurden: das individuelle Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit einschließlich des Rechts, frei und selbstverantwortlich über die Anzahl und den Zeitpunkt von Schwangerschaften zu entscheiden.

In einer Zeit, in der die Krisen zunehmen, wird eine erhebliche Aufstockung humanitärer Maßnahmen erforderlich. Es könnte viel mehr getan werden, um die tieferen Ursachen von Krisen einzudämmen und die zugrunde liegenden Verwundbarkeiten zu reduzieren.



Proaktiv statt reaktiv handeln

Umfassende Katastrophenvorsorge etablieren

Der Erfolg von Katastrophenvorsorge hängt von adäquaten Ressourcen und Institutionen ebenso ab wie von inklusiven Vorgehensweisen – beispielsweise der Beteiligung aller potenziell betroffenen Gruppen. Weltweit müssen sich humanitäre Akteure besser für die Katastrophenhilfe rüsten, und zwar indem sie Kapazitäten und Dynamiken differenzierter analysieren und untereinander abstimmen. Dies kann den Erfolg von Interventionen in hohem Maße beeinflussen.

Bei lebenswichtigen Dienstleistungen auf Kontinuität setzen

Krisenvorsorge sollte in Maßnahmen zum Abbau sozialer Benachteiligung und zur Armutsbekämpfung

eingebettet sein. Dienstleistungen sollten auf Kontinuität angelegt werden, unter anderem durch die Anwendung integrierter Modelle, die die Verfügbarkeit verbessern. Beispiele dafür sind Systeme der medizinischen Grundversorgung, die auch Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit umfassen, sowie eine Gesundheitsversorgung für Heranwachsende, die mit Aufklärung und Dienstleistungen der sexuellen Gesundheit und Existenzsicherung einhergeht.

Es sollten Pläne für den Fall vorhanden sein, dass es an Ausstattung und Personal mangelt. Maßnahmen zur Vorratshaltung für den Krisenfall sollten grundsätzlich auch wichtige Hilfsgüter für die sexuelle und reproduktive Gesundheit, wie zum Beispiel Verhütungsmittel, einschließen.



Durch den Taifun Haiyan Vertriebene, Tacloban, Philippinen
Foto © Panos Pictures/Andrew McConnell

Jetzt in sozialen Schutz investieren

Sozialschutzprogramme bieten Schutz gegen verschiedene Risiken, insbesondere für die Schwächsten. In einer Krise können sie einen entscheidenden Beitrag zur Resilienz und zum Überleben leisten. In der Zeit nach einer Katastrophe können sie ein wichtiges Instrument für die Lösung aus der Abhängigkeit von humanitärer Hilfe sein.

Intersektionalen Risiken begegnen

Das Risikoniveau, die Fähigkeit zur Katastrophenvorsorge und das Regenerationsvermögen werden von vielen Faktoren beeinflusst. Es gibt komplexe Überschneidungen zwischen Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Behinderung und vielen anderen Faktoren. Diese müssen sich sowohl in den Daten, die für die Risikoeinschätzung herangezogen werden, als auch in der Planung der Katastrophenvorsorge stärker widerspiegeln.

Die direkte Beteiligung von Frauen und jungen Menschen, insbesondere von heranwachsenden Mädchen, an der Planung der Katastrophenvorsorge hilft, im Krisenfall ihre Rechte zu sichern und ihre Bedürfnisse nicht zu übersehen. Durch die Einbindung von Männern und Jungen in Initiativen zur Bekämpfung

geschlechtsspezifischer Gewalt lässt sich die Achtung der Frauenrechte fördern, was wiederum die Resilienz verbessert.

Den Willen und die Ressourcen für eine bessere Stadtplanung aufbringen

Die Planung der Katastrophenvorsorge muss die Wahrscheinlichkeit, dass Krisen ein zunehmend städtisches Profil zeigen, stärker ins Kalkül ziehen. Stadt- und Raumplaner brauchen die Kapazitäten, Ressourcen und den politischen Willen, um das Wachstum in die richtigen Bahnen zu lenken.

Ganzheitliche Finanzierung der Katastrophenvorsorge

Katastrophenvorsorge wird oft nur unzureichend finanziert. Daher sollten die Anstrengungen, Strategien zur Katastrophenvorsorge finanziell besser auszustatten, erhöht werden. Ein Schritt nach vorn sind auch nationale Ausschüsse zur Risikominimierung, in denen Versicherungsaufsicht, Katastrophenschutzorganisationen und relevante Ministerien einschließlich derer, die sich mit Gesundheit und Gleichberechtigung befassen, zusammenarbeiten.

Akuten Bedarf decken

Durch international vereinbarte, lebenswichtige Dienstleistungen vom ersten Tag an Leben retten

Im akuten Krisenfall sollte sofort ein erstes Minimalpaket mit lebenswichtigen Dienstleistungen zur reproduktiven Gesundheit bereitgestellt werden, um sexualisierte Gewalt zu stoppen und Gegenmaßnahmen zu ergreifen, HIV-Übertragungen einzudämmen und Todesfälle und Erkrankungen von Müttern und Neugeborenen zu verhindern. Dieses Paket hilft auch bei der Planung für die Bereitstellung einer umfassenden Versorgung mit sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten, sobald die Umstände dies erlauben.

Lücken in der medizinischen Notfallversorgung schließen

Wenn in humanitären Krisen medizinische Dienstleistungen bereitgestellt werden, wird der Behandlung körperlicher Verletzungen häufig höchste Priorität eingeräumt. Dies kann jedoch zu gefährlichen Defiziten führen, unter anderem bei der Versorgung mit sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten. Außerdem gibt es im Bereich der psychosozialen Dienstleistungen zusätzlichen Investitionsbedarf für Sofortmaßnahmen.

Frauen vor ungewollten Schwangerschaften schützen

Wer von einer Krise betroffen ist, braucht in vollem Umfang Zugang zu Hilfsgütern und Dienstleistungen der Familienplanung. Dies erfordert, dass verlässliche Lieferketten und die Vermeidung von Versorgungsengpässen erhöhte Aufmerksamkeit benötigen.

Geschlechtsspezifische Gewalt verhindern

Wird zu Beginn einer Hilfsaktion versäumt, gegen geschlechtsspezifische Gewalt vorzugehen, bedeutet das in der Folge für Frauen und Mädchen eine Beeinträchtigung ihrer Resilienz und Gesundheit und ein Hindernis für die Erholung. Besondere Maßnahmen können erforderlich sein, um Stigmata entgegenzuwirken, die Frauen und Mädchen daran hindern,

Gewalttaten anzuzeigen. Durch Maßnahmen und Dienstleistungen speziell für Männer und Jungen wird anerkannt, dass auch sie Opfer sexualisierter Gewalt sein können.

Die Jugend ansprechen und einbinden

Alle Hilfseinsätze in humanitären Krisen sollten Interventionen für Jugendliche einschließen. Damit würde nicht nur ihrem Recht auf Teilhabe Rechnung tragen, sondern auch der Tatsache, dass die Hälfte aller Vertriebenen jünger als 18 Jahre ist. Weitere Gefahren treten auf, wenn Heranwachsende sexuell aktiv sind, aber keinen Zugang zu Verhütungsmitteln haben. Junge Menschen müssen in alle Aspekte humanitärer Maßnahmen einbezogen werden – in die Politik, in Hilfsprogramme und Finanzierungspläne.

Übergang von unmittelbarer Notfallhilfe zur Regeneration und Resilienz

Möglichst früh und schnell zu umfassenden Dienstleistungen übergehen

Sobald die Erholungsphase einsetzt, sollte zu umfassenden Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit übergegangen werden. Zu den obersten Prioritäten gehören umfassende Familienplanung, Geburtsnothilfe, die Versorgung von Neugeborenen, die Schulung von Dienstleistungsanbietern, Bewusstseinsbildung in den Gemeinschaften, Verhinderung und Thematisierung aller Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt, vor- und nachgeburtliche Betreuung, umfassende Dienstleistungen zur Verhinderung und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten einschließlich HIV sowie die Thematisierung der sexuellen Gesundheit von Heranwachsenden.

Zugangsbarrieren zu dringend benötigten Dienstleistungen beseitigen

Der Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit kann durch vielfältige

Barrieren verhindert werden, die oft auf Diskriminierung aufgrund des Alters, des Geschlechts, einer Behinderung oder anderer Merkmale zurückzuführen sind. Zu diesen Barrieren gehören auch große Entfernungen, die zu den Dienstleistungszentren zurückzulegen sind, der Mangel an adäquaten Beförderungsmöglichkeiten, Sicherheitsbedenken, die Wahrnehmung, dass manchen Gruppen – zum Beispiel unverheirateten Frauen und jungen Menschen – mit „Unfreundlichkeit“ begegnet wird, Sprachbarrieren und die Unkenntnis, dass bestimmte Dienstleistungen überhaupt vorhanden sind.

Diskriminierende Geschlechterrollen auf den Prüfstand stellen

Der soziale Umbruch, der mit einer Krise einhergeht, kann auch einige positive Folgen haben, unter anderem das Aufbrechen althergebrachter Geschlechterrollen und Gepflogenheiten. Wo Frauen und Mädchen selbst neue Rollen übernehmen, sollten sie dazu ermutigt werden, und wo sie es nicht tun, können Akteure der humanitären Hilfe entsprechende Möglichkeiten schaffen – zum Beispiel durch gleiche Chancen auf eine Berufsausbildung. Bei allen nationalen und internationalen Maßnahmen sollte Geschlechterparität unter den Führungskräften im Katastrophenschutz angestrebt werden.

Keinen Aspekt der geschlechtsspezifischen Gewalt übergehen

Der Erholungsprozess bietet unter Umständen Spielraum, um soziale Normen, nach denen bestimmte Formen von Gewalt erlaubt sind, in Frage zu stellen. Dies könnte zum Beispiel im Rahmen von Gesprächen geschehen, die darauf ausgerichtet sind, Gemeinschaften für das Thema zu sensibilisieren und neue Normen zu etablieren, oder indem Männer und Jungen angesprochen werden, um ihnen neue Denk- und Verhaltensweisen nahezubringen. Auch Friedensdialoge und Friedensverhandlungen können dazu Gelegenheit bieten.

Bei der Katastrophenhilfe sollte schon zu einem

frühen Zeitpunkt die Frühverheiratung thematisiert und es sollten Vorkehrungen getroffen werden, um sie zu verhindern. Prävention erfordert verbesserte Sicherheitsgarantien, zum Beispiel durch geschützte Räume für Mädchen in Schulen und sichere Häuser oder andere Orte.

Traumata anerkennen und behandeln

Die Beratung traumatisierter Menschen sollte als vorrangige und potenziell lebensrettende Maßnahme begriffen werden. Die Beratung sollte leicht zugänglich und in andere Gesundheitsdienstleistungen integriert sein, um Überweisungen zu erleichtern und der Stigmatisierung aufgrund des Besuchs einer besonderen Einrichtung entgegenzuwirken. Sie muss in einem eingehenden Verständnis örtlicher Bedingungen und Normen begründet, allgemein zugänglich und einladend sein.

Die langfristigen Zukunftsaussichten für Frauen und Mädchen verbessern

Paternalistische Hilfe und Maßnahmen beenden

Die Zusammenarbeit mit Partnern vor Ort einschließlich denjenigen, mit denen schon länger etablierte Beziehungen bestehen, kann zukunftsweisend sein. Sie verfügen über Ortskenntnisse, die sich externe Akteure gar nicht oder nur unter hohem Zeitaufwand aneignen können. Beispielsweise wäre es möglich, bei Überweisungen im Bereich der Geburtsnothilfe und der Versorgung von Neugeborenen auf vorhandene Netzwerke zurückzugreifen. Die Aufklärung über reproduktive Gesundheit kann eine bessere Wirkung entfalten, wenn sie von Flüchtlingen selbst übernommen wird.

Das Datendefizit beseitigen

Ein Defizit bei der humanitären Hilfe ist die Arbeit mit Zielvorgaben, Indikatoren und Daten. Bei dringender Nothilfe und kurzen Finanzierungszyklen werden häufig keine Daten gesammelt. Dadurch gibt es nur wenige Belege dafür, welche Interventionen am besten



Mutter und Töchter vor ihrem neuen Haus, das nach dem Tsunami 2004 gebaut wurde, Lhoknga, Indonesien

Foto © Panos Pictures/Abbie Trayler-Smith

funktionieren und mit welchen Akteuren am besten zusammengearbeitet werden sollte.

Wegen fehlender Daten, insbesondere wegen des Mangels an geschlechts- und altersdifferenzierten Daten, bleiben Anknüpfungspunkte zwischen verschiedenen Sektoren der humanitären Hilfe, die sich gegenseitig verstärken könnten, unentdeckt.

Festgefahrene Finanzierungsregelungen überprüfen

Auch wenn zunehmend Wert auf eine bessere Steuerung gelegt wird, ist die Finanzierung durch internationale Geber oft reaktiv, ineffizient und schlecht koordiniert. Durch Zweckbindung werden Probleme bevorzugt behandelt, die nicht unbedingt den Prioritäten in von Krisen betroffenen Ländern entsprechen, und es fließen mehr Geldmittel in Katastrophenfälle, die sichtbarer sind als andere oder denen eine strategische Bedeutung beigemessen wird. Die Konzentration der Geldmittel auf ein paar wenige große Zuwendungen verstärkt die Tendenz, dass humanitäre Maßnahmen zur Domäne von einigen wenigen großen Akteuren werden.

Oft ist auch die Höhe der Ausgaben unklar. Derzeit gibt es keinen Marker, anhand dessen die Ausgaben für Maßnahmen im Bereich der sexuellen und reproduktiven

Gesundheit nachvollzogen werden können – ein Missstand, der behoben werden sollte.

Ein inklusiver internationaler Prozess zur regelmäßigen Überprüfung der Finanzierung humanitärer Maßnahmen könnte verschiedene Perspektiven offenlegen. Ein mögliches Forum dafür ist das Segment für humanitäre Angelegenheiten des Wirtschafts- und Sozialrats der Vereinten Nationen. Hier könnten Maßnahmen besser koordiniert und Defizite beseitigt werden, und es könnten sich Möglichkeiten eröffnen, sie stärker mit Entwicklung zu verknüpfen.

In einige Bereiche der humanitären Hilfe muss mehr investiert werden. Sowohl bei der nationalen als auch bei der internationalen Finanzierung sollte die Katastrophenvorsorge, die derzeit finanziell nur sehr spärlich ausgestattet ist, vordringlich gestärkt werden. Es sollte mehr Geld für sexuelle und reproduktive Gesundheit zur Verfügung stehen.

Eine wachsende Zahl von Ländern kann inzwischen eigene Mittel bereitstellen. Für die weniger entwickelten Länder sollten im Rahmen einer gemeinsamen, aber differenzierten Verantwortlichkeit internationale Gelder zur Verfügung gestellt werden. Damit wird bekräftigt, dass diejenigen mit mehr Ressourcen und Kompetenzen

verpflichtet sind, den anderen zu helfen. Das gleiche Prinzip ließe sich innerhalb der Länder in Bezug auf gefährdete Gruppen anwenden, zum Beispiel auf von Armut betroffene Frauen und junge Menschen.

Es könnten auch Möglichkeiten der privaten Finanzierung ausgelotet werden; angesichts der Geschichte, in der private Interessen zu Ungleichgewichten führten, gilt es dabei jedoch, Vorsicht walten zu lassen. Alle Formen privater Beteiligung müssen internationalen Standards entsprechen.

Der Weg voran

2016 tagt der Humanitäre Weltgipfel. Bei diesem Ereignis werden Staaten der ganzen Welt Gelegenheit haben, Ideen auszutauschen und neue Richtungen vorzugeben. In Übereinstimmung mit existierenden Vereinbarungen, die im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo dargestellt sind, sollte der Prozess dazu führen, dass die Investitionen in Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit als vorrangiges Element jeglicher humanitärer Hilfe erhöht werden. Er sollte die großen Ambitionen der Agenda 2030 aufgreifen und fortschreiben.



Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

Indikatoren

Überwachung der ICPD-Ziele:
ausgewählte Indikatoren

Seite 58

Demografische Indikatoren

Seite 64

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Seite 70

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Neugeborengesundheit		Sexuelle und reproduktive Gesundheit				Bildung					
	Betreute Geburten, in % ^a , 2006-2014	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J., 1999-2014	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ⁱ , 2015		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ⁱ , 2015	Gedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ⁱ , 2015	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 1999-2014	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 1999-2014
			irgendeine Methode	moderne Methode			männlich	weiblich		männlich	weiblich	
Afghanistan	39	90	29	24	27	52	–	–	–	60	33	0,55
Ägypten	92	56	60	58	12	83	100	97	0,97	86	85	1,00
Albanien	99	18	66	19	13	84	93	90	0,96	66	64	0,96
Algerien	97	12	59	51	13	82	98	96	0,98	–	–	–
Angola	47	191	19	13	28	40	97	74	0,77	15	12	0,81
Antigua und Barbuda	100	67	63	60	14	82	87	85	0,98	88	94	1,07
Äquatorialguinea	68	177	16	11	33	33	62	62	0,99	25	19	0,77
Argentinien	97	70	62	58	15	80	100	99	0,99	86	92	1,07
Armenien	100	23	59	30	13	82	89	98	1,10	83	96	1,16
Aruba	–	34	–	–	–	–	94	98	1,04	73	81	1,10
Aserbaidshan	97	47	57	22	14	80	90	88	0,98	88	86	0,98
Äthiopien	16	71	36	36	25	59	69	63	0,92	18	11	0,61
Australien	99	14	68	65	10	87	97	98	1,00	85	86	1,01
Bahamas	98	40	67	65	12	85	94	99	1,06	80	86	1,07
Bahrain	100	15	66	43	11	85	100	98	0,99	95	92	0,97
Bangladesch	42	83	64	57	12	84	94	98	1,05	44	51	1,16
Barbados	98	49	60	57	16	79	97	97	0,99	84	96	1,15
Belgien	–	8	69	67	9	88	99	99	1,00	96	97	1,01
Belize	96	64	58	54	17	78	100	100	1,00	72	77	1,08
Benin	77	98	17	10	31	36	100	88	0,88	50	34	0,68
Bhutan	75	28	68	66	11	86	89	92	1,03	56	64	1,15
Bolivien	85	89	63	40	18	78	82	81	0,99	71	72	1,02
Bosnien und Herzegowina	100	11	48	17	17	74	–	–	–	–	–	–
Botswana	95	39	56	55	17	77	90	92	1,02	56	65	1,16
Brasilien	98	65	79	75	8	91	–	–	–	–	–	–
Brunei	100	17	–	–	–	–	95	95	1,00	91	93	1,02
Bulgarien	100	43	67	48	14	83	96	97	1,00	89	86	0,97
Burkina Faso	66	136	19	18	27	41	69	67	0,96	23	20	0,87
Burundi	60	65	28	23	30	48	100	90	0,90	22	21	0,93
Chile	100	50	65	62	13	83	92	92	1,00	86	89	1,03
China	100	6	83	83	4	96	–	–	–	–	–	–
China, Hongkong	–	4	80	75	5	94	100	99	0,99	87	87	1,00
China, Macao	–	3	–	–	–	–	–	–	–	77	80	1,04
Costa Rica	99	67	79	76	6	93	90	91	1,01	71	76	1,07
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänemark	98	2	71	66	9	88	98	99	1,01	90	93	1,03
Deutschland	99	8	67	62	10	87	99	99	1,00	–	–	–
Dominika	100	47	63	60	14	82	96	99	1,03	76	82	1,07

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Neugeborengesundheit		Sexuelle und reproduktive Gesundheit				Bildung					
	Betreute Geburten, in % ^a , 2006-2014	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J., 1999-2014	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ⁱ , 2015		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ⁱ , 2015	Gedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ⁱ , 2015	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 1999-2014	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 1999-2014
			irgendeine Methode	moderne Methode								
Dominikanische Republik	98	90	72	69	11	87	90	88	0,98	58	66	1,15
Dschibuti	87	21	24	23	30	44	69	60	0,86	29	21	0,72
Ecuador	94	100	73	61	9	89	96	98	1,02	82	85	1,04
El Salvador	98	63	71	64	12	86	92	92	1,01	61	64	1,03
Elfenbeinküste	59	125	20	15	24	46	81	75	0,93	–	–	–
Eritrea	34	85	20	16	29	41	–	–	–	–	–	–
Estland	99	16	65	59	13	84	97	97	1,01	88	90	1,02
Fidschi	100	28	50	43	19	72	98	100	1,02	79	88	1,11
Finnland	100	7	75	72	8	91	99	99	1,01	94	94	1,01
Frankreich	97	9	74	72	6	92	99	99	1,01	97	98	1,02
Französisch-Guyana	–	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	89	115	34	21	25	57	–	–	–	–	–	–
Gambia	57	88	11	10	28	28	67	72	1,07	–	–	–
Georgien	100	40	52	37	17	75	96	97	1,01	92	92	1,00
Ghana	68	65	22	20	34	40	89	89	1,00	55	54	0,97
Grenada	99	53	64	60	13	83	98	98	1,00	80	81	1,02
Griechenland	–	9	69	46	10	87	99	100	1,01	99	99	1,00
Großbritannien	–	21	81	80	5	94	100	100	1,00	98	98	1,01
Guadeloupe	–	21	58	51	16	78	–	–	–	–	–	–
Guam	–	60	54	45	17	76	–	–	–	–	–	–
Guatemala	63	92	57	48	17	77	88	88	0,99	49	45	0,92
Guinea	45	154	8	5	25	23	82	71	0,86	37	23	0,63
Guinea-Bissau	45	137	17	13	22	44	73	69	0,95	11	6	0,56
Guyana	92	97	45	44	27	63	70	80	1,14	86	100	1,16
Haiti	37	65	38	34	33	53	–	–	–	–	–	–
Honduras	83	99	73	64	11	87	89	91	1,02	45	53	1,19
Indien	52	39	60	52	13	82	92	89	0,97	–	–	–
Indonesien	87	47	63	59	11	85	95	96	1,01	77	76	0,98
Irak	91	68	55	38	14	79	97	86	0,89	49	40	0,81
Iran	96	35	77	59	7	92	98	96	0,98	84	79	0,95
Irland	100	9	67	62	11	86	100	100	1,00	99	100	1,01
Island	–	7	–	–	–	–	98	98	1,01	89	89	1,00
Israel	–	10	71	53	9	89	97	98	1,01	97	100	1,03
Italien	100	6	65	49	11	85	99	98	0,99	91	92	1,01
Jamaika	99	72	72	68	10	88	92	91	1,00	72	76	1,05
Japan	100	4	57	50	16	78	100	100	1,00	99	100	1,01
Jemen	45	67	38	28	27	58	95	81	0,85	51	34	0,66
Jordanien	100	27	62	43	12	84	98	96	0,98	86	89	1,03
Jungferninseln (USA)	–	59	69	62	11	87	–	–	–	–	–	–
Kambodscha	89	57	58	40	13	82	100	97	0,97	40	36	0,92
Kamerun	64	128	29	17	22	56	100	89	0,89	43	37	0,87

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Neugeborengengesundheit		Sexuelle und reproduktive Gesundheit				Bildung					
	Betreute Geburten, in % ^a , 2006-2014	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J., 1999-2014	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ^b , 2015		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ^c , 2015	Gedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ^c , 2015	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 1999-2014	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 1999-2014
			irgendeine Methode	moderne Methode								
Kanada	98	13	73	71	8	90	99	100	1,01	–	–	–
Kapverden	78	92	62	58	15	81	99	97	0,98	65	75	1,14
Kasachstan	100	31	56	52	16	78	98	100	1,02	91	92	1,01
Katar	100	16	44	37	19	69	99	95	0,96	91	100	1,10
Kenia	62	101	57	56	19	76	83	87	1,04	57	55	0,97
Kirgisistan	98	42	42	39	17	71	99	98	0,99	82	83	1,00
Kiribati	80	49	28	22	27	51	–	–	–	66	73	1,11
Kolumbien	99	85	78	72	8	91	91	91	1,00	71	77	1,08
Komoren	82	71	24	17	31	43	86	81	0,95	46	49	1,07
Kongo	93	147	47	23	18	73	88	96	1,09	–	–	–
Kongo, Dem. Rep.	80	135	23	9	27	45	37	35	0,95	–	–	–
Korea	100	2	79	69	6	93	98	97	0,99	98	97	0,99
Korea, Dem. Volksrep.	100	1	70	63	11	87	–	–	–	–	–	–
Kroatien	100	12	66	42	11	85	98	100	1,02	92	95	1,03
Kuba	99	50	74	72	9	90	96	97	1,00	88	89	1,01
Kuwait	99	8	56	44	16	78	99	98	0,99	86	88	1,03
Laos	42	94	54	46	18	75	98	96	0,98	46	43	0,95
Lesotho	78	94	60	59	18	77	78	82	1,05	27	42	1,56
Lettland	99	15	68	60	12	85	97	98	1,01	86	88	1,01
Libanon	–	18	63	40	13	83	99	93	0,94	67	68	1,00
Liberia	61	147	20	20	32	39	39	37	0,95	18	15	0,83
Libyen	100	4	49	28	20	71	–	–	–	–	–	–
Litauen	100	14	63	53	13	83	97	97	1,00	97	96	0,99
Luxemburg	100	6	–	–	–	–	95	96	1,01	84	87	1,04
Madagaskar	44	147	46	37	19	71	77	78	1,00	30	31	1,02
Malawi	87	143	58	56	19	75	90	97	1,07	32	30	0,96
Malaysia	99	13	57	42	15	79	98	95	0,96	71	67	0,95
Malediven	99	14	42	34	25	63	93	94	1,01	46	53	1,14
Mali	56	178	12	11	27	31	78	68	0,88	39	32	0,80
Malta	100	16	81	59	5	94	95	95	1,00	80	84	1,05
Marokko	74	32	68	58	10	88	99	98	0,99	59	53	0,90
Martinique	–	20	60	54	15	80	–	–	–	–	–	–
Mauretanien	65	71	14	13	31	31	72	75	1,05	23	20	0,87
Mauritius	100	31	76	53	7	92	98	98	1,00	80	81	1,01
Mazedonien (ehem. jugosl. Rep.)	98	19	49	17	18	73	92	92	1,00	79	77	0,97
Mexiko	96	84	73	67	11	87	97	99	1,02	66	69	1,04
Mikronesien	100	33	–	–	–	–	82	84	1,02	–	–	–
Moldawien	99	25	63	45	13	83	91	91	1,00	77	78	1,01
Mongolei	99	40	58	52	14	80	96	94	0,98	78	86	1,11
Montenegro	99	12	34	10	24	59	98	99	1,01	–	–	–
Mosambik	54	166	18	16	28	39	90	85	0,95	19	18	0,98
Myanmar	71	17	52	49	16	76	–	–	–	46	48	1,05

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Neugeborengesundheit		Sexuelle und reproduktive Gesundheit				Bildung					
	Betreute Geburten, in % ^a , 2006-2014	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J., 1999-2014	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ⁱ , 2015		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ⁱ , 2015	Gedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ⁱ , 2015	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 1999-2014	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 1999-2014
			irgendeine Methode	moderne Methode								
Namibia	88	78	57	57	17	77	87	90	1,04	45	57	1,27
Nepal	56	87	52	48	24	69	98	97	0,99	58	62	1,06
Neukaledonien	–	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	97	22	71	67	9	89	98	98	1,00	97	98	1,01
Nicaragua	88	92	80	75	7	92	93	94	1,01	42	49	1,14
Niederlande	–	5	68	65	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Niger	29	210	15	10	18	47	69	58	0,84	15	10	0,66
Nigeria	38	123	16	11	22	42	71	60	0,84	–	–	–
Norwegen	99	6	79	72	6	93	100	100	1,00	95	95	1,00
Oman	99	12	37	25	28	57	97	98	1,02	77	91	1,19
Österreich	99	8	68	65	10	87	–	–	–	–	–	–
Ost-Timor	29	54	29	26	26	53	92	91	0,98	36	40	1,11
Pakistan	52	48	39	28	20	65	77	67	0,87	43	32	0,74
Palästina ¹	100	67	57	43	15	79	93	94	1,01	77	84	1,10
Panama	92	89	61	58	16	80	92	91	0,99	74	79	1,08
Papua-Neuguinea	53	65	37	29	25	60	90	83	0,92	–	–	–
Paraguay	96	63	77	68	6	92	81	81	0,99	63	68	1,07
Peru	90	68	74	52	9	89	95	94	1,00	76	77	1,01
Philippinen	73	59	55	38	18	75	91	91	1,00	60	70	1,16
Polen	100	14	69	48	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Portugal	–	12	77	70	7	92	95	97	1,01	93	97	1,04
Puerto Rico	–	45	78	69	6	93	83	87	1,05	72	77	1,07
Réunion	–	43	72	70	9	89	–	–	–	–	–	–
Ruanda	91	41	54	47	20	73	92	95	1,03	–	–	–
Rumänien	99	36	69	54	10	88	90	90	1,00	–	–	–
Russland	100	27	69	56	10	88	97	98	1,01	–	–	–
Salomonen	86	62	39	32	21	64	82	79	0,97	33	29	0,88
Sambia	64	145	51	45	20	72	93	93	1,01	–	–	–
Samoa	81	39	32	31	42	43	95	97	1,03	75	84	1,12
San Marino	–	1	–	–	–	–	93	93	1,00	–	–	–
São Tomé und Príncipe	82	110	41	36	33	55	93	92	0,99	46	53	1,17
Saudi-Arabien	97	7	37	31	24	60	96	99	1,03	101	101	1,01
Schweden	–	3	70	62	10	88	100	100	1,00	95	94	0,99
Schweiz	–	3	77	72	6	92	100	100	1,00	82	80	0,97
Senegal	59	80	18	17	30	38	76	83	1,08	24	18	0,76
Serbien	98	22	58	22	13	81	96	97	1,01	92	94	1,03
Seychellen	99	62	–	–	–	–	96	95	0,99	61	66	1,07
Sierra Leone	60	131	17	15	26	39	–	–	–	40	36	0,92
Simbabwe	80	120	66	65	11	85	93	95	1,02	44	44	1,01
Singapur	100	3	66	58	11	86	–	–	–	–	–	–
Slowakei	100	21	71	59	10	88	–	–	–	–	–	–
Slowenien	100	5	75	64	8	90	97	98	1,01	94	95	1,01

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Neugeborengengesundheit		Sexuelle und reproduktive Gesundheit				Bildung			
	Betreute Geburten, in % ^a , 2006-2014	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J., 1999-2014	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ^b , 2015		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ^c , 2015	Gedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % ^c , 2015	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, 1999-2014	Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 1999-2014	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, 1999-2014	Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 1999-2014
			irgendeine Methode	moderne Methode						
Somalia	33	123	24	6	29	44	–	–	–	–
Spanien	–	9	67	63	12	85	98	99	1,00	95
Sri Lanka	99	24	72	56	7	91	94	94	1,00	83
St. Kitts und Nevis	100	75	59	55	16	79	81	84	1,04	82
St. Lucia	99	50	57	54	17	77	95	93	0,97	80
St. Vincent und die Grenadinen	99	70	65	62	13	84	97	95	0,98	84
Südafrika	94	54	65	64	12	84	95	95	1,00	62
Sudan	23	102	16	13	29	36	53	56	1,05	–
Südsudan	19	158	7	3	30	19	48	34	0,71	–
Suriname	91	66	52	51	19	73	80	81	1,01	48
Swasiland	82	89	64	62	15	81	84	86	1,02	32
Syrien	96	75	58	41	15	79	66	65	0,98	44
Tadschikistan	87	47	33	30	22	60	100	97	0,97	88
Tansania	49	128	41	34	23	64	83	86	1,03	–
Thailand	100	60	79	77	6	93	96	95	0,99	77
Togo	59	77	21	19	34	39	98	87	0,89	32
Tonga	98	30	35	30	28	56	83	86	1,03	67
Trinidad und Tobago	100	36	50	44	19	72	99	98	0,99	70
Tschad	23	203	6	3	23	21	96	75	0,78	16
Tschechien	100	11	78	69	7	92	–	–	–	–
Tunesien	99	7	64	53	11	86	100	100	1,00	–
Türkei	97	29	74	48	6	92	96	95	0,99	90
Turkmenistan	100	21	57	51	15	79	–	–	–	–
Turks- und Caicosinseln	–	29	–	–	–	–	77	84	1,08	–
Tuvalu	98	42	34	27	28	55	85	87	1,02	70
Uganda	57	140	30	28	33	47	90	93	1,03	23
Ukraine	99	27	67	51	10	87	97	99	1,02	87
Ungarn	99	20	75	68	8	90	96	96	1,00	92
Uruguay	98	60	77	74	8	91	100	99	0,99	68
USA	99	27	75	69	7	92	92	92	1,00	86
Usbekistan	100	26	67	61	10	88	93	90	0,97	–
Vanuatu	89	78	47	37	24	66	98	97	0,99	51
Venezuela	96	101	70	64	12	85	95	93	0,98	72
Ver. Arabische Emirate	100	34	48	39	20	71	99	97	0,98	73
Vietnam	94	36	77	65	7	92	–	–	–	–
Weißrussland	100	22	65	54	11	86	92	94	1,02	96
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	54	229	24	13	23	50	81	64	0,79	18
Zypern	99	4	–	–	–	–	98	98	1,00	91

Globale und regionale Daten

Globale und regionale Daten	Mütter- und Neugeborenen ­ gesundheit		Sexuelle und reproduktive Gesundheit				Bildung					
	Betreute Geburten, in % ^a , 2006-2014	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J., 1999-2014	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % [†] , 2015		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % [†] , 2015	Gedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15-49 J.), in % [†] , 2015	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 1999-2014	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, 1999-2014		Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 1999-2014
			irgendeine Methode	moderne Methode								
Arabische Staaten	75	56	51	43	17	76	86	82	0,95	64	58	0,92
Asien und Pazifik	71	33 b	69	63	10	87	95	95	1,00	69	65	0,94
Lateinamerika und Karibik	93	76 c	73	67	11	87	93	94	1,00	73	78	1,06
Osteuropa und Zentralasien	98	30	65	47	11	86	95	94	1,00	89	89	0,99
Ost- und Südafrika	56	112	39	34	24	62	86	84	0,97	35	33	0,93
West- und Zentralafrika	48	128	18	13	24	42	78	69	0,89	38	31	0,83
stärker entwickelte Regionen	–	18	70	61	10	88	96	96	1,00	90	91	1,01
weniger entwickelte Regionen	70	56	63	57	12	84	91	90	0,98	64	61	0,95
am wenigsten entwickelte Regionen	–	113	40	34	22	64	–	–	–	–	–	–
Welt	71	51	64	57	12	84	92	90	0,99	67	65	0,96

Anmerkungen zu den ICPD-Indikatoren

– Keine Daten verfügbar

† Frauen, die verheiratet sind oder in einer Beziehung leben

a Berücksichtigt wurden nur Studien aus den Jahren 2006 bis 2014. Lebendgeburten für 2010 bis 2015 wurden als Jahresmittelwerte der zugrundeliegenden Studien verwendet.

b Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Cook-Inseln, Marshallinseln, Nauru, Niue, Palau, Tokelau und Tuvalu

c Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Anguilla, Bermudas, Britische Jungferninseln, Dominica, Kaimaninseln, Montserrat, Niederländische Antillen, St. Kitts und Nevis und Turks- und Caicosinseln

1 Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen, die Palästina den Status eines „beobachtenden Nicht-Mitgliedsstaats in den Vereinten Nationen“ verlieh.

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet

	Bevölkerung							Lebenserwartung		Fertilität
	Gesamtbevölkerung, in Mio., 2015	Bevölkerungswachstum, in %, 2010-2015	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter >64 J., in %, 2015	Abhängigkeitsquotient, 2015	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2010-2015		Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2010-2015
								männlich	weiblich	
Afghanistan	32,5	3,0	35	44	54	3	87,0	59	61	5,1
Ägypten	91,5	2,2	27	33	62	5	62,3	69	73	3,4
Albanien	2,9	0,0	25	19	69	12	44,8	75	80	1,8
Algerien	39,7	1,9	24	29	66	6	52,6	72	77	2,9
Angola	25,0	3,3	33	48	50	2	99,9	50	53	6,2
Antigua und Barbuda	0,1	1,0	25	24	69	7	45,7	73	78	2,1
Äquatorialguinea	0,8	3,0	30	39	58	3	72,9	56	59	5,0
Argentinien	43,4	1,0	24	25	64	11	56,5	72	80	2,3
Armenien	3,0	0,4	20	18	71	11	41,3	71	78	1,6
Aruba	0,1	0,4	21	18	70	12	44,0	73	78	1,7
Aserbaidshan ¹	9,8	1,4	23	22	73	6	38,0	68	74	2,3
Äthiopien	99,4	2,5	35	41	55	4	81,6	61	65	4,6
Australien ²	24,0	1,6	19	19	66	15	50,9	80	84	1,9
Bahamas	0,4	1,5	23	21	71	8	41,2	72	78	1,9
Bahrain	1,4	1,8	22	22	76	2	31,4	76	77	2,1
Bangladesch	161,0	1,2	30	29	66	5	52,5	70	72	2,2
Barbados	0,3	0,3	20	19	67	14	50,4	73	78	1,8
Belgien	11,3	0,7	17	17	65	18	54,2	78	83	1,8
Belize	0,4	2,2	32	33	64	4	56,8	67	73	2,6
Benin	10,9	2,7	32	42	55	3	82,0	58	61	4,9
Bhutan	0,8	1,5	29	27	68	5	46,9	69	69	2,1
Bolivien	10,7	1,6	30	32	61	7	63,7	65	70	3,0
Bosnien und Herzegowina	3,8	-0,1	16	14	71	15	40,7	74	79	1,3
Botswana	2,3	2,0	29	32	64	4	55,3	62	67	2,9
Brasilien	207,8	0,9	25	23	69	8	44,7	70	78	1,8
Brunei	0,4	1,5	25	23	73	4	38,0	77	80	1,9
Bulgarien	7,1	-0,7	14	14	66	20	51,9	71	78	1,5
Burkina Faso	18,1	2,9	33	46	52	2	92,2	57	59	5,6
Burundi	11,2	3,3	31	45	53	3	89,7	54	58	6,1
Chile	17,9	1,1	22	20	69	11	45,2	78	84	1,8
China ³	1.376,0	0,5	19	17	73	10	36,6	74	77	1,6
China, Hongkong ⁴	7,3	0,8	15	12	73	15	37,0	81	87	1,2
China, Macao ⁵	0,6	1,9	16	13	78	9	28,2	78	83	1,2
Costa Rica	4,8	1,1	24	22	69	9	45,4	77	82	1,9
Curaçao	0,2	1,3	19	19	66	15	51,1	75	81	2,1
Dänemark	5,7	0,4	19	17	64	19	55,9	78	82	1,7
Deutschland	80,7	0,1	15	13	66	21	51,8	78	83	1,4
Dominika	0,1	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominikanische Republik	10,5	1,2	28	30	63	7	57,8	70	76	2,5
Dschibuti	0,9	1,3	31	33	63	4	58,5	60	63	3,3
Ecuador	16,1	1,6	28	29	64	7	55,6	73	78	2,6
El Salvador	6,1	0,3	30	27	65	8	54,3	68	77	2,0

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung							Lebenserwartung		Fertilität
	Gesamtbevölkerung, in Mio., 2015	Bevölkerungswachstum, in %, 2010-2015	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %, 2015	Abhängigkeitsquotient, 2015	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2010-2015		Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2010-2015
Elfenbeinküste	22,7	2,4	33	43	55	3	83,5	50	52	5,1
Eritrea	5,2	2,2	32	43	55	3	83,2	61	65	4,4
Estland	1,3	-0,3	15	16	65	19	53,5	72	81	1,6
Fidschi	0,9	0,7	26	29	65	6	52,8	67	73	2,6
Finnland ⁶	5,5	0,5	17	16	63	21	58,3	78	83	1,7
Frankreich	64,4	0,5	18	19	62	19	60,3	79	85	2,0
Französisch-Guyana	0,3	2,8	27	34	61	5	63,2	76	83	3,5
Französisch-Polynesien	0,3	1,1	25	22	70	8	42,2	74	79	2,1
Gabun	1,7	2,2	31	37	58	5	73,1	63	64	4,0
Gambia	2,0	3,2	32	46	52	2	94,2	59	61	5,8
Georgien ⁷	4,0	-1,2	18	17	69	14	45,7	71	78	1,8
Ghana	27,4	2,4	31	39	58	3	73,0	60	62	4,2
Grenada	0,1	0,4	27	27	66	7	50,7	71	76	2,2
Griechenland	11,0	-0,4	15	15	64	21	56,2	78	84	1,3
Großbritannien	64,7	0,6	18	18	65	18	55,1	78	82	1,9
Guadeloupe ⁸	0,5	0,5	20	22	63	15	57,6	77	84	2,2
Guam	0,2	1,3	26	26	66	9	52,0	76	81	2,4
Guatemala	16,3	2,1	33	37	59	5	70,9	68	75	3,3
Guinea	12,6	2,7	32	43	54	3	83,8	58	58	5,1
Guinea-Bissau	1,8	2,4	32	41	56	3	78,4	53	57	5,0
Guyana	0,8	0,4	34	29	66	5	51,1	64	69	2,6
Haiti	10,7	1,4	31	34	62	5	62,3	60	64	3,1
Honduras	8,1	1,5	33	32	63	5	57,8	70	75	2,5
Indien	1.311,1	1,3	28	29	66	6	52,4	66	69	2,5
Indonesien	257,6	1,3	26	28	67	5	49,0	67	71	2,5
Irak	36,4	3,3	31	41	56	3	78,7	67	71	4,6
Iran	79,1	1,3	23	24	71	5	40,2	74	76	1,7
Irland	4,7	0,3	18	22	65	13	53,7	78	83	2,0
Island	0,3	0,7	21	20	66	14	51,6	81	84	2,0
Israel	8,1	1,7	23	28	61	11	64,1	80	84	3,1
Italien	59,8	0,1	14	14	64	22	56,5	80	85	1,4
Jamaika	2,8	0,4	28	24	67	9	48,6	73	78	2,1
Japan	126,6	-0,1	14	13	61	26	64,5	80	86	1,4
Jemen	26,8	2,6	34	40	57	3	75,6	62	65	4,4
Jordanien	7,6	3,1	30	36	61	4	64,8	72	76	3,5
Jungferninseln (USA)	0,1	0,0	20	20	62	18	61,2	77	83	2,3
Kambodscha	15,6	1,6	30	32	64	4	55,6	66	70	2,7
Kamerun	23,3	2,5	33	43	54	3	84,3	54	56	4,8
Kanada	35,9	1,0	18	16	68	16	47,3	80	84	1,6
Kapverden	0,5	1,2	31	30	66	5	52,0	71	75	2,4
Kasachstan	17,6	1,6	22	27	67	7	50,3	64	74	2,6
Katar	2,2	4,7	19	16	83	1	20,1	77	80	2,1

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung							Lebenserwartung		Fertilität
	Gesamt- bevölkerung, in Mio., 2015	Bevölkerungs- wachstum, in %, 2010-2015	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %, 2015	Abhängigkeits- quotient, 2015	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2010-2015		Gesamtfruchtbar- keitsrate pro Frau, 2010-2015
Kenia	46,1	2,7	32	42	55	3	80,9	59	62	4,4
Kirgisistan	5,9	1,7	27	31	64	4	55,3	66	74	3,1
Kiribati	0,1	1,8	29	35	61	4	63,0	63	69	3,8
Kolumbien	48,2	1,0	26	24	69	7	45,6	70	77	1,9
Komoren	0,8	2,4	32	40	57	3	75,6	61	65	4,6
Kongo	4,6	2,6	31	43	54	4	86,2	60	63	5,0
Kongo, Dem. Rep.	77,3	3,2	32	46	51	3	95,9	57	60	6,2
Korea	50,3	0,5	18	14	73	13	37,2	78	85	1,3
Korea, Dem. Volksrep.	25,2	0,5	23	21	69	10	44,3	66	73	2,0
Kroatien	4,2	-0,4	16	15	66	19	51,1	74	80	1,5
Kuba	11,4	0,1	18	16	70	14	43,4	77	81	1,6
Kuwait	3,9	4,8	19	22	76	2	32,1	73	76	2,2
Laos	6,8	1,7	33	35	61	4	62,8	64	67	3,1
Lesotho	2,1	1,2	34	36	60	4	67,3	49	50	3,3
Lettland	2,0	-1,2	15	15	66	19	52,2	69	79	1,5
Libanon	5,9	6,0	28	24	68	8	47,3	77	81	1,7
Liberia	4,5	2,6	32	42	55	3	82,9	59	61	4,8
Libyen	6,3	0,0	25	30	66	5	52,4	69	74	2,5
Litauen	2,9	-1,6	17	15	67	19	50,1	67	79	1,6
Luxemburg	0,6	2,2	18	16	70	14	43,7	79	84	1,6
Madagaskar	24,2	2,8	33	42	56	3	80,3	63	66	4,5
Malawi	17,2	3,1	33	45	51	3	94,5	60	62	5,3
Malaysia ⁹	30,3	1,5	27	25	70	6	43,6	72	77	2,0
Malediven	0,4	1,8	28	28	68	5	47,4	75	77	2,2
Mali	17,6	3,0	32	48	50	3	100,2	57	57	6,4
Malta	0,4	0,3	18	14	66	19	50,8	79	82	1,4
Marokko	34,4	1,4	26	27	67	6	50,1	73	75	2,6
Martinique	0,4	0,1	19	17	64	19	57,0	78	84	2,0
Mauretanien	4,1	2,5	31	40	57	3	76,1	61	64	4,7
Mauritius ¹⁰	1,3	0,4	23	19	71	10	40,6	71	78	1,5
Mazedonien (ehem. jugosl. Rep.)	2,1	0,2	20	17	71	12	41,4	73	77	1,5
Mexiko	127,0	1,4	28	28	66	7	51,7	74	79	2,3
Mikronesien	0,1	0,2	36	34	62	4	62,4	68	70	3,3
Moldawien ¹¹	4,1	-0,1	19	16	74	10	34,6	67	75	1,3
Mongolei	3,0	1,7	24	28	68	4	47,6	65	73	2,7
Montenegro	0,6	0,1	20	19	68	14	47,7	74	78	1,7
Mosambik	28,0	2,8	33	45	51	3	94,8	53	56	5,5
Myanmar	53,9	0,8	28	28	67	5	49,1	64	68	2,3
Namibia	2,5	2,3	32	37	60	4	67,3	62	67	3,6
Nepal	28,5	1,2	33	33	62	6	61,8	68	70	2,3
Neukaledonien	0,3	1,3	23	22	68	10	47,9	74	79	2,1
Neuseeland	4,5	0,7	21	20	65	15	54,0	80	83	2,1

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung							Lebenserwartung		Fertilität
	Gesamt- bevölkerung, in Mio., 2015	Bevölkerungs- wachstum, in %, 2010-2015	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %, 2015	Abhängigkeits- quotient, 2015	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2010-2015		Gesamtfruchtbar- keitsrate pro Frau, 2010-2015
Nicaragua	6,1	1,2	30	30	65	5	54,1	71	77	2,3
Niederlande	16,9	0,3	18	17	65	18	53,3	79	83	1,8
Niger	19,9	4,0	31	51	47	3	113,0	60	62	7,6
Nigeria	182,2	2,7	31	44	53	3	87,7	52	53	5,7
Norwegen ¹²	5,2	1,3	19	18	66	16	52,2	79	83	1,8
Oman	4,5	8,4	21	21	77	3	30,0	75	79	2,9
Österreich	8,5	0,4	17	14	67	19	49,2	78	84	1,5
Ost-Timor	1,2	2,3	32	42	52	6	92,3	66	70	5,9
Pakistan	188,9	2,1	30	35	61	5	65,3	65	67	3,7
Palästina ¹³	4,7	2,7	34	40	57	3	76,0	71	75	4,3
Panama	3,9	1,6	26	27	65	8	53,4	74	80	2,5
Papua-Neuguinea	7,6	2,1	31	37	60	3	67,1	60	64	3,8
Paraguay	6,6	1,3	30	30	64	6	56,6	71	75	2,6
Peru	31,4	1,3	27	28	65	7	53,2	72	77	2,5
Philippinen	100,7	1,6	30	32	64	5	57,6	65	72	3,0
Polen	38,6	0,0	16	15	70	16	43,8	73	81	1,4
Portugal	10,3	-0,4	16	14	65	21	53,5	77	84	1,3
Puerto Rico	3,7	-0,1	22	19	67	15	50,0	75	83	1,6
Réunion	0,9	0,7	23	24	66	10	51,2	76	83	2,2
Ruanda	11,6	2,4	32	41	56	3	78,1	60	66	4,1
Rumänien	19,5	-0,8	16	16	67	17	48,9	71	78	1,5
Russland	143,5	0,0	16	17	70	13	43,1	64	76	1,7
Salomonen	0,6	2,1	32	40	57	3	75,1	66	69	4,1
Sambia	16,2	3,1	33	46	51	3	95,4	57	60	5,5
Samoa	0,2	0,8	31	37	58	5	74,0	70	76	4,2
San Marino	0,0	0,7	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé und Príncipe	0,2	2,2	32	43	54	3	84,2	64	68	4,7
Saudi-Arabien	31,5	2,3	24	29	69	3	45,9	73	75	2,9
Schweden	9,8	0,8	18	17	63	20	59,3	80	84	1,9
Schweiz	8,3	1,2	16	15	67	18	48,8	80	85	1,5
Senegal	15,1	3,1	32	44	53	3	87,6	64	68	5,2
Serbien ¹⁴	8,9	-0,5	19	16	67	17	50,1	72	78	1,6
Seychellen	0,1	0,7	21	23	70	7	43,5	69	78	2,3
Sierra Leone	6,5	2,2	33	42	55	3	81,9	50	51	4,8
Simbabwe	15,6	2,2	33	42	55	3	80,4	54	56	4,0
Singapur	5,6	2,0	19	16	73	12	37,4	80	86	1,2
Slowakei	5,4	0,1	17	15	71	14	40,8	72	80	1,4
Slowenien	2,1	0,1	14	15	67	18	48,7	77	83	1,6
Somalia	10,8	2,4	33	47	51	3	98,1	53	57	6,6
Spanien ¹⁵	46,1	-0,2	14	15	66	19	50,8	79	85	1,3
Sri Lanka	20,7	0,5	23	25	66	9	51,2	71	78	2,1
St. Kitts und Nevis	0,1	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung							Lebenserwartung		Fertilität
	Gesamt- bevölkerung, in Mio., 2015	Bevölkerungs- wachstum, in %, 2010-2015	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %, 2015	Abhängigkeits- quotient, 2015	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2010-2015		Gesamtfruchtbar- keitsrate pro Frau, 2010-2015
St. Lucia	0,2	0,8	26	23	68	9	47,3	72	78	1,9
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	0,0	26	25	68	7	46,8	71	75	2,0
Südafrika	54,5	1,1	29	29	66	5	52,1	55	59	2,4
Sudan	40,2	2,2	32	41	56	3	78,0	62	65	4,5
Südsudan	12,3	4,1	33	42	54	4	83,7	54	56	5,2
Suriname	0,5	0,9	26	27	66	7	50,8	68	74	2,4
Swasiland	1,3	1,5	35	37	59	4	69,3	50	49	3,4
Syrien	18,5	-2,3	33	37	59	4	70,0	64	76	3,0
Tadschikistan	8,5	2,2	30	35	62	3	60,9	66	73	3,6
Tansania ¹⁶	53,5	3,2	32	45	52	3	93,8	63	66	5,2
Thailand	68,0	0,4	19	18	72	11	39,2	71	78	1,5
Togo	7,3	2,7	32	42	55	3	81,8	58	60	4,7
Tonga	0,1	0,4	32	37	57	6	74,3	70	76	3,8
Trinidad und Tobago	1,4	0,5	20	21	70	9	43,2	67	74	1,8
Tschad	14,0	3,3	34	48	50	3	100,7	50	52	6,3
Tschechien	10,5	0,1	15	15	67	18	49,5	75	81	1,5
Tunesien	11,3	1,1	23	23	69	8	44,8	72	77	2,2
Türkei	78,7	1,7	25	26	67	8	49,7	72	78	2,1
Turkmenistan	5,4	1,3	28	28	68	4	47,9	61	70	2,3
Turks- und Caicosinseln	0,0	2,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	0,0	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	39,0	3,3	34	48	49	3	102,3	56	59	5,9
Ukraine	44,8	-0,4	15	15	70	15	43,3	66	76	1,5
Ungarn	9,9	-0,3	16	15	68	18	47,9	71	79	1,3
Uruguay	3,4	0,3	22	21	64	14	55,9	73	80	2,0
USA	321,8	0,8	20	19	66	15	50,9	76	81	1,9
Usbekistan	29,9	1,5	27	29	67	5	49,7	65	72	2,5
Vanuatu	0,3	2,3	29	37	59	4	68,7	70	74	3,4
Venezuela	31,1	1,4	27	28	66	6	52,4	70	78	2,4
Vereinigte Arabische Emirate	9,2	1,9	17	14	85	1	17,8	76	78	1,8
Vietnam	93,4	1,1	24	23	70	7	42,5	71	80	2,0
Weißrussland	9,5	0,0	16	16	70	14	43,0	65	77	1,6
Westsahara	0,6	2,2	25	26	71	3	40,2	66	70	2,2
Zentralafrikanische Republik	4,9	2,0	33	39	57	4	75,2	48	51	4,4
Zypern ¹⁷	1,2	1,1	20	17	71	13	41,6	78	82	1,5

Globale und regionale Daten

	Bevölkerung							Lebenserwartung		Fertilität
	Gesamtbevölkerung, in Mio., 2015	Bevölkerungswachstum, in %, 2010-2015	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in %, 2015	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %, 2015	Abhängigkeitsquotient, 2015	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2010-2015		Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2010-2015
Arabische Staaten	339	2,0	29	34	61	5	63,9	67	71	3,5
Asien und Pazifik	3.865	1,0	25 b	25 b	68 b	7 b	46,3	68	72	2,2
Lateinamerika und Karibik	629 a	1,1	26 c	26 c	67 c	8 c	50,1	71	78	2,2
Osteuropa und Zentralasien	265	0,8	22	22	68	10	47,7	68	76	2,0
Ost- und Südafrika	547	2,7	32	42	54	3	84,2	58	61	4,8
West- und Zentralafrika	403	2,7	32	44	53	3	87,3	54	56	5,5
stärker entwickelte Regionen	1.251	0,3	17	16	66	18	51,5	76	82	1,7
weniger entwickelte Regionen	6.098	1,4	26	28	66	6	52,5	68	72	2,6
am wenigsten entwickelte Regionen	954	2,4	32	40	57	4	77,1	63	66	4,3
Welt	7.349	1,2	25	26	66	8	52,3	69	74	2,5

Anmerkungen zu den demografischen Indikatoren

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

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2015 sollen herausstellen, welche Fortschritte in Bezug auf die quantitativen und qualitativen Ziele der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) und die Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) bei der Senkung der Müttersterblichkeit, beim Zugang zu Bildung sowie bei der reproduktiven und sexuellen Gesundheit erzielt wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demografischer Indikatoren.

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

Die Daten stammen aus national repräsentativen Haushaltsuntersuchungen wie den Demographic and Health Surveys (DHS) und den Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), aus Schätzungen der Vereinten Nationen und interinstitutionellen Schätzungen. Sie berücksichtigen außerdem die neuesten Bevölkerungsschätzungen der „World Population Prospects: The 2015 revision“ und die „Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015“ der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2015 spiegeln generell den Kenntnisstand vom August 2015 wider.



Syrer verlassen Gevgelija, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien.
Foto © UNFPA/Nake Batev

Überwachung der ICPD-Ziele

Mütter- und Neugeborengesundheit

Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten

Dieser Bericht enthält keine aktuellen Müttersterblichkeitsraten, da sie bei Drucklegung noch nicht vorlagen.

Betreute Geburten, in %, 2006-2014

Quelle: Inter-Agency and Expert Group on Millennium Development Goals Indicators der Vereinten Nationen. Regionale Aggregate wurden von UNFPA auf Basis von Daten der Inter-Agency and Expert Group on Millennium Development Goals Indicators errechnet.

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

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 Jahren, 1999-2014

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen und Inter-Agency and Expert Group on Millennium Development Goals Indicators der Vereinten Nationen. Regionale Aggregate wurden von UNFPA auf Basis von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen berechnet.

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

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen erstellt eine systematische und umfassende Sammlung von jährlichen, modellbasierten Schätzungen und Prognosen für eine Reihe von Indikatoren zur Familienplanung, die sich auf einen Zeitraum von 60 Jahren beziehen. Zu den Indikatoren zählen der Einsatz von Verhütungsmitteln, ungedeckter Bedarf an Familienplanung, Gesamtnachfrage nach Familienplanung und der Anteil der Nachfrage nach Familienplanung bei verheirateten oder in einer Beziehung lebenden Frauen für den

Zeitraum von 1970 bis 2030. Die Schätzungen, Projektionen und Unsicherheitsbewertungen wurden mit Hilfe eines Bayesschen hierarchischen Modells, kombiniert mit landesspezifischen Zeittrends, generiert. Das Modell ist eine Fortentwicklung vorheriger Arbeiten und berücksichtigt Unterschiede der Datenquelle, Bevölkerungsstichproben und Verhütungsmethoden, die in Messungen der Prävalenz enthalten sind. Weitere Informationen über modellbasierte Schätzungen zur Familienplanung, Methodologien und Aktualisierungen unter www.un.org/en/development/desa/population. Die Schätzungen wurden auf Grundlage der länderspezifischen Daten in „World Contraceptive Use 2015“ zusammengestellt.

Anteil der Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, in %, 2015, irgendeine Methode/moderne Methode

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen

Modellbasierte Schätzungen gehen auf Daten zurück, die von Stichprobenuntersuchungen abgeleitet wurden. Die Untersuchungsdaten beziffern den Anteil der verheirateten Frauen (einschließlich derjenigen in nichtehelichen Lebensgemeinschaften) im Alter von 15 bis 49 Jahren, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt irgendeine bzw. eine moderne Verhütungsmethode anwenden. Zu den modernen und klinischen Methoden zählen die Sterilisation des Mannes und der Frau, die Spirale, die Pille, Injektionen, Hormonimplantate, Kondome und von der Frau benutzte Barrieremethoden.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15–49 Jahre), in %, 2015

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen

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

Gedeckter Bedarf an Familienplanung (w, 15–49 Jahre), in %, 2015

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen

Anteil des gedeckten Bedarfs an Familienplanung am Gesamtbedarf an Familienplanung unter Frauen (15–49 Jahre), die verheiratet sind oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben. Anteil des gedeckten Bedarfs (Proportion of demand satisfied – PDS) = kontrazeptive Prävalenz (Contraceptive prevalence – CPR) geteilt durch den Gesamtbedarf an Familienplanung (Total demand for family planning – TD). Wobei der Gesamtbedarf der kontrazeptiven Prävalenzrate plus der ungedeckten Bedarfsrate für Verhütung (Unmet need for contraception rate – UNR) entspricht, das heißt $TD = CPR + UNR$ und $PDS = CPR / (CPR + UNR)$.

Bildung

Nettoeinschulungsrate (m/w) in der Primarstufe (gewichtet), 1999–2014

Quelle: UNESCO-Statistikbüro

Die bereinigte Nettoeinschulungsrate gibt den Anteil der eingeschulten Kinder und Jugendlichen aus der offiziellen Altersgruppe in der Primarstufe als Prozentsatz der entsprechenden Gesamtpopulation an.

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 1999–2014

Quelle: UNESCO-Statistikbüro

Der Geschlechterparitätsindex bezieht sich auf das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Werten der gewichteten Nettoeinschulungsrate.

Nettoeinschulungsrate (m/w) in der Sekundarstufe, 1999–2014

Quelle: UNESCO-Statistikbüro

Die bereinigte Nettoeinschulungsrate gibt den Anteil der eingeschulten Kinder und Jugendlichen aus der offiziellen Altersgruppe in der Sekundarstufe als Prozentsatz der entsprechenden Gesamtpopulation an.

Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 1999–2014

Quelle: UNESCO-Statistikbüro

Der Geschlechterparitätsindex bezieht sich auf das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Werten der Nettoeinschulungsrate.

Demografische Indikatoren

Gesamtbevölkerung, in Mio., 2015

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen

Regionale Aggregate wurden von UNFPA auf Basis der Daten der Bevölkerungsabteilung berechnet. Dieser Indikator gibt die geschätzte Bevölkerung eines Landes zum 1. Juli des angezeigten Jahres an.

Bevölkerungswachstum, in %, 2010–2015

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen

Regionale Aggregate wurden von UNFPA auf Basis der Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen berechnet. Das Bevölkerungswachstum ist die durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate einer Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraums. Die Zahl basiert auf dem mittleren Bevölkerungsszenario.

Bevölkerungsanteil der 10- bis 24-Jährigen, in %, 2015

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

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

Bevölkerungsanteil der 0- bis 14-Jährigen, in %, 2015

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

Dieser Indikator gibt den Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung an.

Bevölkerungsanteil der 15- bis 64-Jährigen, in %, 2015

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

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

Bevölkerungsanteil der über 64-Jährigen, in %, 2015

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

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

Abhängigkeitsquotient, 2015

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

Dieser Indikator gibt das Verhältnis der Bevölkerung im nicht-erwerbsfähigen Alter (unter 15 oder über 64 Jahre) zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre) an. Die Daten zeigen den Anteil der nicht-erwerbsfähigen Bevölkerung pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter an.

Lebenserwartung (m/w) bei der Geburt, 2010–2015

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

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

Gesamtfruchtbarkeitsrate, 2010–2015

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

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

Regionale Eingruppierung

Die Durchschnittswerte von UNFPA, die am Ende der statistischen Tabellen angegeben sind, wurden anhand von Daten von Ländern und Gebieten errechnet, die wie folgt gruppiert wurden. Die regionalen Gruppierungen enthalten ausschließlich Länder, in denen UNFPA arbeitet.

Arabische Staaten

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

Asien und Pazifik

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

Osteuropa und Zentralasien

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

Ost- und Südafrika

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

Lateinamerika und Karibik

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

West- und Zentralafrika

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

Stärker entwickelte Regionen

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

Weniger entwickelte Regionen

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

Am wenigsten entwickelte Länder

Zur Gruppe der am wenigsten entwickelten Länder, wie sie von der Generalversammlung der Vereinten Nationen in den Resolutionen 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43 definiert wurden, zählten im Juni 2013 49 Länder: 34 in Afrika, neun in Asien, fünf in Ozeanien und eins in der Region Lateinamerika und Karibik. Im Einzelnen: Afghanistan, Angola, Äquatorialguinea, Äthiopien, Bangladesch, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Jemen, Kambodscha, Kiribati, Komoren, Dem. Rep. Kongo, Laos, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Myanmar, Nepal, Niger, Ost-Timor, Ruanda, Salomonen, Sambia, Samoa, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Südsudan, Tansania, Togo, Tschad, Tuvalu, Uganda, Vanuatu und Zentralafrikanische Republik.

Impressum

Herausgeber der deutschen Fassung:

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
Göttinger Chaussee 115
30459 Hannover
Telefon: 0511 94373-0
Fax: 0511 94373-73
E-Mail: hannover@dsw.org
Internet: www.weltbevölkerung.de
Spendenkonto: IBAN: DE56 2504 0066 0383 8380 00 | BIC: COBADEFF 250

Übersetzung:

Thomas Pfeiffer, Marion Schweizer (Textpraxis Hamburg)

Redaktion:

Uwe Kerkow und Ute Stallmeister (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, V.i.S.d.P.)

Gestaltung/Satz:

grafik.design, Simone Schmidt, Hannover

Herausgeber des Berichts:

UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

3. Dezember 2015

Leiterin der Forschung:

Therese McGinn, Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University

Forscher und Autoren:

Jacqueline Bhabha, Harvard T.H. Chan School of Public Health; François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University; Harvard Law School; Richard Garfield, Emergency Response and Recovery Branch, United States Centers for Disease Control and Prevention; Columbia and Emory Universities; Kirsten Johnson, M.D., Department of Family Medicine, McGill University, Montreal Canada; Humanitarian U; Gretchen Luchsinger; Lisa Oddy, Humanitarian U; Monica Adhiambo Onyango, Boston University School of Public Health, Department of Global Health; Sarah Shteir und Louise Searle, Humanitarian Advisory Group

Forschungsunterstützung:

Amiya Bhatia, Harvard T.H. Chan School of Public Health; Chantilly Wijayasinha, Boston University School of Public Health, Department of Global Health; Melanie Coutu, Humanitarian Studies Initiative, McGill University

UNFPA-Beratungsteam:

Prudence Chaiban, Henia Dakkak, Ugochi Daniels, Abubakar Dungus, Danielle Engel, Howard Friedman, Ann Leoncavallo, Jacqueline Mahon, Rachel Snow

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Richard Kollodge
Redaktionsassistentin und Redaktion der digitalen Ausgabe: Katheline Ruiz
Programmierung: Hanno Ranck
Design und Produktion: Prographics, Inc.

Danksagung:

Mengjia Liang, Edilberto Loaiza und Rachel Snow aus der UNFPA-Abteilung Bevölkerung und Entwicklung analysierten und aggregierten die Daten im Abschnitt Indikatoren dieses Berichts und beschafften die Schätzzahlen schwangerer Frauen in Ländern, die von Konflikten oder Naturkatastrophen betroffen sind.

Die Daten zu den Indikatoren wurden von der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, der UNESCO und der Weltgesundheitsorganisation zur Verfügung gestellt.

Die UNFPA-Mitarbeiter Ramiz Alakbarov, Björn Andersson und Arthur Erken überprüften und kommentierten die Entwürfe dieses Berichts.

Die folgenden Kollegen aus den UNFPA-Büros in Amman, Bangkok, Bogota, Kairo, Dakar, Istanbul, Johannesburg, Kathmandu, Monrovia, Panama Stadt und Skopje trugen zur Entwicklung und Erstellung von Geschichten und Fotos bei: Ghifar Al Alem, Tamara Alrifai, Daniel Baker, Mile Bosnjakovski, Santosh Chhetri, Jens-Hagen Eschenbächer, Adebayo Fayoyin, Gema Granados, Habibatou M. Gologo, Calixte Hessou, Ruba Hikmat, Jorge Parra, Elina Rivera, Shible Sahbani, Alvaro Serrano, Sonja Tanevska, Giulia Vallese und Roy Wadia.

Anna Maltby schrieb den Beitrag zur Ebola-Krise in Liberia.

Beauftragte Fotografen und Filmer:

Nake Batev (Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien), Daniel Baldotto (Kolumbien), Abbas Dulleh, AP Images (Liberia), Salah Malkawi (Jordanien)

Karten und Bezeichnungen:

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



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

© UNFPA 2015



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