



# VERWOBENE LEBEN, FÄDEN DER HOFFNUNG

Ungleichheiten in der körperlichen  
Selbstbestimmung überwinden



UNFPA Weltbevölkerungsbericht 2024

Deutsche Kurzfassung



# VERWOBENE LEBEN, FÄDEN DER HOFFNUNG

Ungleichheiten in der körperlichen  
Selbstbestimmung überwinden



Weltbevölkerungsbericht 2024

Deutsche Kurzfassung

## UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

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

Mehr Informationen unter [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

## Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

Die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) ist eine international tätige Entwicklungsorganisation, mit dem Ziel, das Potenzial der größten Jugendgeneration aller Zeiten zu fördern, um damit zu einer zukunftsfähigen Bevölkerungsentwicklung beizutragen. Sie ermöglicht jungen Menschen in Ostafrika den Zugang zu jugendgerechten Gesundheitsinformationen und modernen Verhütungsmitteln, und setzt sich auch auf politischer Ebene für das Recht auf körperliche Selbstbestimmung ein, insbesondere für junge Frauen und Mädchen. Darüber hinaus arbeiten die Büros in Europa und Ostafrika für die gendergerechte Förderung von Forschung und Innovation zur Bekämpfung armutsassoziierten Krankheiten.

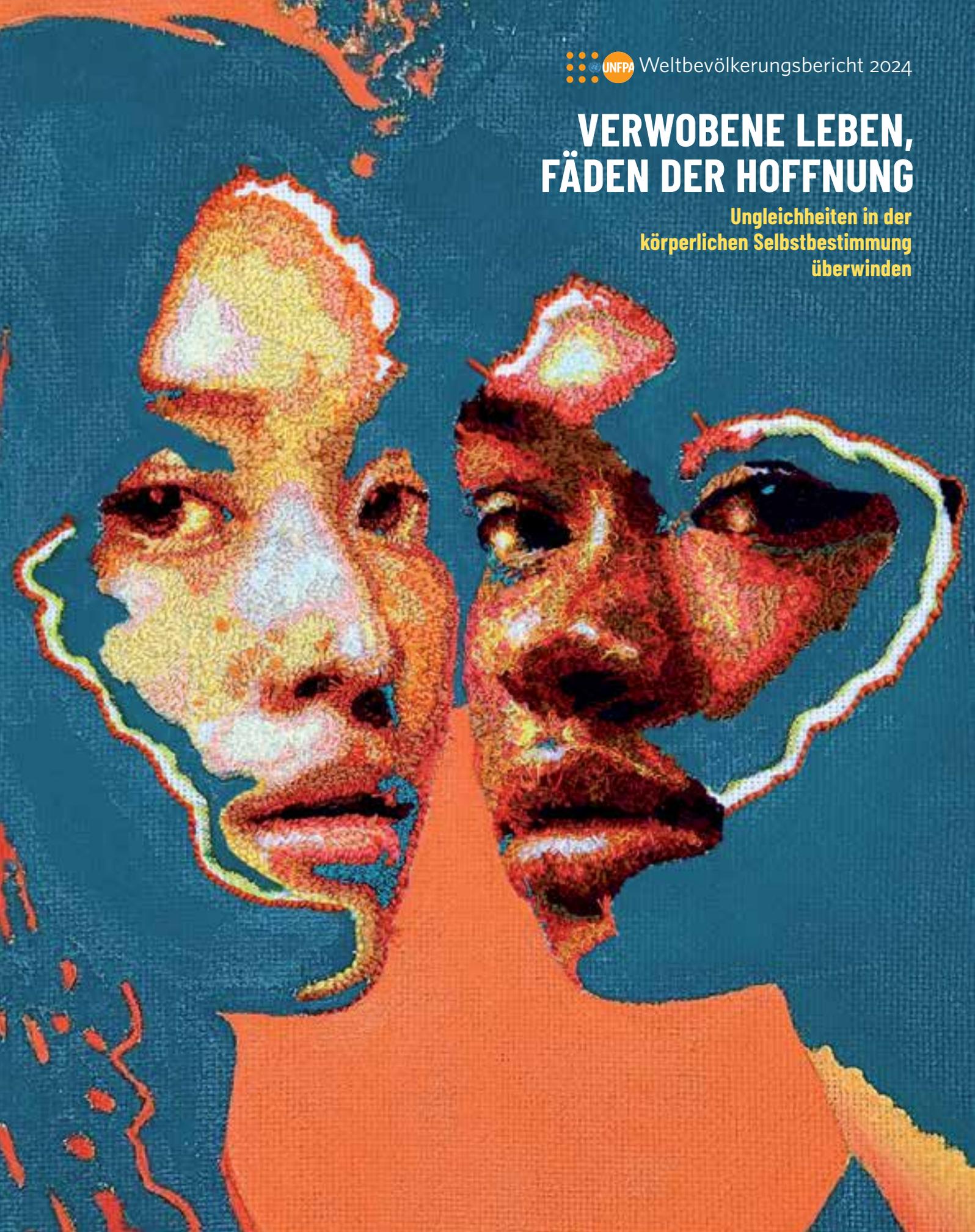
Mehr Informationen unter [www.dsw.org](http://www.dsw.org)



**Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle**

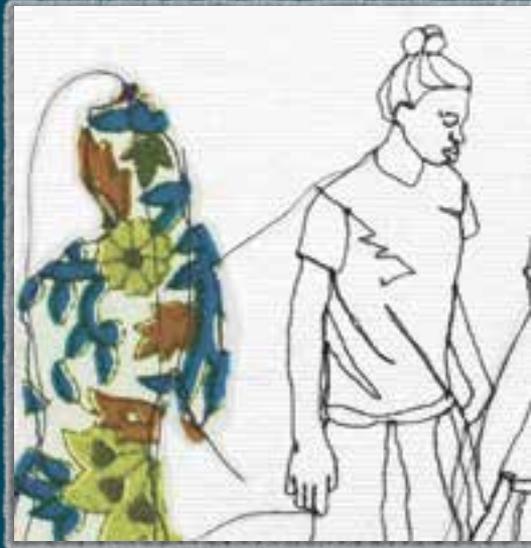
# VERWOBENE LEBEN, FÄDEN DER HOFFNUNG

Ungleichheiten in der  
körperlichen Selbstbestimmung  
überwinden



# INHALT

VORWORT ..... 6



## KAPITEL 1

### Ein unvollendetes Werk

SEITE 8

**FEATURE:** Textilarbeiterinnen organisieren sich und fordern Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt ... 18

## KAPITEL 2

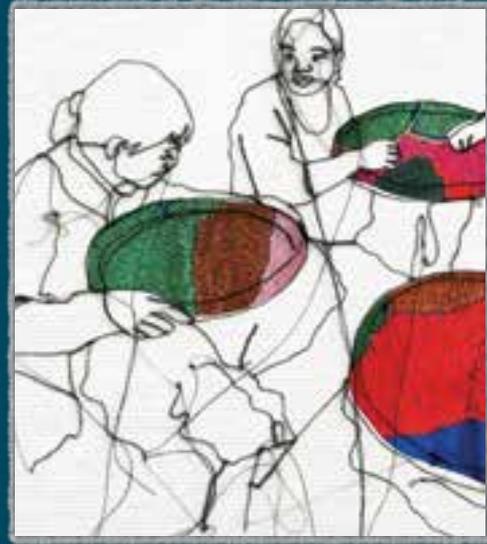
### Ungleichheiten auflösen

SEITE 24

**CHRONIK** ..... 26–31

**FEATURE:** Aktivist\*innen machen auf vermisste und ermordete indigene Frauen aufmerksam ..... 38

**IM FOKUS:** Entkolonialisierung von sexuellen und Gender-Normen ..... 44



### KAPITEL 3

## Alle Maschen zählen

SEITE 46

**FEATURE:** Volkszählungen in Afrika sollen alle Menschen erfassen ..... 58

**IM FOKUS:** Wer ist wichtig genug, um gezählt zu werden? Das Beispiel der sehr jungen Mütter ..... 62

### KAPITEL 4

## Frauen sind der Faden

SEITE 64

### KAPITEL 5

## Der Stoff unserer Zukunft

SEITE 78

**FEATURE:** Indigene Frauen entfachen eine Revolution für Gesundheit und Gleichberechtigung ..... 88

INDIKATOREN ..... 97  
TECHNISCHE HINWEISE ..... 116



# VORWORT

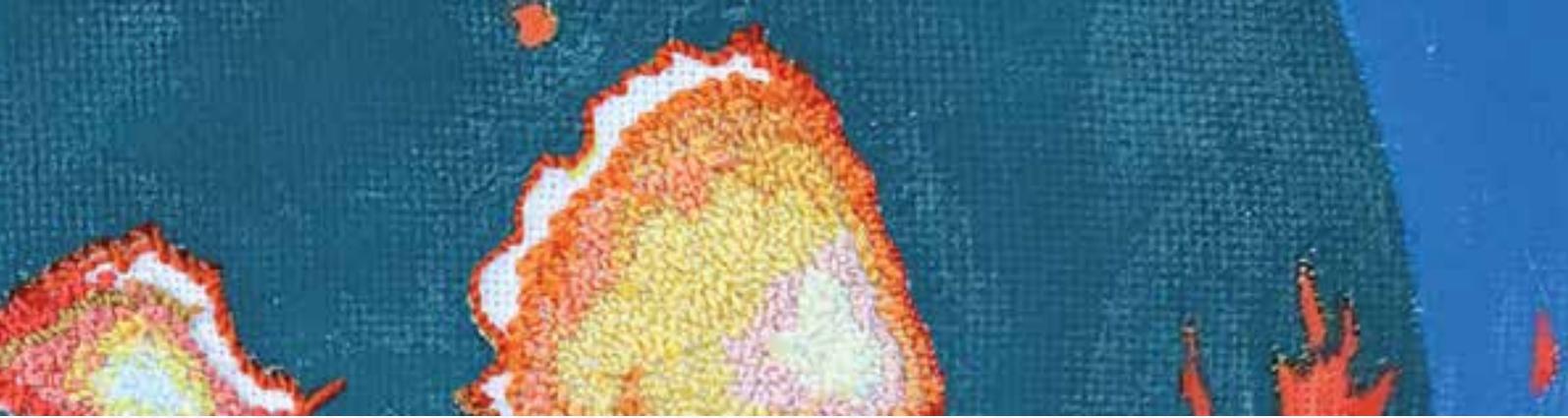
Vor dreißig Jahren einigten sich Regierungen auf der ganzen Welt darauf, dass reproduktive Gesundheit und Rechte Grundpfeiler der globalen Entwicklung sind – eine bahnbrechende Übereinkunft, die den Weg für jahrzehntelange Fortschritte ebnete. Seitdem ist die weltweite Anzahl unbeabsichtigter Schwangerschaften um fast 20 Prozent gesunken. Die Zahl der Frauen, die moderne Verhütungsmethoden anwenden, hat sich verdoppelt. Heute haben mindestens 162 Länder Gesetze gegen häusliche Gewalt erlassen und die Müttersterblichkeit ist seit dem Jahr 2000 um 34 Prozent gesunken.

Diese Fortschritte sind jedoch weder schnell noch weitreichend genug erfolgt. Nach wie vor ist geschlechtsspezifische Gewalt in praktisch allen Ländern und Gemeinschaften weit verbreitet. Die Müttersterblichkeit ist seit 2016 nicht gesunken, in einer alarmierend großen Zahl von Ländern steigt diese Rate sogar. Fast die Hälfte aller Frauen ist immer noch nicht in der Lage, Entscheidungen über ihren eigenen Körper zu treffen – sie können ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und ihre Rechte nicht geltend machen.

Ein wesentlicher Grund hierfür ist die Ungleichheit. Neue Erkenntnisse in diesem Bericht zeigen, dass die am stärksten marginalisierten Frauen die geringsten Verbesserungen erfahren haben, obwohl Frauen aus allen sozioökonomischen Schichten und ethnischen Gruppen berichten,

dass die Hürden für die Gesundheitsversorgung im Laufe der Zeit abgebaut wurden. Mit anderen Worten: Während sich die Welt darauf konzentriert hat, denjenigen zu helfen, die leicht zu erreichen sind, haben wir es versäumt, uns mit den Ungleichheiten und Disparitäten innerhalb unserer Systeme und Gesellschaften auseinanderzusetzen. So konnten sich bestehende Klüfte zu Abgründen vertiefen.

Überall haben Menschen, die grundlegende Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit brauchen, aufgrund ihres Geschlechts, ihres wirtschaftlichen Status, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Behinderung und anderer Faktoren mit hohen Hürden zu kämpfen. In den wenigen Ländern, in denen Daten erhoben werden, sind Frauen afrikanischer Abstammung häufiger von Misshandlungen bei der Geburt und negativen Folgen für die Müttergesundheit betroffen. Indigenen Frauen wird oft eine kulturell angemessene Schwangerenfürsorge verweigert und ihre eigenen Entbindungspraktiken werden mitunter kriminalisiert, was zu einem deutlich höheren Sterberisiko während Schwangerschaft und Geburt führt. Nach wie vor sind ungleiche Geschlechternormen in der Infrastruktur des Gesundheitswesens verankert, einschließlich der anhaltenden Unterfinanzierung der weltweit überwiegend weiblichen Arbeitskräfte im Hebammenberuf. Frauen und Mädchen mit



Behinderungen sind bis zu zehnmal häufiger von geschlechtsspezifischer Gewalt betroffen und sehen sich gleichzeitig höheren Barrieren bei der Information und Versorgung im Bereich Sexualität und Reproduktion gegenüber. Menschen der LGBTQIA+-Community sind zusätzlich zu – und als Folge von – Diskriminierung und Stigmatisierung mit gravierenden gesundheitlichen Ungleichheiten konfrontiert.

Um das auf der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo gegebene Versprechen universeller sexueller und reproduktiver Gesundheit und der damit verbundenen Rechte zu erfüllen, müssen wir die Ungleichheiten in unseren Gesundheitssystemen und unserer Gesundheitspolitik beseitigen und uns vorrangig auf die Frauen und jungen Menschen konzentrieren, die am stärksten marginalisiert und ausgeschlossen sind.

Wir brauchen eine umfassende, universelle und integrative Gesundheitsversorgung, die auf den Menschenrechten fußt sowie auf den Erkenntnissen darüber, was funktioniert. Diese Arbeit ist von entscheidender Bedeutung, sie ist gerecht und sie ist möglich. Dieser Bericht enthält viele Beispiele für Programme und Bemühungen, die den Zugang zu und die Inanspruchnahme von hochwertiger Gesundheitsversorgung verbessert haben. Für einen schnelleren Erfolg brauchen wir mehr und bessere Daten, die so aufgeschlüsselt

sind, dass wir genau verstehen, wer zurückgelassen wird, und die unter Einbeziehung der Betroffenen und unter Gewährleistung ihrer Sicherheit erhoben werden.

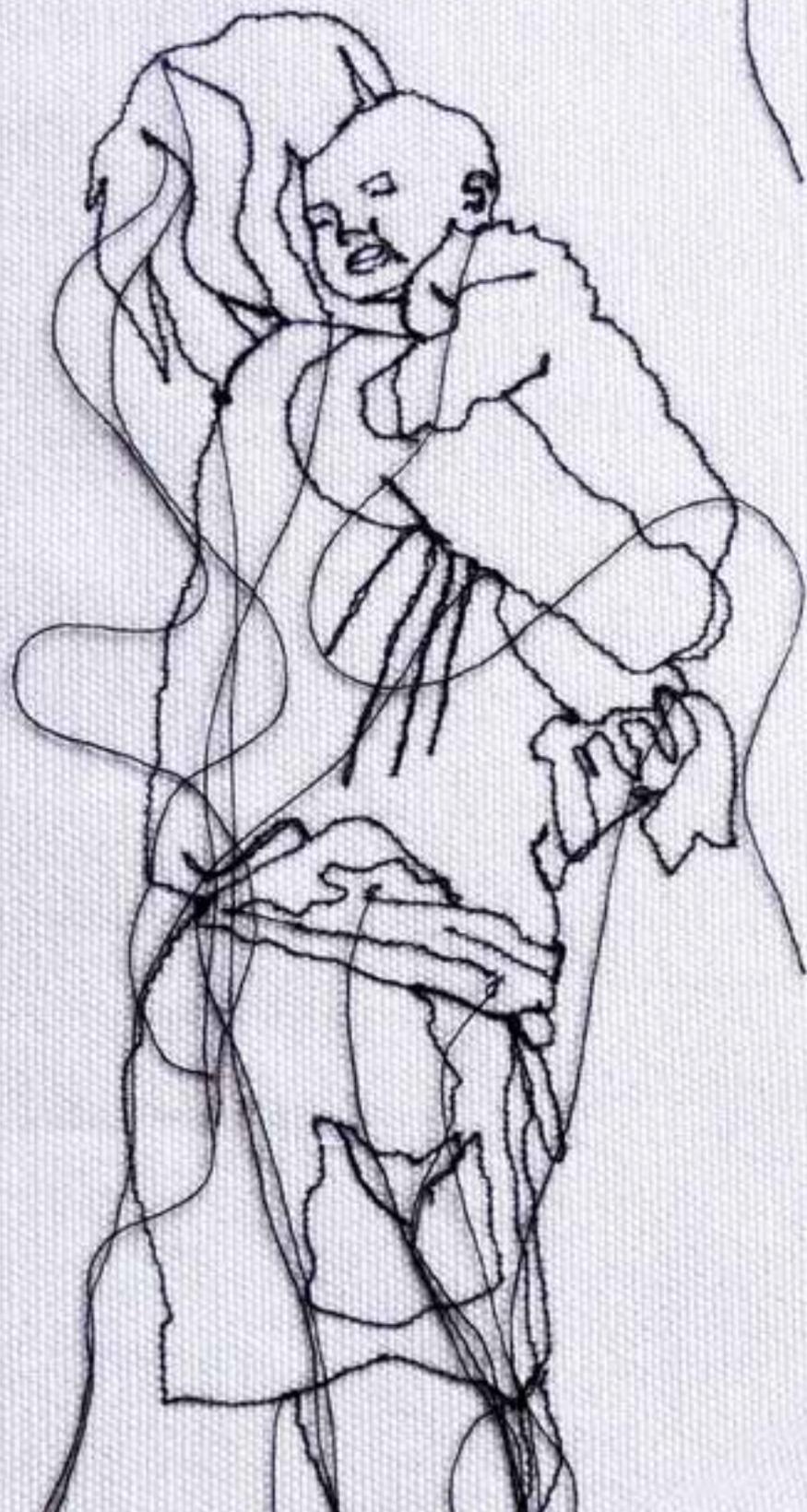
Ein vielfältiges Spektrum an Menschen, von Feminist\*innen über indigene Gruppen bis hin zu Klima- und Jugendaktivist\*innen, weist bereits den Weg in eine gerechtere gemeinsame Zukunft.

Letztendlich kommt gerechter Fortschritt der gesamten Gesellschaft zugute. Dies ist an sich schon wichtig, und die Gewinne aus der Verwirklichung einer gerechteren Welt, in der die Geschlechter gleichberechtigt sind, könnten auch der Weltwirtschaft Billionen von Dollar bescheren.

Der Stoff, aus dem die Menschheit ist, ist kostbar und wunderschön, ein Wandteppich, der aus acht Milliarden Fäden besteht, von denen jeder einzigartig ist. Unsere Resilienz entspringt nicht aus einem einzelnen Strang, sondern aus dem kollektiven, verwobenen Ganzen. Darin liegt unsere Stärke, und nur indem wir zusammenarbeiten werden wir vorankommen und erfolgreich sein.

**Dr. Natalia Kanem**

Exekutivdirektorin Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)



# Ein unvollendetes **WERK**



Eine sichere Geburt. Freie Auswahl an Verhütungsmethoden. Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt. Mehr als jemals zuvor können Menschen heute diese unverzichtbaren, lebensrettenden Rechte für sich wahrnehmen. Doch gibt es immer noch Menschen, denen diese Rechte vorenthalten werden – was nicht sein darf und auch nicht sein muss.

Die meisten Menschen erfreuen sich heute eines längeren und gesünderen Lebens als in früheren Zeiten. Doch auf dem Pfad der voranschreitenden Entwicklung bleiben Millionen zurück, gefangen in vielschichtigen und sich gegenseitig verstärkenden Spielarten der Marginalisierung und Diskriminierung. In einer Welt, die über ungeheuren Reichtum und bewährte Methoden der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung verfügt, zeugt diese Ungleichheit nicht von einem Defizit an Ideen oder Ressourcen, sondern von mangelndem Willen. Dessen sollten wir uns unbedingt bewusst sein, denn es zeigt, dass Marginalisierung und Diskriminierung nicht nur abgeschafft werden müssen, sondern auch können.

2024 begeht die Welt den dreißigsten Jahrestag der Weltbevölkerungskonferenz (International Conference on Population and Development, ICPD) von Kairo, die 1994 stattgefunden hat. Bei dieser Konferenz wurde ein bahnbrechendes globales Aktionsprogramm vereinbart, das die Menschen ins Zentrum der Entwicklung stellt und mehr Gesundheit, Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle einfordert. Diese Vision hat seitdem zu signifikanten Fortschritten geführt und wurde durch die 2015 von allen UN-Mitgliedstaaten verabschiedete Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung noch einmal bekräftigt.

Allerdings ist das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz noch immer nicht vollständig verwirklicht, insbesondere nicht für die am stärksten marginalisierten Menschen. Ungleichheit spaltet alle Gesellschaften und beraubt viele ihrer grundlegenden sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Macht und Chancen sind aufgrund der geschlechtlichen Identität, der Hautfarbe oder der ethnischen Zugehörigkeit unterschiedlich verteilt, und diese Unterschiede schränken die Entscheidungsfreiheit und die Möglichkeiten vieler Menschen weiterhin stark ein. Diese Dynamik wird beispielsweise sichtbar, wenn einer Frau mit einer Behinderung Informationen über sexuelle Gesundheit verweigert werden oder wenn in einem Dorf, in dem die Menschen in Armut leben, ein Mädchen im Kindesalter verheiratet wird. Sie entsteht, wenn eine Angehörige einer ethnischen Minderheit während der Schwangerschaft schädlichen Praktiken unterworfen wird, die im Gesundheitssystem nicht hinterfragt werden.

Es ist eines der dringlichsten Anliegen der Welt, das Versprechen der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo auch für die Menschen, die zurückgelassen wurden, zu erfüllen. Dieses Anliegen ist von hoher Priorität, weil körperliche Selbstbestimmung – die Macht, frei von Gewalt und Zwang über den eigenen Körper und die eigene Zukunft entscheiden zu können – für jeden einzelnen Menschen von der Verwirklichung seiner sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte abhängt. Sie ist ausschlaggebend dafür, was eine Person im Lauf ihres Lebens erreichen kann, nicht nur gesundheitlich, sondern auch in Bezug auf Bildung, Beschäftigung und politische Teilhabe. Umgekehrt ist eine friedliche, resiliente und gerechte Gesellschaft davon abhängig, dass ihre Mitglieder gesund und handlungsfähig sind und niemand ausgegrenzt wird.

## **Der Einsatz für die Gleichstellung der Geschlechter wird zunehmend als eine der intelligentesten entwicklungspolitischen Investitionen begriffen.**

Der Jahrestag der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo ist ein guter Zeitpunkt, die Gesundheits- und Sozialsysteme weltweit so aufzustellen, dass sie mit ihren Dienstleistungen alle Menschen stärken, sie in ihrer Vielfalt respektieren, ihre Würde wahren und sie bei der Verwirklichung ihrer Rechte und ihrer körperlichen Selbstbestimmung unterstützen. Zudem geht mit dem Jahrestag der Aufruf einher, sich erneut zur Beseitigung von Ungleichheit und Ungerechtigkeit zu bekennen, die unsere Gesellschaften nach wie vor spalten. Ungerechtigkeit schafft und verstärkt systemische, strukturelle Barrieren, durch die Frauen und andere Bevölkerungsgruppen in fast allen Aspekten des Lebens chronisch marginalisiert werden, vom Arbeitsmarkt über das Bildungswesen bis hin zur politischen Partizipation. Jetzt ist die richtige Zeit für entschlossene Maßnahmen, um diese Hindernisse zu beseitigen!

Die politische und soziale Polarisierung, die häufig mit wirtschaftlicher Ungleichheit einhergeht, führt auf der ganzen Welt zu Unsicherheit. Zugleich geraten die reproduktiven Rechte – einschließlich umfassender Sexualaufklärung, LGBTQIA+-Rechten, Zugang zu Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Gleichstellung der Geschlechter – immer stärker unter Beschuss. Dabei könnte die Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte wirtschaftliche Gegensätze verringern helfen, damit einhergehend für mehr Stabilität und weniger Konflikte sorgen und die gesamte Entwicklung beschleunigen.



## Fortschritt – aber nicht für alle

Dank sozialer Mobilisierung, Führungskompetenz, Partnerschaft sowie des persönlichen Engagements vieler Menschen – von Gesundheitsstationen in abgelegenen Gebieten bis in die höchsten Regierungskreise sowie die Chefetagen von privaten Unternehmen und karitativen Organisationen – wurden seit der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo bemerkenswerte Fortschritte in zentralen Aspekten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erzielt. Die unermüdliche Überzeugungsarbeit zivilgesellschaftlicher Organisationen und Basisbewegungen hat ihren maßgeblichen Teil zu diesen beeindruckenden Erfolgen beigetragen (siehe Chronik auf Seite 26).

Von 2000 bis 2020 sank die Müttersterblichkeit weltweit um insgesamt 34 Prozent – eine Erfolgsgeschichte, die vor allem auf verbesserten Zugang zu qualifizierter Geburtshilfe und Geburtsnothilfe zurückzuführen ist. Von 1990 bis 2021 hat sich die Zahl der Frauen, die moderne Methoden zur Empfängnisverhütung einsetzen, verdoppelt. Die Rate der unbeabsichtigten Schwangerschaften ging sowohl von 1990 bis 1994 als auch von 2015 bis 2019 um 19 Prozent zurück. Geburten bei Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren sind seit dem Jahr 2000 um etwa ein Drittel gesunken. Die Zahl der HIV-Infektionen ist signifikant zurückgegangen: So gab es 2021 fast ein Drittel weniger Neuinfektionen als noch 2010. Auch der Anteil der Mädchen, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden, ist aufgrund veränderter Einstellungen gegenüber dieser Praxis deutlich zurückgegangen.



Je mehr sich die Stellung von Frauen verbessert – ablesbar zum Beispiel an der langsamen, aber stetigen Zunahme an weiblichen Führungskräften –, desto mehr wird auch die Bedeutung der körperlichen Selbstbestimmung als Menschenrecht anerkannt. Mit der Verabschiedung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) hat sich die internationale Gemeinschaft zum ersten Mal vorgenommen, zu messen, inwieweit Frauen in der Lage sind, selbst über ihren Körper zu bestimmen (SDG Indikator 5.6.1) – ein weltweit wegweisendes Bekenntnis dazu, dass körperliche Selbstbestimmung ein unabdingbares menschenrechtliches Gebot darstellt. Darüber hinaus versuchen Regierungen auf der ganzen Welt, Frauen und Mädchen mithilfe von Gesetzen zu schützen: 162 Staaten – so viele wie noch nie – haben Gesetze gegen häusliche Gewalt verabschiedet. Dass die Welt sich zunehmend davon abwendet, die Sexualität von LGBTQIA+-Personen zu kriminalisieren, ist ein weiterer Fortschritt im Bereich der körperlichen Selbstbestimmung. Noch zu Beginn der Aids-Pandemie wurde gleichgeschlechtliche Sexualität in den meisten Staaten kriminalisiert. Heute ist dies in zwei Dritteln aller Länder nicht mehr der Fall – und diese Entwicklung könnte sich noch beschleunigen, denn 2022 haben mehr Staaten entsprechende Strafgesetze abgeschafft als in jedem anderen Jahr des letzten Vierteljahrhunderts.

Hoffnung machen außerdem neue Modelle der Gesundheitsversorgung, die sich auf gesicherte Erkenntnisse und die Anerkennung der Menschenrechte stützen. Diese erreichen mehr Menschen und können besser auf unterschiedlichste Kontexte und Bedürfnisse eingehen.

Der Einsatz für die Gleichstellung der Geschlechter wird zunehmend als eine der intelligentesten entwicklungspolitischen Investitionen begriffen,

die einen enormen sozialen und wirtschaftlichen Gewinn erbringt. Zugleich stellt auch die wirtschaftliche Rentabilität von Investitionen in sexuelle und reproduktive Gesundheit ein überzeugendes Argument dar: Mit zusätzlichen Ausgaben von 79 Milliarden US-Dollar könnte man zum Beispiel in Staaten mit niedrigem und mittlerem Einkommen bis 2030 rund 400 Millionen unbeabsichtigte Schwangerschaften verhindern, das Leben von einer Million Mütter und vier Millionen Neugeborenen retten und wirtschaftliche Nutzeffekte in Höhe von 660 Milliarden US-Dollar generieren.

Aber trotz aller erzielten Erfolge hat sich der Alltag von Millionen Menschen kaum verändert. Sie müssen immer noch um die Verwirklichung ihrer Rechte kämpfen, nicht zuletzt, weil die Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und andere Formen der Marginalisierung tief verwurzelt sind.

In 69 Ländern kann ein Viertel aller Frauen immer noch keine eigenen Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung treffen oder sich dem Sex mit ihrem Ehemann oder Partner verweigern. Fast jede zehnte Frau kann nicht über die Anwendung von Verhütungsmitteln entscheiden. Gerade einmal ein Drittel der Länder meldet diese Daten überhaupt. Während in 19 von über 30 Staaten eine positive Entwicklung hinsichtlich der Entscheidungsmacht von Frauen über ihre eigene sexuelle und reproduktive Gesundheit zu verzeichnen ist, verläuft der Trend in 13 Ländern in die entgegengesetzte Richtung.

Die einst vielversprechenden Fortschritte bei der Reduktion vermeidbarer Sterbefälle von Müttern stagnieren: Von 2016 bis 2020 sind die jährlichen Sterbefälle von Müttern praktisch nicht zurückgegangen. Das bedeutet, dass immer noch jeden Tag rund 800 Frauen bei einer Geburt sterben,

obwohl fast jeder dieser Todesfälle vermeidbar wäre. Ob eine Frau überlebt oder stirbt, hängt oft davon ab, wo sie ihr Kind zur Welt bringt: Die allermeisten Sterbefälle von Müttern, über 70 Prozent, ereignen sich in Afrika südlich der Sahara. Dort liegen viele der Länder der Welt mit den labilsten Gesundheitssystemen. Das Risiko, dass eine afrikanische Frau südlich der Sahara an Schwangerschafts- und/oder Geburtskomplikationen stirbt, ist 130 Mal höher als das einer Frau in Europa oder Nordamerika.

Trotz – oder vielleicht auch wegen – dieser Ungleichheiten erheben zu wenige Länder Daten über Bedarf und Barrieren im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Und noch weniger Länder schlüsseln diese Daten nach Faktoren auf, von denen bekannt ist, dass sie zu Vernachlässigung, Diskriminierung und Marginalisierung beitragen, darunter kulturelle und ethnische Zugehörigkeit, Kastenzugehörigkeit, Sprache und Religion, Behinderung, HIV- und Aids-Status, Migrationsstatus, sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität.

Gleichzeitig bringt die digitale Welt in rascher Folge neue Herausforderungen mit sich. Die Technologien in der Gesundheitsversorgung entwickeln sich rasant und versprechen enorme Verbesserungen in den Bereichen Information, Bürokratieabbau und Zugang zur Gesundheitsversorgung. Aber nach wie vor stranden Millionen Menschen auf der falschen Seite der digitalen Kluft. Künstliche Intelligenz könnte bestehende Vorurteile und diskriminierende Normen reproduzieren und damit die Ungleichheiten möglicherweise noch verstärken. So hat sich etwa herausgestellt, dass einige computergestützte Diagnosesysteme bei weißen Männern präziser funktionieren als bei Menschen anderer Hautfarbe oder anderen Geschlechts. Zudem birgt die Technologie neues Gefahrenpotenzial für geschlechtsspezifische Ausbeutung und Missbrauch.

Sind Frauen beim Training der Algorithmen unterrepräsentiert, dann kann die Benachteiligung aufgrund des Geschlechts bereits in die Entwicklung von Technologien mit einfließen. Besonders problematisch wird es, wenn eine Technologie im Gesundheitsbereich geschlechtsspezifische Voreingenommenheit reproduziert. Dies kann zu verzögerten oder falschen Diagnosen und Behandlungen führen.

## Rückschläge – und Fortschritte

Der starke Impuls der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo hat dafür gesorgt, dass im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte neue Fortschritte erreicht werden konnten. Zwar kann bis heute kein Land von sich behaupten, es habe alle Menschen erreicht, aber fast jedes Land hat signifikante Erfolge vorzuweisen. Viele haben sich verpflichtet, den Fortschritt zu beschleunigen, da sie erkannt haben, dass dies für die Agenda 2030 und deren 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung unabdingbar ist. Doch zahlreiche Krisen, darunter bewaffnete Konflikte, die Folgen des Klimawandels und die Covid-19-Pandemie, gefährden die Errungenschaften von Jahrzehnten ebenso wie künftige Fortschritte. Mehr noch: Es sind straff organisierte Bewegungen entstanden, die unermüdlich gegen Menschenrechte und die Gleichstellung der Geschlechter angehen. Der Kampf gegen sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte wird zwar oft im Namen der Tradition geführt und in Nostalgie gehüllt, widerspricht aber einem seit langem vereinbarten Konsens und grundlegenden Menschenrechtsabkommen. Er leugnet gesicherte wissenschaftliche und medizinische Erkenntnisse und trägt zur politischen Spaltung und Instabilität bei.

Dieser Widerstand führt dazu, dass Gruppen, die schon jetzt zurückliegen – oder zurückgelassen wurden –, noch weiter marginalisiert werden. Von den Bestrebungen, Fertilität zu kontrollieren und körperliche Selbstbestimmung einzuschränken, sind – neben vielen anderen – Menschen mit Migrationserfahrung, mit Behinderungen sowie Angehörige von Minderheiten und indigenen Gesellschaften überproportional betroffen. Wenn es an umfassender Sexualaufklärung mangelt, dann bedeutet dies eine Einschränkung der Rechte auf Information und Bildung. Die grobe Missachtung der Rechte von Menschen, die nichtbinär und nicht heterosexuell sind, greift immer stärker um sich. Inmitten der weltweiten Entwicklung hin zu einer Entkriminalisierung der Sexualität und Identität von LGBTQIA+-Personen haben diejenigen Staaten, in denen diese Gruppen weiterhin kriminalisiert werden, ihre Strafandrohungen verschärft – bis hin zur Todesstrafe. Dies geschieht trotz eindeutiger Erkenntnisse, dass Kriminalisierung nicht nur zu mehr HIV-Infektionen und Menschenrechtsverletzungen führt, sondern sich auch nachteilig auf die Volkswirtschaft auswirkt.

Wenn wir unsere Zukunft positiver gestalten, sollten wir mit dem anfangen, worüber wir uns einig sind: Dass keine Frau sterben sollte, während sie Leben schenkt. Dass jede Person das Recht hat, selbst zu entscheiden, wann, ob und mit wem sie eine Familie gründen will. Dass jeder Mensch frei von Gewalt und Zwang über den eigenen Körper entscheiden können sollte. Dass Frauen und Mädchen dann erfolgreich sind, wenn sie ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen können – und das gilt ebenso für die Gesellschaft, in der sie leben. Zudem sind die Rechte und das Wohlergehen einer jeden Person unlösbar mit den Rechten und dem Wohlergehen anderer Menschen verknüpft. Wo die Rechte einer Person auf dem

Spiel stehen, stehen sie am Ende für uns alle auf dem Spiel.

Die feministische Bewegung und andere Gruppen, die zusammen mit den Mitgliedstaaten das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo entwickelten, haben dieses Prinzip sehr gut verstanden. Im Vorfeld der Konferenz von Kairo traf sich ein breiter Querschnitt von Frauen aus der ganzen Welt. Sie machten sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zum Dreh- und Angelpunkt der Frauenbewegung und begriffen sie als Grundvoraussetzung der Armutsbekämpfung, der nachhaltigen Entwicklung und der Verwirklichung der Menschenrechte insgesamt.

Heute beruft sich ein breites Bündnis von Basisbewegungen in einem erneuten Aufruf zu Gerechtigkeit und Entwicklung auf diese Ideen. Verschiedenste Gruppierungen, häufig unter der Führung von marginalisierten Bevölkerungsgruppen, schließen sich zusammen und formulieren ihre gemeinsamen Anliegen, die sich rund um den Erdball gleichen, vom Recht auf körperliche Selbstbestimmung bis hin zum Wunsch nach einem lebenswerten Planeten. Ihre gemeinsame Reichweite ist groß und damit erfolgversprechend, denn große gesellschaftliche Veränderungen können einsetzen, sobald etwa 25 Prozent der Menschen dafür eintreten.

Zu den Lichtblicken gehört unter anderem, dass sich unterschiedliche Basisbewegungen und zivilgesellschaftliche Organisationen zunehmend mit anderen Gruppen vernetzen, die sich um die Sicherung der reproduktiven Gesundheit und Rechte bemühen, und umgekehrt. In Indien haben sich Dalit-Aktivist\*innen für den gesetzlichen Schutz von Frauen eingesetzt, die aufgrund ihrer Kastenzugehörigkeit am Arbeitsplatz und in

# Die Sprache der Ungleichheit

Wenn wir über Ungleichheit sprechen, dann ist es wichtig, welche Worte wir uns bedienen. Auf keinen Fall sollten wir einzelne Personen oder ganze Gesellschaften als machtlos oder randständig darstellen. Wurden bislang bestimmte Gruppen als marginalisiert oder unterdrückt beschrieben, bemüht man sich inzwischen vielmehr um die Identifikation der spezifischen Bedingungen, die dem Zugang zu Rechten und Entscheidungsfreiheit im Wege stehen können. Deshalb richtet UNFPA das Augenmerk nicht mehr so sehr auf die am weitesten zurückliegenden Gruppen, sondern vielmehr auf die ursächlichen Faktoren. Manche Expert\*innen und Organisationen sprechen heute nicht mehr von „Zurückgelassenen“, sondern vielmehr von „Abgedrängten“, um den Eindruck zu vermeiden, Marginalisierung sei das Ergebnis des eigenen Versagens oder der eigenen Unzulänglichkeiten einer gesellschaftlichen Gruppe. Viele verwenden die Formulierungen „niemanden zurücklassen“ und „diejenigen zuerst erreichen, die am weitesten zurückliegen“; beides entspricht auch der im vorliegenden Bericht verwendeten Terminologie. In diesem Bericht werden viele dieser Formulierungen verwendet. Dies ist nicht einer besonderen Vorliebe für den einen oder den anderen Begriff geschuldet, sondern dient dazu, das Quellenmaterial aufzugreifen und/oder Forschungsergebnisse in einem kohärenten und allgemein verständlichen Text zusammenzufassen.

**In diesem Bericht werden die folgenden Formulierungen und Begriffe mit diesen Definitionen verwendet:**

**Niemanden zurücklassen** – aus der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung –, steht für die Verpflichtung aller Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen, Armut in all ihren Formen zu beseitigen, Ungleichheiten zu verringern und alle Arten von Diskriminierung und Ausgrenzung zu beenden.

**Zurückgelassenen/abgedrängt** – Menschen, die durch strukturelle Benachteiligung am Zugang zu ihren Rechten und an freien Entscheidungen gehindert werden. Beide Formulierungen werden in diesem Bericht verwendet.

**Am weitesten zurückliegen** – Menschen, die am meisten vom Zugang zu ihren Rechten und ihrer Entscheidungsfreiheit ausgeschlossen sind.

**Gleichheit** – anderen gleichgestellt zu sein, insbesondere hinsichtlich der persönlichen Wertschätzung und des Status, der Rechte und der Behandlung vor dem Gesetz.

**Gerechtigkeit** – Fairness. Mit dem Begriff „Gerechtigkeit“ soll häufig verdeutlicht werden, dass die gleiche Verteilung von Ressourcen oder Chancen aufgrund bestehender Privilegien und Benachteiligungen dennoch zu Ungerechtigkeiten führen oder unfaire Auswirkungen haben kann.

**Ungleichheit** – der Zustand mangelnder Gleichheit, insbesondere den gesellschaftlichen Status, die Rechte oder die Behandlung vor dem Gesetz betreffend.

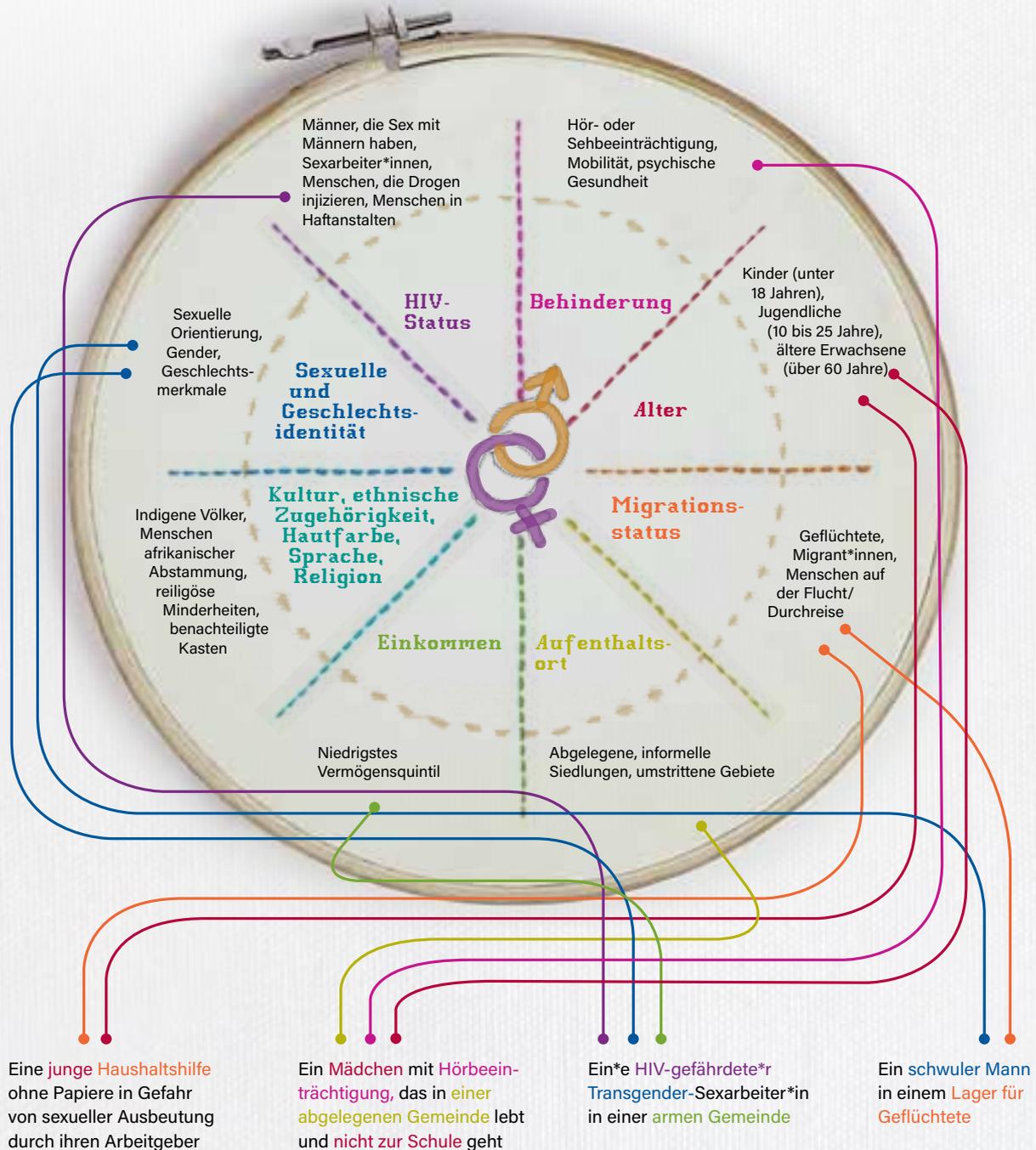
**Ungerechtigkeit** – mangelnde Gerechtigkeit.

**Marginalisiert** – eine Person oder Gruppe, die aufgrund ihrer Identität als belanglos, minderwertig oder randständig behandelt wird. Dies kann aufgrund ihrer sexuellen Identität, ihrer Hautfarbe, ihrer Zugehörigkeit zu einer ethnischen oder religiösen Gruppe sowie zu einer bestimmten sozialen Schicht oder Kaste, ihres Bildungsniveaus, ihres ökonomischen Status, einer Behinderung und anderer Merkmale geschehen.

**Vulnerabel** – anfällig für Ausbeutung, Missbrauch oder andere Formen schädigender Behandlung. Diese Charakterisierung wird häufig verwendet, kann aber problematisch sein, wenn die Faktoren, die zu Vulnerabilität führen, nicht zur Sprache kommen.

## Faktoren, die Menschen zusätzlich zum Geschlecht abdrängen

Viele Faktoren wirken bei der Marginalisierung von Menschen und Gemeinschaften mit dem Geschlecht zusammen. Dazu gehören unter anderem ethnische Zugehörigkeit, Hautfarbe, Kaste, Sprache, Religion, Behindertenstatus, HIV- und Aids-Status, Migrationsstatus, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität. Das Geschlecht (in der Mitte der Abbildung) und diese marginalisierenden Faktoren (der mittlere Ring) können viele verschiedene Ausdrucksformen finden (Beispiele im äußeren Ring). Personen können viele sich überschneidende Identitäten und Umstände erleben (unten in der Abbildung), die sich negativ auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte auswirken.



## FEATURE

# Textilarbeiterinnen organisieren sich und fordern Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt

Mit mehr als 2.000 Baumwollspinnereien und 280.000 Beschäftigten ist der Bundesstaat Tamil Nadu Indiens größter Produzent von Baumwollgarn. Die meisten der hier Beschäftigten sind junge Frauen, während Management- und Vorgesetztenposten überwiegend mit Männern besetzt sind. Weiter verstärkt wird dieses Machtgefälle durch die Kastenzugehörigkeit und den Migrationsstatus der Textilarbeiterinnen. Zudem tun die Unternehmen viel dafür, dass sie für eigenes Fehlverhalten nicht zur Rechenschaft gezogen werden können. Die etablierten Gewerkschaften scheuten sich davor, Probleme wie geschlechtsspezifische Gewalt und Belästigung zu thematisieren.

Frustriert beschlossen einige Textilarbeiterinnen, sich selbst zu organisieren, und dies war die Geburtsstunde der Tamil Nadu Textile and Common Labour Union (TTCU). Sie ist eine der ersten von Frauen – noch dazu von Dalits – geführten Arbeitergewerkschaften in Tamil Nadu. Die



Mitglieder der TTCU feiern die Verabschiedung des Dindigul-Abkommens. © TTCU

Zahl ihrer Mitglieder stieg rasch an, heute vertritt sie mehr als 11.000 Beschäftigte. Dann ereignete sich eine Tragödie: Im Januar 2021 wurde Jeyasre Kathiravel, eine Dalit und TTCU-Mitglied, durch ihren Vorgesetzten in einer Textilfabrik von Eastman Exports in Dindigul ermordet, nachdem sie monatelang von ihm sexuell belästigt worden war. Ihr Tod war eine Zäsur. Ihre Kolleginnen

wollten nicht nur Gerechtigkeit für Kathiravel, sondern einen grundsätzlichen Systemwandel und Schutz für alle Textilarbeiterinnen.

Ihre Trauer und Frustration mündeten in eine weltweite Kampagne: „Justice for Jeyasre“ (Gerechtigkeit für Jeyasre). Diese erreichte ihren Höhepunkt im April 2022 mit der Unterzeichnung des Dindigul-Abkommens

zur Beseitigung geschlechtsspezifischer Gewalt und Belästigung. Dieser historische Vertrag schafft Vorkehrungen in der Lieferkette und ein System wechselseitiger Kontroll- und Beschwerdemechanismen für Fälle geschlechtsspezifischer Gewalt und Belästigung, und sorgt damit für einen mehrstufigen Schutz am Arbeitsplatz. Wenn das Management gegen die Bestimmungen des Abkommens verstößt, sind die Vertragsunternehmen rechtlich verpflichtet, Eastman Exports mit Konventionalstrafen zu belegen, um die Einhaltung des Abkommens zu erzwingen.

Ein Jahr danach haben die Erfolge des Abkommens sogar die Erwartungen der Initiatorinnen übertroffen. 98 Prozent aller Beschwerden, darunter 100 Prozent aller Klagen im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischer Gewalt und Belästigung, wurden bereinigt. Mehr als 2.000 Beschäftigte, darunter Führungskräfte, Hilfskräfte und externe Vertragspartner\*innen, haben Schulungen erhalten, wie sie Missbrauch und Misshandlung erkennen und verhindern können. Auch für die Herstellerfirma hat sich das Abkommen positiv ausgewirkt: Im September 2022 strichen die USA die Textilfabrik in Dindigul von einer schwarzen Liste derjenigen Hersteller, die wegen Verdachts auf Zwangsarbeit mit einem Einfuhrverbot belegt waren. Bei der Entscheidung wurde das Dindigul-Abkommen positiv berücksichtigt.

Bildungseinrichtungen diskriminiert werden. Denn fast die Hälfte der Dalit-Frauen erhält keine vorgeburtliche Gesundheitsversorgung, und eine hohe Prävalenz geschlechtsspezifischer Gewalt ist ein Instrument von Unterdrückung und Kontrolle.

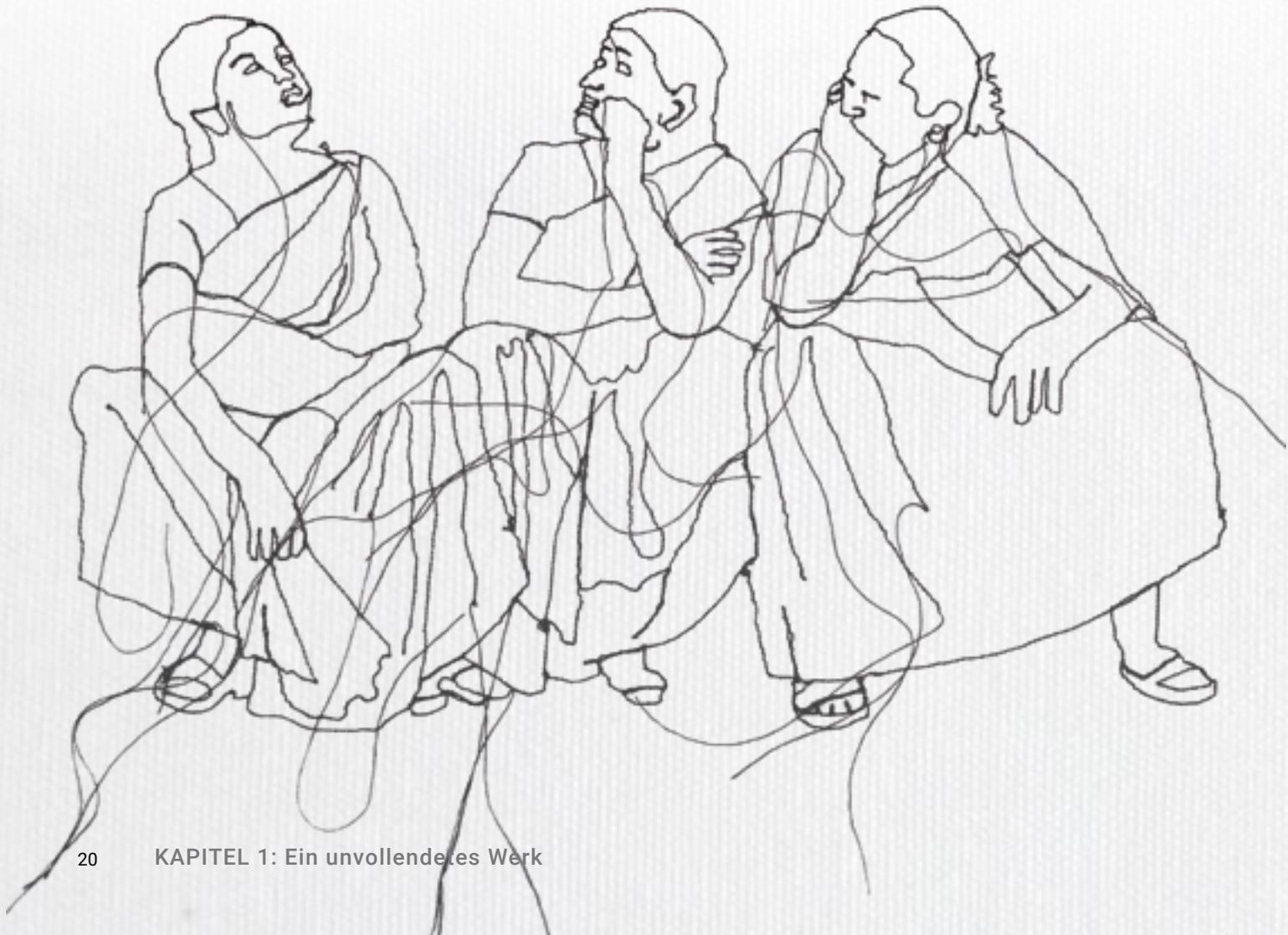
Mit Blick auf Staaten, in denen die Frauenrechte weitgehend abgeschafft wurden, wie zum Beispiel Afghanistan, haben sich Frauen- und Menschenrechtler\*innen, Politiker\*innen und prominente Jurist\*innen zusammengeschlossen, um eine Definition von Geschlechter-Apartheid zu erarbeiten und diese als Verbrechen gegen die Menschlichkeit zu brandmarken. Die Green-Wave-Bewegung, die derzeit ganz Lateinamerika erfasst und aus dem Protest gegen die schockierend hohe Zahl an Femiziden hervorging, hat in einer Region, die einst für die strengsten Restriktionen bekannt war, nicht nur den Aktivismus, sondern auch die Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch verändert.

## Wir wissen mehr denn je über die Hebel der Veränderung

Auch wenn immer noch Menschen abgedrängt werden, so gibt es doch Spielraum für – und Hoffnung auf – rasche Fortschritte. Grundlage dafür sind weltweite Vereinbarungen zur Verwirklichung von Gerechtigkeit. Diese ist auch ein Kernthema der Agenda 2030. Grund zum Optimismus geben unter anderem Verbesserungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit und der Müttergesundheit in den ärmsten Bevölkerungsgruppen – wenn auch nicht für alle gleichermaßen. Wohlhabendere Bevölkerungsgruppen kommen weiterhin in den Genuss einer deutlich besseren Gesundheitsversorgung.

Ermutigend sind auch die wachsenden Erkenntnisse darüber, wer abgedrängt wird, warum das geschieht und was man dagegen tun kann: Armut etwa gilt zunehmend als nur eine von mehreren Triebfedern der Ungleichheit. Es gibt noch weitere Faktoren, die den Fortschritt beim Zugang zu Dienstleistungen erschweren, die Gesundheit beeinträchtigen oder die Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte auf verschiedene Weise behindern. Dazu gehören Geschlecht und Alter, kulturelle und ethnische Zugehörigkeit, Hautfarbe, Sprache und Religion, Behinderungen, HIV- und Aids-Status, Wohnort, Migrations-, Asyl- und Vertriebenenstatus sowie die sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität.

Seit 1994 wurden Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen zur Beseitigung von Benachteiligung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in internationalen Übereinkommen klar definiert. Ergänzend zu den bereits vorhandenen Übereinkommen über Frauenrechte und die Beseitigung rassistischer Diskriminierung wurden darin nun auch die Rechte von Menschen mit Behinderungen und von indigenen Gemeinschaften festgeschrieben. Eines der zukunftsweisenden regionalen Übereinkommen ist der Montevideo-Konsens über Bevölkerung und Entwicklung, in dem sich die Unterzeichnerstaaten verpflichten, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte als unabdingbare Voraussetzung für



soziale Gerechtigkeit und nachhaltige Entwicklung zu fördern und zu schützen. Das bahnbrechende Zusatzprotokoll zur Afrikanischen Charta der Menschenrechte und der Rechte der Völker über die Rechte von Frauen in Afrika, besser bekannt als Maputo-Protokoll, hat dazu geführt, dass in mehr als einem halben Dutzend Ländern Restriktionen für den Schwangerschaftsabbruch aufgehoben wurden, darunter Verbote, die noch aus der Kolonialzeit stammten.

Werden Faktoren, durch die Menschen und Gesellschaften abgedrängt werden, erkannt und einvernehmlich beseitigt, dann entsteht Raum für neue Entscheidungen – und diese können der Startschuss sein, um so schnell und so umfassend, wie es geboten ist, alle Menschen zu erreichen. Viele Stellschrauben für den Wandel sind wohlbekannt und gut belegt. Es beginnt mit dem Abbau des

Machtgefälles in der Gesellschaft, in den Gesetzen, in der Wirtschaft und in der Gesundheitsversorgung, denn in einem System, das seinem Wesen nach diskriminierend bleibt, ist Inklusion, wenn überhaupt, nur schwer zu erreichen. So müssen die Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern auf allen Ebenen, von der Familie bis in die Parlamente, gezielt angeglichen werden. Zugleich gilt es, Dienstleistungen im Gesundheitsbereich auszuweiten und in ihrer Qualität zu verbessern sowie Normen und Verhaltensweisen zu verändern. Konzepte wie sexuelle und reproduktive Gerechtigkeit sind hilfreich, um die vielfältigen Triebkräfte von Diskriminierung und Ungerechtigkeit zu erkennen und einzudämmen. Dazu gehört auch der Appell an die Menschen, selbst zu formulieren, was für sie Gerechtigkeit ausmacht und was dafür notwendig ist.

**Die von internationalen Institutionen und Regierungen erhobenen Bevölkerungs- und Gesundheitsdaten werden heute meist nach Geschlecht, Einkommen, Wohnort und Alter aufgeschlüsselt.**

Ein Beispiel, wie sich strukturelle Veränderungen vollziehen können, ist der Rückgang der Frühverheiratung in Südasien, herbeigeführt durch bessere Bildungschancen für Mädchen sowie volkswirtschaftliche Veränderungen, die neue Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen eröffnen. Unlängst haben sich vier Staaten, in denen ein Fünftel aller im Kindesalter verheirateten Mädchen leben, verpflichtet, die Frühverheiratung zu unterbinden. Dabei stützen sie sich auf ein integriertes Lösungspaket, das unter anderem gendersensible soziale Hilfestellungen, eine inklusive Arbeitsmarktpolitik und universelle Sekundarschulbildung umfasst.

Seit der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo hat sich die Datenlage deutlich verbessert. Dadurch ist es leichter geworden, neue Programme und Investitionen zu steuern. Man beginnt immer besser zu verstehen, wie Gesundheitsdienstleistungen dabei helfen können, Diskriminierung und strukturelle Barrieren für diejenigen abzubauen, die abgedrängt wurden. Es zeigt sich, dass Hebammen gute Möglichkeiten haben, in marginalisierten Gruppen nicht nur ihre Dienstleistungen zu erbringen, sondern Frauen auch zu stärken. Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass sexpositive Interventionen im Bereich der sexuellen Gesundheit nicht nur Stigmatisierung abbauen und marginalisierte Personen dazu bewegen können, Dienstleistungen – unter anderem für sexuell übertragbare Infektionskrankheiten (STI) und HIV – in Anspruch zu nehmen, sondern auch bewirken, dass häufiger Verhütungsmittel eingesetzt werden. Frauenselbsthilfegruppen in von Armut betroffenen Gemeinden haben sich verdient gemacht, indem sie zum einen über Gesundheitsversorgung informieren und zum anderen Mikrokredite anbieten. Dadurch haben sich die Indikatoren im Bereich der vorgeburtlichen Gesundheitsversorgung und Familienplanung signifikant verbessert.

## Unsere Vergangenheit, unsere Gegenwart, unsere Zukunft

Niemand will eine Welt, in der jede zweite Schwangerschaft unbeabsichtigt ist, in der Frauen in ihrem Zuhause geschlagen werden oder an vermeidbaren Geburtskomplikationen sterben. Wir alle wollen eine Zukunft, in der Mädchen und Frauen wissen, dass sie die Schule abschließen, einer menschenwürdigen Arbeit nachgehen, nach eigenem Wunsch eine Familie gründen, Mitglied einer gesunden, prosperierenden Gesellschaft sein und einen sinnvollen Beitrag dazu leisten können. So sieht eine Entwicklung aus, die auf den Menschen ausgerichtet ist – robust, gerecht und krisenfest.

In Kapitel 2 dieses Berichts wird dargestellt, warum die Hürden beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für Frauen mit privilegiertem sozioökonomischem Status sowie für die Angehörigen ethnischer Gruppen, die ohnehin schon besser gestellt waren, schneller gefallen sind als für andere.

Das dritte Kapitel befasst sich mit der weltweiten Datenrevolution. Diese wurde in gewisser Weise durch die Weltbevölkerungskonferenz von Kairo ausgelöst, die zur Aufschlüsselung von Daten aufrief, um herauszufinden, wo und für wen der ungedeckte Bedarf im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung am größten ist.

In Kapitel 4 geht es um die Frage, welche gesellschaftlichen, gesundheitlichen und produktivitätsbezogenen Verbesserungen noch ausstehen und welche Investitionen diesen zu möglichst

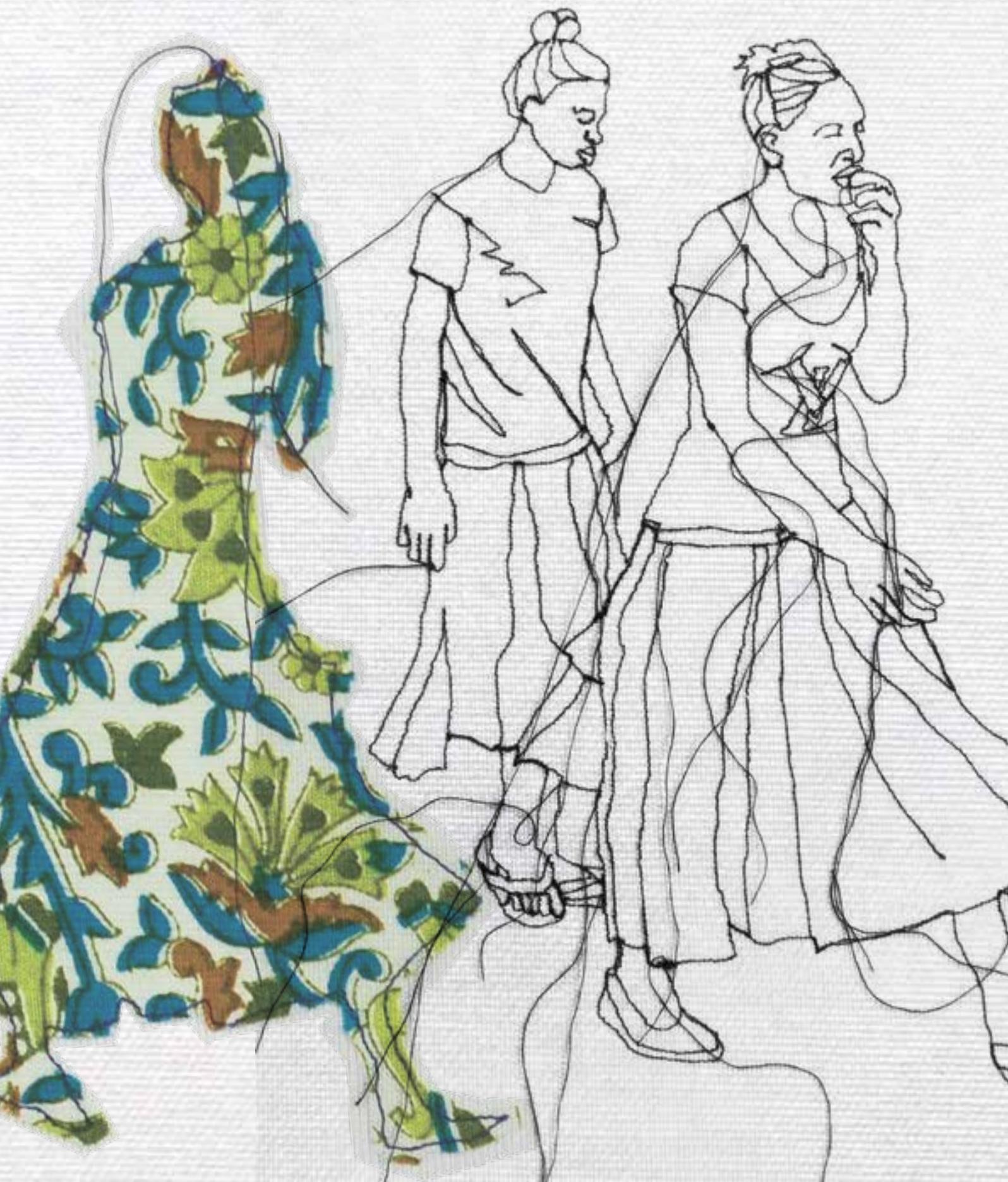
großer Reichweite verhelfen können. Dieses Kapitel befasst sich mit den Vorteilen, die auf breiter Ebene mit der reproduktiven Selbstbestimmung einhergehen.

Im letzten Kapitel werfen wir einen Blick in die Zukunft. Wir fragen, welches künftig die größten Herausforderungen für das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo und für die Welt im Allgemeinen sein werden.

Das Ringen um Gesundheit ist ein Ringen um Gleichheit und körperliche Selbstbestimmung, um Gerechtigkeit und eine Entwicklung, die auf den Menschen ausgerichtet ist. Sie sollte Menschen und Gesellschaften stärken und nicht abdrängen, denn alle Menschen verdienen es, über ihren Körper und ihr Leben selbst bestimmen zu können.



Die Boruca sind ein indigenes Volk, das in Costa Rica lebt. Sie sammeln Samen, Blumen, Baumrinde, Meeresschnecken und andere Dinge aus der Natur, um die Farben für ihre Stoffe herzustellen. Damit ihre Praktiken und Traditionen nachhaltig bleiben, bitten sie Mutter Natur vor der Verwendung um Erlaubnis.  
© Christian Moon/UNFPA Costa Rica



# UNGLEICH- HEITEN AUFLÖSEN



Das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo entstand nach dem Ende des Kalten Krieges, in einer Zeit des Umbruchs und der Unsicherheit. In jenem Jahr 1994 endete die Apartheid in Südafrika. Im April fanden dort die ersten demokratischen Wahlen unter Beteiligung aller ethnischen Gruppen statt, während im selben Monat der Völkermord in Ruanda begann. Schweden legalisierte als drittes Land überhaupt die eingetragene Lebenspartnerschaft zwischen

gleichgeschlechtlichen Partner\*innen, die weltweite Rate der HIV-Neuinfektionen erreichte ihren bisherigen Höchststand. Für die Teilnehmer\*innen der ICPD in Kairo hätte die Aufforderung zum Handeln deutlicher nicht sein können.

Eine zentrale Errungenschaft der ICPD, der Paradigmenwechsel im weltweiten Verständnis von Bevölkerungs- und Entwicklungsfragen, war das Ergebnis der gemeinsamen Anstrengungen

Internationale Frauen- und Feminismusbewegungen haben die Einbeziehung der Frauenrechte in die globale Entwicklungspolitik bereits vor der ICPD 1994 vorangetrieben und danach den Fortschritt noch beschleunigt. Diese Chronik veranschaulicht, wie die ICPD die Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik und die feministischen Bewegungen zusammenbrachte, um die Unterstützung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte weltweit zu konsolidieren.

**ERSTE WELT-  
BEVÖLKERUNGS-  
KONFERENZ,  
ROM**

Die akademisch ausgerichtete Konferenz befasst sich mit der Demografie in Entwicklungsländern; die Gespräche sind von Ängsten vor dem Bevölkerungswachstum und vor Ressourcenknappheit dominiert.

1954

**DRITTE WELT-  
BEVÖLKERUNGS-  
KONFERENZ,  
BUKAREST**

Nach einem Jahrzehnt des Wirtschaftswachstums wird die Bevölkerung weniger als „Problem“ angesehen. Die Regierungen sind sich einig, dass ein neues Paradigma in Bezug auf Bevölkerung und Entwicklung notwendig ist.

1974

Feministische Forscher\*innen nutzen den Rahmen der Menschenrechte, um sich selbst eine Position zu erarbeiten.



1975

**DIE FRAUEN-  
DEKADE DER  
VEREINTEN  
NATIONEN  
BEGINNT**

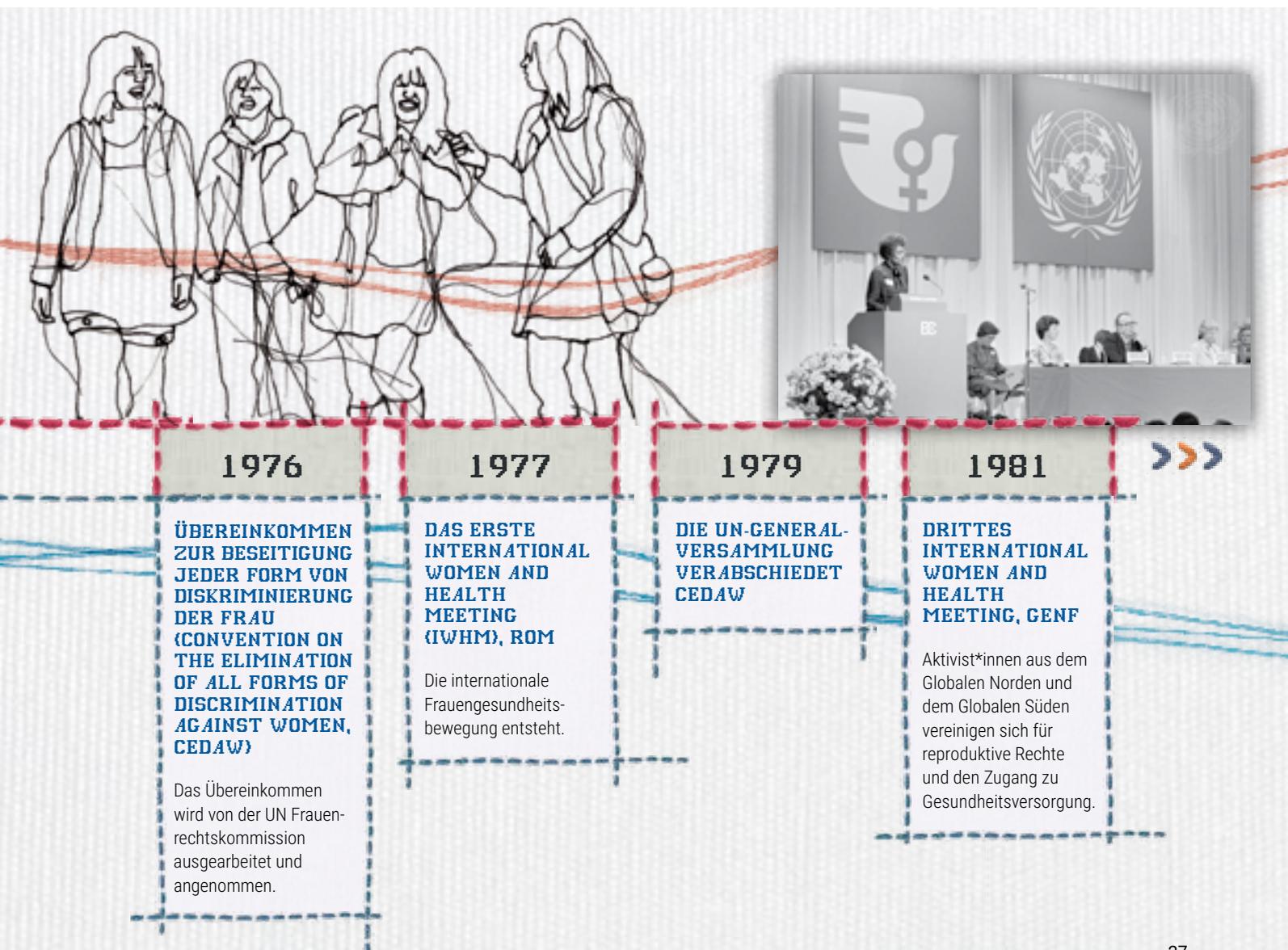
Internationale Frauenbewegungen wachsen und mobilisieren sich zu sozialen, wirtschaftlichen und politischen Themen.



der Mitgliedstaaten und der Basisbewegungen. Mit dem Aktionsprogramm wurden die Konzepte der reproduktiven Gesundheit und der reproduktiven Rechte – beides Begriffe, die von der Frauenbewegung und den Verfechter\*innen der öffentlichen Gesundheitsversorgung bereits verwendet wurden – in die breitere internationale Gemeinschaft hineingetragen. Und sie wurden in den Kontext der Menschenrechte gestellt, die bereits in nationalen Gesetzen, internationalen

Menschenrechtsabkommen und anderen Vereinbarungen anerkannt worden waren. So konnte durch das Aktionsprogramm sichergestellt werden, dass die Staaten und die Gesundheitssysteme verpflichtet sind, die sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie die reproduktiven Rechte und das Wohlergehen aller Menschen zu wahren.

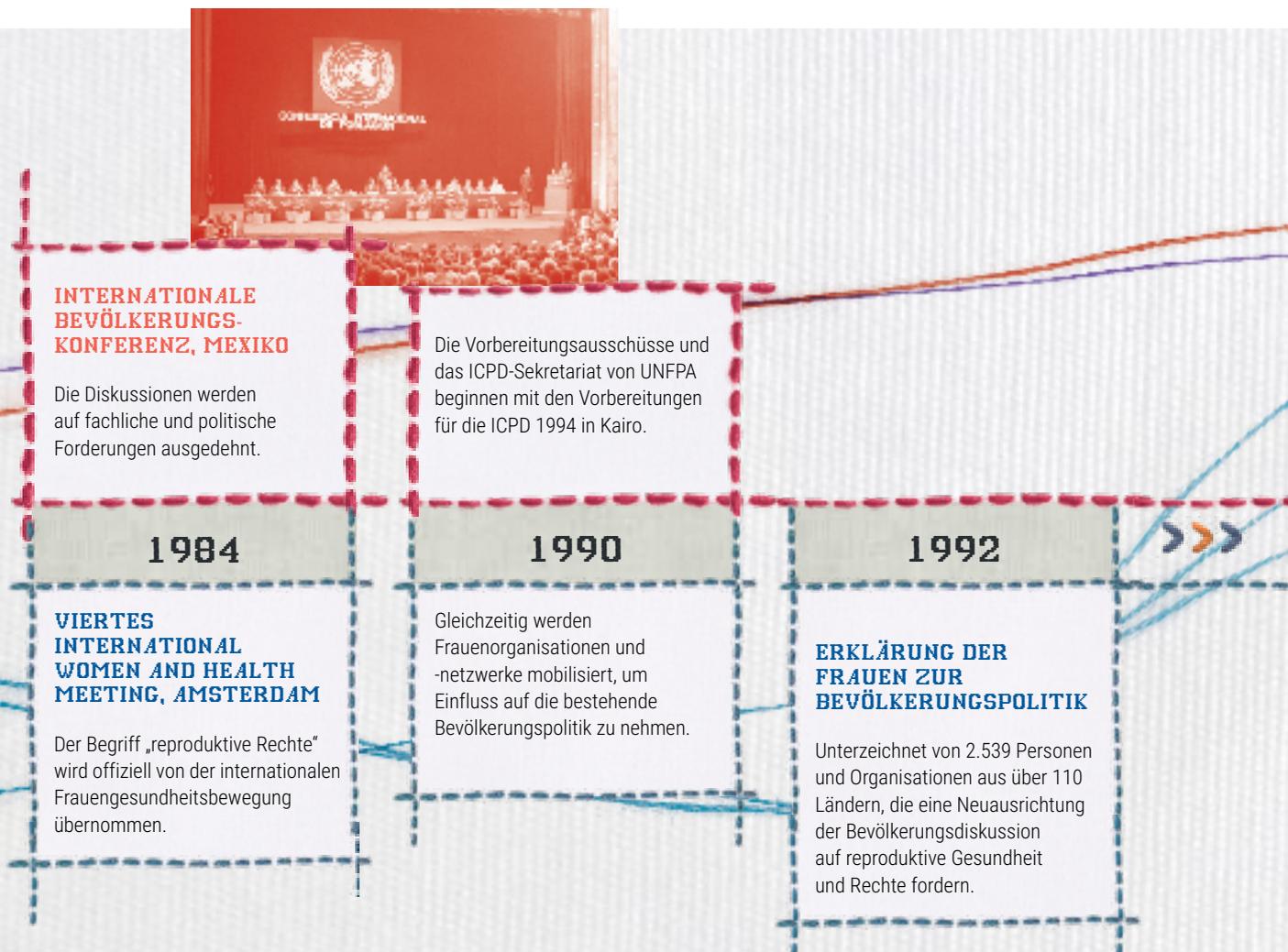
Die Rolle der Gesundheitssysteme als Wegbereiter für die Verwirklichung der Menschenrechte – nicht



nur des Rechts auf den höchstmöglichen Gesundheitsstandard, sondern auch einer Reihe anderer Rechte – war zu diesem Zeitpunkt bereits allgemein bekannt, im umstrittenen Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit war diese Anerkennung jedoch bahnbrechend. Das Aktionsprogramm erzielte sogar eine Einigung in der heiß debattierten Frage des Schwangerschaftsabbruchs: Es legte fest, dass ein Schwangerschaftsabbruch, der nicht gegen das Gesetz verstößt, sicher sein sollte und dass

„Frauen in allen Fällen Zugang zu qualitativ hochwertigen Diensten für die Behandlung von Komplikationen nach einem Schwangerschaftsabbruch haben sollten“.

In den 30 Jahren seit der Konferenz von Kairo haben die Gesundheitssysteme, die Bildungssysteme und die Regierungen sowie die zivilgesellschaftlichen Gruppen bemerkenswerte Ergebnisse erzielt. Wenn Gesetze danach bewertet werden, ob sie einen



vollständigen und gleichberechtigten Zugang zu Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit, Information und Aufklärung gewährleisten – einschließlich Schwangerschaftsbetreuung und -abbruch, Verhütung, umfassender Sexualaufklärung, Impfungen gegen humane Papillomviren (HPV) sowie HIV-Tests, -Beratung und -Behandlung –, trifft dies laut SDG-Indikator auf 76 Prozent der Gesetze in 115 Ländern zu. Darüber hinaus wurde seit 1994 das Recht auf

Schwangerschaftsabbruch für Millionen von Menschen weltweit anerkannt. Mehr als 60 Länder haben ihre Gesetze entsprechend überarbeitet, um Einschränkungen zu beseitigen, während nur vier Länder die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs zurückgenommen haben.

Die ICPD forderte auch, dass Jugendliche Zugang zu „Informations-, Bildungs- und Kommunikationsaktivitäten und -diensten im

### INTERNATIONALE KONFERENZ ÜBER BEVÖLKERUNG UND ENTWICKLUNG (ICPD), KAIRO

Eine seltene Gelegenheit für eine politische Einigung zwischen den Regierungen, die zu einem einzigartigen Zeitpunkt in der Weltpolitik stattfindet: in den Endzügen des Kalten Krieges, in der Dynamik des Osloer Abkommens und als sich die Ansichten über Bevölkerungsfragen auf höchster Ebene verschieben. Mit 4.000 Vertreter\*innen von mehr als 1.500 zivilgesellschaftlichen Organisationen aus 113 Ländern ist die Präsenz der Zivilgesellschaft unübertroffen. Auch Vertreterinnen der Frauenbewegung sind Teil der nationalen Delegationen und setzen sich dafür ein, dass ihre Realitäten und Rechte in das ICPD-Aktionsprogramm aufgenommen werden.



### ICPD+5

Jugendbewegungen werden einbezogen, um die ICPD-Agenda in der neuen Generation voranzubringen.

1994

### VORBEREITUNGSKONFERENZ, RIO DE JANEIRO

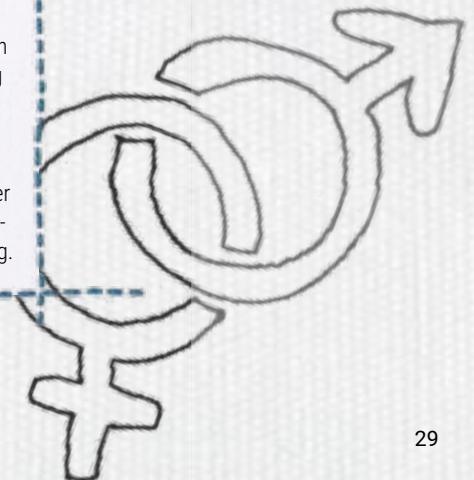
Hunderte von Frauen geben eine Erklärung ab, in der sie die Grundsätze und Bedingungen für einen auf Frauen ausgerichteten, rechteorientierten Ansatz im Hinblick auf Bevölkerung darlegen.

1995

### VIERTE WELTFRAUEN-KONFERENZ, PEKING

Die Konferenz gipfelt in der Pekingener Erklärung und Aktionsplattform und gilt neben der Konferenz von Kairo 1994 als wegweisender Moment der internationalen Frauenbewegung.

1999

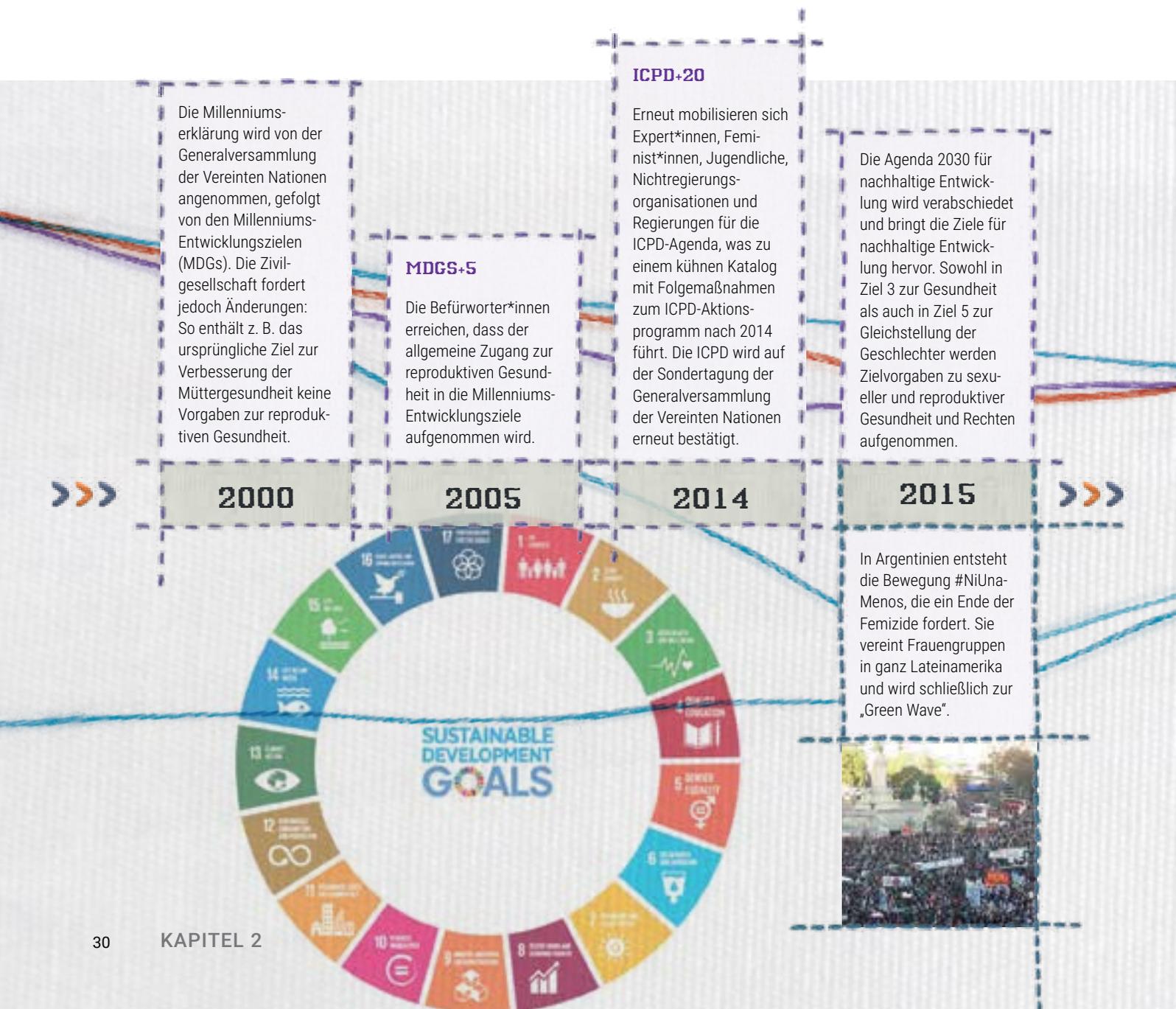


Bereich der reproduktiven und sexuellen Gesundheit“ haben und künftig an deren Entwicklung beteiligt werden sollten. Damit wird anerkannt, dass diese Informationen dazu beitragen, heutige und künftige Generationen in die Lage zu versetzen, ihr Potenzial voll und ganz zu entfalten. Seitdem wurden internationale Standards erarbeitet, und zwei Drittel der berichtserstattenden Länder geben heute an, dass 76 Prozent oder mehr ihrer Schulen in irgendeiner Form Sexuaufklärung

anbieten. Assistierte Reproduktionstechnologien sind inzwischen fast allgegenwärtig, sodass mehr Menschen ihren Kinderwunsch verwirklichen können und sich die Möglichkeiten für eine größere Vielfalt von Familien erweitern.

Doch es bleibt noch viel zu tun.

Körperliche Selbstbestimmung ist für zu wenige Frauen Realität. Heute sind weltweit nur etwas



mehr als die Hälfte (56 Prozent) der Frauen in der Lage, ihre eigenen, informierten Entscheidungen über ihre Sexualität und reproduktive Angelegenheiten zu treffen. Damit ist die Freiheit gemeint, Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung und die Verwendung von Verhütungsmitteln zu treffen sowie „Nein“ zum Geschlechtsverkehr mit dem Ehemann oder Partner zu sagen (SDG-Indikator 5.6.1). Die körperliche Selbstbestimmung und die reproduktive Gesundheit werden bei

denjenigen, die einer oder mehreren Formen der Unterdrückung ausgesetzt sind, häufiger und stärker beeinträchtigt.

In der Tat beginnt die Welt gerade erst, sich mit dem Erbe der vielfältigen Formen von Diskriminierung in der Medizin und den Gesundheitssystemen auseinanderzusetzen. Mit der Aufarbeitung dieses Erbes werden Fragen zur Ausgrenzung von Menschen gestellt, ebenso wie zu den Mechanismen



und den anhaltenden Folgen dieser Ausgrenzung. Expert\*innen lenken die Aufmerksamkeit auf die Strukturen, welche die Diskriminierung – manchmal unsichtbar – aufrechterhalten, im Gegensatz zu früheren Bemühungen, die sich eher auf individuelle Verhaltensweisen konzentrierten.

Am deutlichsten zeigt sich diese Erkenntnis beim Blick auf die Justizsysteme. Die „Ni-Una-Menos-Bewegung“ in Lateinamerika hat beispielsweise die

Passivität der Behörden in Fällen von Femizid und anderen Formen geschlechtsspezifischer Gewalt aufgezeigt. Die Black-Lives-Matter-Bewegung hat weltweit die Aufmerksamkeit auf die unverhältnismäßig hohe Zahl schwarzer Menschen gelenkt, die Polizeigewalt erfahren.

Diese Art von Überlegungen sind für die Gesundheitssysteme durchaus relevant, was während der Covid-19-Pandemie besonders deutlich wurde. In

## Das Menschenrecht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte werden heute in einer Reihe von Menschenrechtsabkommen anerkannt und weithin so verstanden, dass sie auf dem Recht auf Leben, auf Würde, auf Bildung und Information, auf Gleichheit vor dem Gesetz und auf Nichtdiskriminierung beruhen. Sie schließen das Recht ein, über die Anzahl der Kinder und den Abstand der Geburten zu entscheiden, sowie das Recht auf Privatsphäre, das Recht auf Gesundheit, das Recht auf Meinungsfreiheit und freie Meinungsäußerung, das Recht auf Einwilligung in die Ehe und auf Gleichheit in der Ehe, das Recht auf Freiheit von geschlechtsspezifischer Gewalt, schädlichen Praktiken, Folter und Misshandlung sowie das Recht auf einen wirksamen Rechtsschutz bei Verstößen gegen die Grundrechte.

Es ist auch allgemein anerkannt, dass die wichtigsten Grundsätze, welche die Menschenrechte prägen – insbesondere Nichtdiskriminierung, Gleichheit und Privatsphäre, das Recht auf Information sowie die Integrität, die Autonomie, die Würde und das Wohlergehen des Einzelnen, insbesondere in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte –, integraler Bestandteil der Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit sind.



vielen Teilen der Welt standen die Notfallmaßnahmen nicht im Einklang mit den Menschenrechten. In bereits marginalisierten Bevölkerungsgruppen kam es durch die Covid-19-Pandemie zu höheren Krankheits- und Sterberaten sowie zu stärkeren Beeinträchtigungen bei anderen Gesundheitsdiensten, auch im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Der gegenwärtige Diskurs über Bewegungen für Geschlechtergerechtigkeit, aber auch soziale und ethnische Gerechtigkeit könnte den Eindruck erwecken, dass diese Themen umstritten oder politisch sind. Es ist jedoch ein Fehler, diesen Prozess nur durch die politische Brille zu betrachten. Ohne die vielen Fortschritte in Wissenschaft und Technik zu schmälern, dürfen wir nicht vergessen, dass es in der Geschichte der reproduktiven Gesundheit auch Tragödien und Fehlentwicklungen gegeben hat. Vielmehr können wir so aus der Vergangenheit lernen und Chancen für Wissen und Fortschritt eröffnen – für alle Menschen.

## Gesundheitssysteme als Wegbereiter von Menschenrechten

Gesundheitssysteme im Bereich Reproduktion sind nicht immer gesundheits- und rechtfördernd gewesen. Jedenfalls nicht für alle Frauen. Ein großes Manko innerhalb des Gesundheitssystems war die Philosophie, mit der die Dienstleistungen für reproduktive Gesundheit erbracht wurden. Frauen wurden lange Zeit meist als Mittel und als Ziel im Prozess der Fertilitätskontrolle betrachtet. Die Dienstleistungen wurden den Frauen nicht als Selbstzweck angeboten. Die Frauen profitierten von diesem Prozess, standen aber nicht in dessen Mittelpunkt. Sie waren Objekte und nicht Subjekte.

Systeme und Strukturen zur Kontrolle der Sexualität, insbesondere (aber nicht ausschließlich) der Sexualität von Frauen, durchdringen alle Gesellschaften auf der Welt. Die Körper von Frauen, Mädchen und Personen diversen Geschlechts waren häufig Diskriminierung, schädlichen Praktiken, Kontrolle und Ausbeutung, Gewalt und Unterdrückung ausgesetzt – Menschenrechtsverletzungen, die in der Vergangenheit auch von den Gesundheitssystemen begünstigt wurden. Auch heute bestehen diese Probleme nur allzu oft fort. Nach wie vor stehen viele Hindernisse zwischen der einzelnen Person und der Wahrnehmung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Diese Hindernisse wirken auf verschiedenen Ebenen: in der klinischen Versorgung, auf der Ebene der Gesundheitssysteme und im Kontext grundlegender Faktoren für die Gesundheit.

Gesundheitsfachkräfte gehören heute zu denjenigen, die am besten in der Lage sind, den transformativen Wert der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu erkennen. Sie erfahren aus erster Hand, wie Familienplanung, Schutz vor Gewalt, Prävention von Krankheiten und Zugang zu medizinischer Versorgung für Mütter zu gesünderen Familien und besser ausgebildeten Gemeinschaften führen. Viele Mitarbeiter\*innen im Bereich der reproduktiven Gesundheit sind sich ihrer Rolle bei der Wahrung der Rechte ihrer Patient\*innen bewusst. Durch die Bereitstellung von Verhütungsmitteln, Informationen und Pflege stehen die Fachkräfte für reproduktive Gesundheit oft an vorderster Front, wenn es darum geht, die körperliche Selbstbestimmung der einzelnen Person zu sichern.

Doch wenn Beschäftigte im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte versuchen, die Menschenrechte anderer zu

gewährleisten, sind häufig auch ihre eigenen Menschenrechte in Gefahr, da sie am Arbeitsplatz ausgegrenzt und belästigt werden und in ihrem Privatleben verbalen Drohungen, körperlicher Gewalt und Anfeindungen ausgesetzt sind.

## Das Erbe der Geschlechterdiskriminierung in Diensten für reproduktive Gesundheit

Das Wissen um das Erbe des Sexismus im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit kann tatsächlich dazu beitragen, Lösungen – einschließlich kosteneffizienter und leicht umsetzbarer Lösungen – für anhaltende Probleme zu finden.

Im 18. Jahrhundert führte die sich entwickelnde „Naturwissenschaft“ dazu, die Medizin als objektiv und als Teil eines universellen Wissenssystems zu betrachten, von dem Hebammen weitgehend ausgeschlossen wurden. Im Gegensatz zu den männlichen Ärzten waren sie weder wissenschaftlich ausgebildet noch in die wissenschaftlichen Untersuchungs- und Versuchsmethoden eingebunden.

Über Jahrhunderte hinweg war die Ausgrenzung von Hebammen in der medizinischen Geburtshilfe ein weltweites Phänomen. Am schwerwiegendsten sind die Folgen heute in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Afrika und Südostasien sind die Regionen, in denen im Verhältnis die wenigsten Länder den Beruf der Hebamme als eigenständigen Beruf anerkennen. Dort berichten Hebammenausbilder\*innen immer wieder, dass sie keinen Zugang zu sanitären Einrichtungen haben, im französischsprachigen Westafrika drei Viertel von ihnen zumindest zeitweise nicht einmal Zugang zu sauberem Wasser.

Auch wenn der Hebammenberuf heute weithin als moderner, reglementierter, fachbezogener Beruf gilt, der gut in die Infrastruktur des Gesundheitswesens integriert ist, so wird er doch überwiegend von Frauen ausgeübt. Hebammen leiden unter einer starken beruflichen Segregation, einem geschlechtsspezifischen Lohngefälle, mangelnden Aufstiegsmöglichkeiten und vielfältigen Formen von Diskriminierung und Belästigung, einschließlich sexueller Natur. Eine Erhebung in 21 Ländern hat gezeigt, dass das geschlechtsspezifische Lohngefälle im Gesundheitswesen größer ist als in anderen Branchen, wobei weibliche Beschäftigte im Durchschnitt 28 Prozent weniger verdienen als männliche. Ein geschlechtsspezifisches Lohngefälle von elf Prozent bestand bei Krankenpfleger\*innen und Hebammen selbst nach Bereinigung um die berufliche Segregation.

Diese Geringschätzung des Hebammenberufs führt zu einer Einschränkung der Möglichkeiten und Berufschancen für Hebammen und verstärkt ungleiche Machtstrukturen in der Gesellschaft, einschließlich eines Mangels an beruflicher Autonomie, den Hebammen selbst als Hindernis für eine qualitativ hochwertige Versorgung bezeichnen. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen erhalten viele Hebammen oft nur erschwert oder auch keine Kostenerstattung durch staatliche Versicherungsprogramme, sodass sie finanzielle Verluste selbst auffangen oder die Betreuung wohlhabender Patient\*innen aus ökonomischen Gründen vorziehen müssen.

Investitionen in die Ausbildung und Betreuung von Hebammen würden sich in erheblichem Maße auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen auswirken, mit geringeren Kosten und besseren Ergebnissen als bei stärker medizinisch ausgerichteten Versorgungsmodellen. Durch eine deutliche

Erhöhung des Versorgungsgrads durch Hebammen könnten 41 Prozent der Todesfälle bei Müttern, 39 Prozent der Todesfälle bei Neugeborenen und 26 Prozent der Totgeburten vermieden werden – bis 2035 könnten so jährlich 2,2 Millionen Todesfälle vermieden werden, die meisten davon in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.

Es ist sinnvoll, die Folgen dieser geschlechtsspezifischen Hierarchien in der Medizin zu untersuchen, die nicht nur das Gesundheitspersonal, sondern auch die Menschen betreffen, die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie, die allgemein als Misshandlung und Gewalt im Rahmen von Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit, einschließlich der Geburt, beschrieben wird, ist ein Thema, das der internationalen Gemeinschaft zunehmend Sorge bereitet. Der Begriff ist weit gefasst und umschließt verbale und körperliche Misshandlungen, wie Verhöhnung, Drohungen, Schläge, Tritte, Knebelung und körperliche Fixierung, aber auch übermäßige Eingriffe wie medizinisch nicht notwendige Dammschnitte, fehlende Einwilligung nach Aufklärung, Verweigerung der Schmerzlinde- rung und Zwangssterilisation. Diese Formen der Misshandlung treten in der Regel in Kontexten auf, in denen sich das Personal, vor allem Hebammen, innerhalb ihrer beruflichen Hierarchien nicht unterstützt oder sogar schikaniert fühlt. Im Bereich der reproduktiven Gesundheit tragen Misshandlungen erheblich zur Müttersterblichkeit bei und schaffen Hindernisse beim Zugang zu Gesundheitsdiensten für marginalisierte Frauen und Mädchen.

## Das Erbe der Diskriminierung aufgrund ethnischer Herkunft

Eine der Folgen der Covid-19-Pandemie war ein verstärktes Bewusstsein für die nach wie vor bestehenden Unterschiede in den Gesundheitssystemen aufgrund der ethnischen Herkunft und ein zunehmendes Bemühen, diese Unterschiede im Kontext historischer Ungerechtigkeiten zu verstehen. Auch wenn viele Diskussionen über auf Ethnie und Hautfarbe basierende Ungleichheiten umstritten sind, führt die Förderung von Gleichheit und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen in vielen Fällen zu sinnvollen und evidenzbasierten Lösungen für diese Probleme.

In der Vergangenheit haben viele Regierungen das Thema Reproduktion vor allem unter instrumentellen Gesichtspunkten betrachtet. Das Kinderkriegen wurde gefördert, wenn es für wirtschaftliche oder politische Ziele als nützlich erachtet wurde (Juan Bautista Alberdi aus Argentinien sagte: „Regieren heißt bevölkern“), und es wurde (oft selektiv, unter Gruppen, die als „minderwertig“ angesehen wurden) verhindert, wenn es als unerwünscht galt. Während der Kolonialzeit und insbesondere während des Sklavenhandels wurde die Geburt von Kindern sowohl im übertragenen als auch im wörtlichen Sinne als eine Form der Vermögensbildung angesehen. In Afrika und der Karibik wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts Programme zur Förderung der Müttergesundheit vor allem deshalb durchgeführt, weil man einen Mangel an Arbeitskräften für die Arbeit auf den Plantagen und in der Exportindustrie feststellte. Mitte des 20. Jahrhunderts verlagerte sich der Blickwinkel auf die Förderung der Familienplanung, da kleinere Familien als förderlich für die nationale wirtschaftliche Entwicklung und die

globale Sicherheit angesehen wurden. Die Staats- und Regierungschefs sowie internationale Organisationen reagierten damit auf die Befürchtungen, in Ländern des Globalen Südens könnte eine „Bevölkerungsbombe“ explodieren. Die Rhetorik zum Thema Fortpflanzung ist bis heute häufig diffamierend, sowohl in Form von Ängsten vor „Überbevölkerung“ im Zusammenhang mit dem Klimawandel, der die Umweltzerstörung mit den Fertilitätsraten der Menschen im Globalen Süden in Verbindung bringt, als auch in Form von Ängsten vor „Unterbevölkerung“ im Zusammenhang mit der Alterung der Gesellschaft.

Die Sklaverei institutionalisierte den Verlust der körperlichen und reproduktiven Selbstbestimmung schwarzer Frauen und förderte die Kontrolle über die Reproduktionsmöglichkeiten der versklavten Menschen. Für viele schwarze Frauen war Reproduktion ein Bereich der Kontrolle und Ausbeutung, einschließlich Vergewaltigung, Zwangssterilisation und medizinischer Experimente.

Auf diese Weise haben die Fortschritte in der Geburtshilfe und der gynäkologischen Medizin für einige der am stärksten marginalisierten Frauen und Mädchen einen inhärenten Widerspruch mit sich gebracht: Diese Bereiche der Medizin umfassen einerseits Wissen und Technologien, die Leben retten und Leiden lindern können, andererseits entstanden aber auch erhebliche Schäden, die sogar fortbestehen. Diese Dualität kam auch bei der Einführung der modernen Empfängnisverhütung zum Tragen, die zwar für die körperliche und reproduktive Selbstbestimmung der Frauen revolutionär war, aber auch als Instrument für die Anwendung eugenischer Theorien gefördert wurde. Die moderne Fertilitätskontrolle wurde weithin, auch von ihren frühesten Befürworter\*innen, als Mittel zur Eindämmung der Reproduktion

„unerwünschter“ Bevölkerungsgruppen angesehen, insbesondere armer Frauen, Frauen mit Behinderungen, schwarzer Frauen, Frauen marginalisierter Ethnien im Globalen Süden und indigener Völker im Globalen Norden. Die Ungleichbehandlung von Schwarzen und anderen benachteiligten Personen im medizinischen Bereich dauert bis heute an. So haben internationale Menschenrechtsorganisationen wiederholt ihre Besorgnis über die anhaltende Diskriminierung und die Menschenrechtsverletzungen zum Ausdruck gebracht, denen Frauen der Roma ausgesetzt sind, insbesondere im Bereich der reproduktiven Gesundheitsversorgung. Zahlreichen Frauen der Roma wurde während der Geburt die Bewegungsfreiheit genommen, sie wurden körperlich misshandelt und ihnen wurde die Narkose verweigert. Dieses Erbe besteht auch in den anhaltenden gesundheitlichen Ungleichheiten unter Frauen aus schwarzen und ethnischen Minderheiten im Vereinigten Königreich, in den Vereinigten Staaten, unter Migrantinnen und Angehörigen bestimmter Kasten in Indien und anderen südasiatischen Ländern fort.

Diskriminierung hängt damit zusammen, dass Schaden als normal gilt und dass er für das Gesundheitspersonal, die Gesundheitssysteme und sogar die Patient\*innen selbst oft unsichtbar ist. Wenn Gewalt eine alltägliche und sogar triviale Tatsache des Lebens ist, wird sie erwartet, daher unsichtbar und strukturell verankert. Darüber hinaus sind Bemühungen zur Verringerung oder Beseitigung von Gewalt unwirksam, wenn Diskriminierung und Stigmatisierung nicht angegangen werden.

Diese Erkenntnisse können und sollten generell in Gesundheitssystemen angewandt werden, in denen Ungleichheiten in der Versorgung rassistisch motiviert sind oder auf ethnische Zugehörigkeit,

kulturelle Unterschiede, Migrationsstatus oder Formen der Marginalisierung zurückgeführt werden können. Um die respektlose und missbräuchliche Behandlung von Frauen während der Geburt zu bekämpfen, hat die WHO beispielsweise Regierungen, Gesundheitsdienstleister \*innen,

Berufsverbände und Bildungseinrichtungen zu Maßnahmen aufgerufen, darunter Forschung, Menschenrechtsorientierung und eine stärkere Beteiligung von Frauen aus den betroffenen Gemeinschaften.

## Zwangssterilisation - eine anhaltende Rechtsverletzung

Eine unterdurchschnittliche oder schlecht angepasste Versorgung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die Verweigerung von Leistungen und die Verletzung reproduktiver Rechte können zu einer Kettenreaktion von Schäden im Leben eines Menschen führen, wobei Benachteiligungen wechselseitig zur Anfälligkeit für unterdurchschnittliche Versorgung, Verweigerung von Leistungen und Rechtsverletzungen beitragen. Dies wird vielleicht nirgendwo deutlicher als im Fall der Zwangssterilisation, einer der extremsten Formen der Kontrolle über die reproduktive Selbstbestimmung eines Menschen. Die Sterilisation ohne Einwilligung verwehrt Frauen dauerhaft das Recht, Kinder zu bekommen, und verstärkt somit die Auffassung der Gesellschaft, dass bestimmte Frauen es nicht verdienen, Mütter zu sein. Schwarze Frauen, indigene Frauen, Frauen, die religiösen Minderheiten angehören, Frauen mit Behinderungen, in Heimen lebende Frauen, Migrantinnen und verarmte Frauen in ländlichen Gegenden sind nicht nur in der Vergangenheit sondern auch heute immer wieder von Sterilisationsmissbrauch betroffen. Im Jahr 2015 wurde beispielsweise bei der Kommission für die Gleichstellung der Geschlechter eine Beschwerde im Namen von 48 südafrikanischen Frauen eingereicht, die in öffentlichen Krankenhäusern zwangsweise oder unter Nötigung sterilisiert worden waren. Alle waren schwangere schwarze Frauen, und die meisten waren HIV-positiv. Sie beschrieben, dass sie genötigt oder gezwungen wurden, Einverständniserklärungen zu unterschreiben, die angeblich eine Sterilisation erlaubten, während sie extreme Schmerzen hatten oder in den Wehen lagen. Die Kommission stellte fest, dass die Rechte der Beschwerdeführerinnen auf Gleichheit, Diskriminierungsfreiheit, Würde, körperliche Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit in Bezug auf ihren Körper sowie das höchstmögliche Gesundheitsniveau, einschließlich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte, verletzt worden waren.

# Aktivist\*innen machen auf vermisste und ermordete indigene Frauen aufmerksam

Obwohl Carolyn DeFords Mutter 1999 verschwand, lernte sie erst 2011 den Begriff kennen, der das Gefühl beschreibt, das sie seit diesem Tag empfindet: unklarer Verlust.

„Man steckt fest und kann nicht weitermachen, und es bleibt immer diese Frage“, sagt DeFord, die dem Volk der Puyallup im Bundesstaat Washington angehört und Vorständin von Missing and Murdered Indigenous Women USA (MMIWUSA) ist. „Ich habe mir ausgemalt, was meiner Mutter alles hätte passieren können, in jeder Hinsicht, immer und immer wieder.“

Dieses Gefühl, nicht abschließen zu können, erleben Tausende indigene Menschen in den Vereinigten Staaten, deren Angehörige jedes Jahr als vermisst gemeldet werden. Die Mordrate für indigene Frauen, die in Reservaten leben, liegt bis zu zehnmal höher als der nationale Durchschnitt. Damit ist Mord die dritthäufigste Todesursache für indigene Frauen. Zwar sind diese Statistiken schon erschreckend, allerdings gibt es große Lücken in den Daten, sodass die Zahl der Betroffenen vermutlich noch unterschätzt wird. Im Jahr 2016

meldete das National Crime Information Center 5.712 Fälle vermisster indigener Frauen und Mädchen in den USA; das US-Justizministerium verzeichnete im selben Jahr dagegen nur 116 Fälle in seiner Vermissten-Datenbank.

Unzureichende Erfassung von Fällen, Fehlklassifizierung hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit und schlechte Beziehungen zwischen Strafverfolgungsbehörden und indigenen Gemeinschaften tragen dazu bei, dass es keine zuverlässigen Daten gibt. Ein Geflecht von Zuständigkeiten verschärft das Problem noch. Im Jahr 1978 entschied der Oberste Gerichtshof der USA, dass Behörden indigener Gemeinschaften nicht mehr gegen Nicht-Indigene vorgehen können, die auf ihrem Land Straftaten gegen indigene Personen begehen. Wenn eine indigene Person Opfer eines Gewaltverbrechens wird, müssen daher die Identität des Opfers und der Täter\*innen, der Ort des Verbrechens innerhalb oder außerhalb des Reservats sowie die Art und Schwere der Tat festgestellt werden, bevor überhaupt feststeht, welche Behörden den Fall bearbeiten dürfen.

Viele glauben, dass die Täter\*innen diese Verwirrung ausnutzen und es so gezielt auf indigene Frauen und Mädchen abgesehen haben. „Wir müssen in der Lage sein, über Verbrechen zu urteilen, die auf unserem Land begangen werden. Wir sind Nationen innerhalb von Nationen, souveräne Nationen innerhalb einer Nation, und wir haben die geringsten Möglichkeiten, unser Volk zu schützen“, sagt DeFord.

Familien von Vermissten und Anwalt\*innen von indigenen Personen sagen, dass selbst wenn Untersuchungen durchgeführt werden, dies nicht mit der gebotenen Gründlichkeit geschehe. „Es fühlt sich an, als ob jeder versucht, die Verantwortung von sich zu weisen, damit sich niemand die Hände schmutzig machen muss“, sagt DeFord. „Dies ist wahrscheinlich nicht der Fall, aber es fühlt sich so an.“

Im Jahr 2013 wurde durch die erneute Verabschiedung des Violence Against Women Act (VAWA) die strafrechtliche Zuständigkeit der indigenen Bevölkerung für nicht indigene Personen wiederhergestellt, die auf indigenem Land Straftaten

der häuslichen Gewalt begehen. Die jüngste Neufassung im Jahr 2022 erweiterte die Liste der Straftaten, die strafrechtlich verfolgt werden können, unter anderem um sexualisierte Gewalt, Menschenhandel und Stalking. Dr. Luhui Whitebear, Professorin für indigene Studien an der Oregon State University und Vorstandsmitglied von MMIWUSA, sagt, dass die indigenen Völker nun Zugang zu einer neuen Reihe von Möglichkeiten haben, um ihre Gemeinschaften vor Schaden zu schützen. Dennoch, sagt sie, gehen rechtliche Reformen nicht weit genug. „Die Leute denken 'Ja, wir haben es geschafft!' Aber das ist nicht immer das Ende der Geschichte“.

Dr. Whitebear weist darauf hin, dass die Neufassung des VAWA von 2022 nicht für alle indigenen Völker gilt, sondern nur für die staatlich anerkannten. Das bedeutet, dass Nationen wie Whitebears eigene, die Coastal Band of the Chumash Nation, nicht unter das Gesetz fallen. Ein weiteres Problem sind die Ressourcen, denn die indigenen Völker haben selten Zugang zu ausreichenden Mitteln oder ausreichender Ausbildung, um gründliche Untersuchungen durchzuführen.

Basisorganisationen wie MMIWUSA springen ein, um zu helfen. Wenn ein geliebter Mensch vermisst wird, brauchen die Familien oftmals nur das Nötigste – ein Flugticket, Unterstützung bei der Suche oder Geld für einen Babysitter für die

Kinder, deren Elternteil verschwunden ist. „Ich bin wirklich dankbar, dass es Menschen gibt, die so viel Zeit für die Suche nach Menschen vor Ort und die Erstellung von Vermisstenanzeigen aufwenden, denn manchmal müssen sich Familien entscheiden: ‚Esse ich zu Abend oder suche ich nach meiner vermissten Person? Denn ich habe keine Unterstützung für eine Suche.‘ Deshalb ist es wichtig, dass die Organisationen Ressourcen für die Suche zur Verfügung stellen können“, sagt Dr. Whitebear.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Beseitigung von Stereotypen über indigene Völker und Gemeinschaften. „Wenn die Ausbeutung des menschlichen Körpers und die Ansicht, wir seien entbehrlich, nicht mehr als normal gelten würden, wäre das ungemein hilfreich, sagt Dr. Whitebear. „Ich würde sagen, dass es zur Beendigung der Gewalt gegen indigene Frauen beiträgt, wenn man diese nicht nur als ein indigenes Problem betrachtet. Es ist das Problem aller.“

In den Jahren seit dem Verschwinden ihrer Mutter hat DeFord gelernt, ihren Kummer zu verarbeiten und anderen Familien zu helfen, die nach Antworten suchen: „Es war sehr heilsam, meine Geschichte zu teilen und meine Erfahrungen zu nutzen, um anderen Menschen zu helfen, so wie diese anderen Fürsprecher\*innen mir helfen“, sagt sie. „Einen Teil dieser Arbeit zu leisten, damit sich die Familien um sich selbst kümmern und dort sein können, wo sie sich am



Carolyn DeFord, deren Mutter 1999 verschwand, arbeitet mit MMIWUSA zusammen und setzt sich für die Rechte und das Wohlergehen indigener Frauen und Mädchen in den USA ein. Bild mit freundlicher Genehmigung von Carolyn DeFord

nützlichsten fühlen – das hat mir sehr geholfen und mir das Gefühl gegeben, dass diese schreckliche, traumatische Erfahrung nicht umsonst war. Wenn ich das nutzen kann, um anderen Menschen zu helfen, habe ich das Gefühl, dass es wenigstens einen Sinn ergibt.“

Lokale Interessenvertreter\*innen unterstützen auch bei der Umgestaltung von Gesetzen. „Einige der ersten Gesetze im Land wurden hier verabschiedet“, sagt DeFord, „und zwar aufgrund von Stimmen von der Basis, aufgrund von Familien, die hingingen und aussagten und unsere Geschichten und Frustrationen und unsere Bedürfnisse teilten.“

## Das Erbe der Desinformation

Ungeachtet des Fortschritts in der medizinischen Wissenschaft und in internationalen Menschenrechtsabkommen sind Unwahrheiten und falsche Annahmen nach wie vor weit verbreitet und durchdringen nicht nur soziale Normen und nationale Gesetze, sondern auch die Gesundheits- und Bildungssysteme. Infolgedessen richten sie weiterhin Schaden an. Viele dieser Missverständnisse beruhen auf einem allzu einfachen Verständnis der menschlichen Sexualentwicklung. Wenn davon ausgegangen wird, dass die sexuelle Entwicklung, die sexuellen Merkmale und die sexuelle Identität einem Standardverlauf folgen, kann die natürliche Variation als falsch oder unangemessen erscheinen, und Menschen, die den Erwartungen nicht entsprechen, können sich durch politische Maßnahmen und Praktiken benachteiligt oder sogar verletzt fühlen.

Ein Beispiel: Die Menarche – das Einsetzen der Menstruation – wurde früher weithin als biologisch unumstößliches Zeichen für die Bereitschaft eines Mädchens zur Schwangerschaft angesehen. Die Sichtweise auf die Menarche hat sich im Laufe der Zeit gewandelt, und beinhaltet heute ein umfassenderes Verständnis der körperlichen und emotionalen Reife. Man geht heute davon aus, dass eine Schwangerschaft und Mutterschaft in der frühen Adoleszenz lebensbedrohliche physiologische und psychische Gesundheitsrisiken birgt.

Doch anstatt zu lehren, dass die Menarche ein Faktor unter vielen im Prozess der Entwicklung der Fertilität ist, wird sie weiterhin als Zeichen dafür angesehen, dass der Körper für eine Schwangerschaft „vorbereitet“ ist. Diese grobe Vereinfachung kann dazu dienen, falsche Überzeugungen zu untermauern, wie z. B. die Vorstellung, dass jüngere

Heranwachsende keine Aufklärung über die Menstruation benötigen, oder die Annahme, dass schwangere Teenager physiologisch für eine Geburt gerüstet sind.

Eine weitere grobe Vereinfachung ist der Geschlechteressenzialismus – die überholte Vorstellung, dass sich Männer und Frauen biologisch, physiologisch und in ihren angeborenen Fähigkeiten unterscheiden und dass diese Unterschiede unveränderlich sind.

Die Realität ist viel komplizierter, denn sowohl Geschlecht als auch Gender sind Begriffe, die oft miteinander vermischt werden, aber unterschiedliche Bedeutungen haben. Das Geschlecht, das sich auf die biologischen und physiologischen Merkmale von Frauen und Männern bezieht, wie z. B. Chromosomen, Hormone und Reproduktionsorgane, wird oft in nur zwei Kategorien eingeteilt. Etwa zwei Prozent der Menschen weisen jedoch intersexuelle Variationen auf (manche Zahlen gehen sogar von bis zu vier Prozent aus), d. h. sie haben eine Anatomie, Chromosomen, Hormone oder andere körperliche Merkmale, die nicht genau in die Dichotomie männlich/weiblich passen. Gender hingegen kann als die sozial konstruierten Eigenschaften von Frauen, Männern, Mädchen und Jungen beschrieben werden, sowie als der Prozess der Anpassung an diese sozialen Erwartungen durch Normen, Verhaltensweisen, Rollen und andere Mittel. Auch Gender widersetzt sich der Dualität – Gemeinschaften aus Ländern rund um den Globus erkennen Identitäten an, die nicht dem binären System Mann/Frau entsprechen.

Es hat nichts Politisches oder Ideologisches an sich, die Existenz von Gendervielfalt anzuerkennen oder das Vorherrschen von nicht-dimorphen Geschlechtsmerkmalen festzustellen. Diese Komplexität



## Neue Erkenntnisse im Gesundheitswesen

Die Gesundheitssysteme erkennen zunehmend an, dass Ausdrucksformen nicht-binärer Genderidentität, unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Geschlechtsmerkmale zum Spektrum der normalen menschlichen Entwicklung gehören. So wurden in den letzten drei Jahrzehnten viele Merkmale sexueller Minderheiten, die früher als pathologisch galten, als nicht-pathologisch eingestuft oder aus den Diagnosecodes gestrichen. Dieser Schritt steht auch im Einklang mit den weltweiten Bemühungen, die öffentliche Gesundheit insgesamt durch Entstigmatisierung zu verbessern, und mit dem wachsenden Bewusstsein, dass die Gesundheitsversorgung auf Bevölkerungsgruppen zugeschnitten werden muss, die weitaus vielfältiger sind, als bisher angenommen.

Dennoch erwägen einige Staaten Maßnahmen, die die Pathologisierung verschärfen und in eine rechteorientierte Gesundheitsversorgung eingreifen. Politiker\*innen in Ghana erwägen die Ausarbeitung von Gesetzen, die Praktiken der sogenannten Konversionstherapie fördern, indem sie Transgender-Personen, die „zurückkehren“, Anreize bieten. In den Vereinigten Staaten wurden im Jahr 2023 von etwa 600 auf lokaler, bundesstaatlicher und föderaler Ebene vorgeschlagenen Gesetzen 87 transfeindliche Gesetze verabschiedet, darunter auch solche, die Angehörige des Gesundheitswesens dafür bestrafen, dass sie Transgender-Personen an eine geschlechtergerechte Versorgung verweisen oder diese anbieten.



erfordert nicht die Abschaffung der Kategorien „Männer“ und „Frauen“. Der weltweite Konsens über die Verwirklichung der Gleichstellung der Geschlechter verlangt sogar, dass schädliche Handlungen an Männern und Jungen oder an Frauen und Mädchen als solche identifiziert werden.

Aber auch schädliche Handlungen an Menschen, die nicht den binären Kategorien von Geschlecht oder Gender entsprechen, müssen genau identifiziert werden, andernfalls werden sie fortbestehen – und sie sind erheblich. Intergeschlechtliche Menschen werden Opfer von Kindstötung, erzwungenen und zwangsweisen medizinischen Eingriffen, Diskriminierung in den Bereichen Bildung, Sport, Beschäftigung oder bei Behörden sowie mangelndem Zugang zur Justiz und rechtlicher Anerkennung. Menschen mit unterschiedlichen sexuellen Orientierungen und Genderausprägungen, einschließlich lesbischer, schwuler, bisexueller und transsexueller Menschen, sind ebenfalls einer weit verbreiteten Diskriminierung und Gewalt ausgesetzt, einschließlich der Gewalt, die von Staaten legalisiert und durchgesetzt wird. Die Nichtanerkennung der sexuellen Vielfalt – wie die Leugnung ihrer Existenz und die Weigerung, Daten über sexuelle Minderheiten zu erheben – kann und wird diese Brutalität und Ausgrenzung nur noch verschärfen.

Fehlinformationen über anatomische Unterschiede aufgrund der ethnischen Zugehörigkeit sind auch in den Bildungssystemen, einschließlich der medizinischen Ausbildung, tief verwurzelt. So wird in vielen zeitgenössischen Lehrbüchern für Hebammen und Geburtshilfe nach wie vor die 1938 von W.E. Caldwell und H.C. Moloy vorgeschlagene Klassifizierung der Beckenform verwendet. Diese Ärzte waren der Ansicht, dass bestimmte Beckenformen „ultrahuman“ seien – der

angenommene Standard für die menschliche Entwicklung –, während andere einen „Stillstand in der Evolution der Affenform“ darstellten. Heute steht fest, dass die Form des Geburtskanals sehr variabel ist und sich sowohl innerhalb als auch zwischen menschlichen Populationen unterscheidet, und dass die Verwendung der gynäkoiden Form als Modell für alle Frauen empirisch nicht belegt, sachlich ungenau und potenziell gefährlich ist, insbesondere für Frauen nichteuropäischer Abstammung.

Ähnliche Fehleinschätzungen beeinflussen den Zugang zur Schmerzlinderung und anderer Versorgung. 2016 vertraten bei einer Studie in den Vereinigten Staaten etwa die Hälfte der teilnehmenden Medizinstudent\*innen und Assistenzärzt\*innen mindestens eine falsche Annahme über biologische Unterschiede zwischen Schwarzen und Weißen, wie etwa, dass Schwarze weniger empfindliche Nervenenden, dickere Haut oder eine höhere Fertilität aufweisen.

Falsche Vorstellungen über die Geschichte sind ebenfalls weit verbreitet, mit anhaltenden Folgen für den Zugang zu Dienstleistungen, die körperliche Selbstbestimmung und sexuelle und reproduktive Gesundheit ermöglichen sollen. So wird suggeriert, dass die Förderung von sexuellen Rechten und das Recht auf Schwangerschaftsabbruch auf internationaler Ebene eine Form des westlichen Einflusses ist. Tatsächlich gibt es zahlreiche Belege dafür, dass koloniale Regime homophobe Normen und Gesetze sowie Einschränkungen der körperlichen Selbstbestimmung von Frauen eingeführt und durchgesetzt haben. Und diese Normen und Gesetze blieben oft auch nach der Unabhängigkeit der Länder von der Kolonialherrschaft in Kraft.

## Die Brücke in eine bessere Zukunft

Der Umgang mit diesem Erbe in modernen Gesundheitssystemen muss weder schmerzhaft noch sanktionierend sein. Dank der ICPD gibt es eine weltweit vereinbarte gemeinsame Agenda zur Sicherung der Gleichstellung der Geschlechter und der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte für alle Menschen. Deren Umsetzung ist für alle Menschen, in allen Gemeinschaften, Regionen und Nationen spürbar – in der Umsetzung der Menschenrechte, ebenso wie im Erreichen höherer Gesundheitsstandards. Um die vereinbarten Ziele zu erreichen, müssen weiterhin erhebliche Anstrengungen unternommen werden.

Wir müssen aus den Fehlern der Vergangenheit lernen. Die Technologien im Bereich der reproduktiven Gesundheit entwickeln sich rasant und schaffen Möglichkeiten, die den Menschen zugutekommen, aber auch Missbrauch begünstigen können. Sinnvolle Diagnoseinstrumente wie pränatale Tests werden beispielsweise häufig für eine geschlechtsspezifische Selektion missbraucht. Die Nutzer\*innen neuer digitaler Technologien geben Zugang zu sehr privaten Daten, oft ohne es zu wissen. Zudem zeichnen sich am Horizont mit Künstlicher Intelligenz angereicherte Diagnosen ab, Zytoplasma-Transfers, die Embryonen mit drei Elternteilen hervorbringen könnten, sowie die In-Vitro Gametogenese, bei der aus nicht reproduktiven Zellen Spermien oder Eizellen entstehen können – Innovationen, die das Wesen der Reproduktion, des Geschlechts und der Familienkonfiguration verändern könnten. Sie können ernsthafte Schäden verursachen, etwa, wenn sie die Patient\*innensicherheit und -privatsphäre gefährden oder die menschliche Reproduktion

kommerzialisieren, haben aber auch erhebliche Vorteile. So sehr diese Technologien dazu genutzt werden könnten, Randgruppen zu misshandeln oder auszugrenzen, so sehr können sie auch Instrumente der Eingliederung und Stärkung sein. Sie können z. B. dazu dienen, qualitativ hochwertige Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit auf diejenigen auszuweiten, die derzeit unerreichbar sind, oder sie können genderdiversen Menschen und jenen, die von Infertilitätsbehandlungen ausgeschlossen sind, die Möglichkeit geben, die Familien ihrer Wahl zu gründen.

All diese Bemühungen können – und sollten – unsere Vision für die Zukunft prägen. Globale Geber\*innen investieren gezielt in einige der am stärksten benachteiligten Gemeinschaften in den Bereichen Hebammenwesen, Gleichstellung der Geschlechter und umfassende Sexualaufklärung. Die zunehmende Inklusion in Medizin und Forschung verbessert die Qualität des menschlichen Wissens. Wir verstehen heute viel besser, wie unterschiedlich Genderausprägungen sind, wie Gendernormen innerhalb und zwischen den Ländern variieren und wie komplex und vielfältig Geschlechtsmerkmale sind. Wir verstehen viel besser, wie schwarze Frauen, indigene Frauen und Frauen im Globalen Süden von vielen Fortschritten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte ausgeschlossen wurden.

Obwohl noch viel mehr Evidenz benötigt wird, um politische Maßnahmen und Programme zu entwerfen, die alle Menschen erreichen, war das Erkennen der Ungerechtigkeit und damit die Möglichkeit, echte Gerechtigkeit zu erreichen, noch nie so groß wie heute.

## Entkolonialisierung von sexuellen und Gender-Normen

Die von vielen Kolonialmächten angewandten Strategien der Kontrolle kolonialisierter Menschen führten zur Stigmatisierung, Kriminalisierung und Pathologisierung von gleichgeschlechtlicher Anziehung, Transgender-Identitäten und anderen Formen des Ausdrucks diverser Genderidentitäten.

### Präkoloniale Vielfalt

Die soziale Bedeutung, die den Geschlechtseigenschaften beigemessen wird, ist so vielfältig wie die Kulturen auf der ganzen Welt. Während es in einigen präkolonialen Gesellschaften Anzeichen für patriarchalische und heteronormative soziale Strukturen gibt, finden sich in anderen zahlreiche Belege für fließend ineinander übergehende Gendervariationen. In einigen Gemeinschaften gab es sogar spezielle Rollen für Menschen mit nicht-binären Geschlechts- und Gendermerkmalen, darunter Positionen als Berater\*in, militärische Befehlshaber\*in, Mitglieder des königlichen Hofes, Heiler\*in und Bewahrer\*in traditioneller Praktiken.

### Koloniale Strategien der Kontrolle

Die jüngsten kolonialen Projekte haben zwar keine binären Gender-Normen erfunden, aber sie führten zur systematischen Auferlegung einer binären Genderordnung durch Gesetze und Praktiken, die Millionen von kolonialisierten Menschen jahrhundertlang betrafen. Zu den kolonialen Strategien gehörten die Bekehrung der kolonialisierten Menschen zu religiösen Institutionen, die Kriminalisierung von Gender- und sexueller Nonkonformität und die Durchsetzung starrer sozialer Hierarchien.

Die von den Kolonialmächten durchgesetzten Moralvorstellungen wurden sowohl religiös als auch weltlich begründet. Beispiele hierfür sind „pecado nefando“ oder das Verbrechen der „schändlichen Sünde“, das von portugiesischen und spanischen Inquisitionsgerichten angewandt wurde; französische Gesetze, die „unzüchtige oder unnatürliche Handlungen“ unter Strafe stellten, um der kolonialisierten Bevölkerung eine christliche Moral einzupflanzen; und britische Kolonialgesetze, die „grobe Unzucht“ zwischen zwei Männern bestrafen. Weitere Gesetze betrafen „Sodomie“, „Analverkehr“, „Geschlechtsverkehr

entgegen der natürlichen Ordnung“ sowie Straftaten wie „öffentliche Unzucht“ und „Anstiftung zur Ausschweifung“. Es gab auch „Landstreichergesetze“, die abweichendes Sexualverhalten oder genderspezifisches Verhalten nicht direkt einschränkten, aber unverhältnismäßig starke Auswirkungen auf in Armut lebende Menschen, Gender- und sexuelle Minderheiten und Menschen mit Behinderungen hatten.

Vor allem in den Gesellschaften der Kolonialmächte wurden gleiche oder ähnliche Gesetze angewandt. In den europäischen Ländern gab es beispielsweise Momente der „Sexpanik“ oder „moralischen Panik“, in denen Regierungen, medizinische Behörden und Mainstream-Medien jene Gruppen, die nicht den vorherrschenden „korrekten“ Sexualpraktiken folgten, als Abweichler bezeichneten. Die Durchsetzung dieser Gesetze in den Kolonien hing mit der Wahrnehmung der politischen Entscheidungsträger zusammen – die sich häufig auf Berichte von Entdeckungsreisenden stützte –, dass gleichgeschlechtliche Beziehungen in der kolonialisierten Welt weitverbreitet waren.

Die Gesetze bildeten die Grundlage für komplexe Sozialisierungssysteme, die Polizeiarbeit, Medizin, Literatur und Bildung umfassten. Die Sexualität schwarzer Personen beispielsweise wurde als zügellos und unersättlich erachtet und bedürfe daher der Regulierung. In der Tat hing in der Kolonialzeit die Fähigkeit, sich zu entfalten, stark von der Fähigkeit ab, sich den weißen, patriarchalischen und heteronormativen Gepflogenheiten anzupassen.

### **Nachhaltige Auswirkungen**

Koloniale Gesetze und Normen haben sich weit über die heutigen und ehemaligen Kolonien hinweg ausgewirkt. Im Jahr 1908 übernahm Thailand – das nie eine europäische Kolonie war – Formulierungen aus dem indischen Strafgesetzbuch, um Handlungen „gegen die menschliche Natur“ zu verbieten. In einigen Fällen hat die koloniale Dynamik sogar in postkolonialen Kontexten den Reformprozess von Recht und Politik beeinflusst. So haben beispielsweise Kamerun und Senegal, beides ehemalige französische Kolonien, nach ihrer Unabhängigkeit im Jahr 1960 gleichgeschlechtliche Beziehungen kriminalisiert.

Tragischerweise kriminalisieren heute immer noch 64 Länder gleichgeschlechtliche einvernehmliche Handlungen, wobei sie sich oft ausdrücklich auf sexuelle Intimität zwischen Männern

beziehen; 41 Länder kriminalisieren sexuelle Intimität zwischen Frauen und 20 Länder kriminalisieren und/oder verfolgen ausdrücklich Transgender-Personen durch Gesetze, die auf „Cross-Dressing“, „Impersonation“ und „Verkleidung“ abzielen. Und obwohl viele der gegen LGBTQIA+-Personen gerichteten Gesetze ihren Ursprung in der kolonialen Gesetzgebung und den gesellschaftlichen Moralvorstellungen haben, wird das Eintreten für die Menschenrechte von LGBTQIA+-Personen heute oft als kolonial oder als westliche Agenda dargestellt.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Verwirklichung der Rechte aller Menschen in all ihrer Vielfalt ist die Abkehr von der Annahme, dass der Globale Westen oder Norden das Vorbild für unaufhaltsamen Fortschritt und der Globale Süden oder Osten rückständig sei. Wenn überhaupt, dann ist es das Fortbestehen rechtlicher Rahmenbedingungen und sozialer Normen aus der Kolonialzeit, vom Globalen Westen und Norden vererbt, die weiterhin die international vereinbarten Menschenrechte von LGBTQIA+-Personen einschränken, insbesondere von jenen im Globalen Süden oder Osten.

### **Weitere Wege für die Forschung**

Die oben zusammengestellten Fakten werfen wichtige Fragen über das Erbe des Kolonialismus in Bezug auf die Gleichstellung der

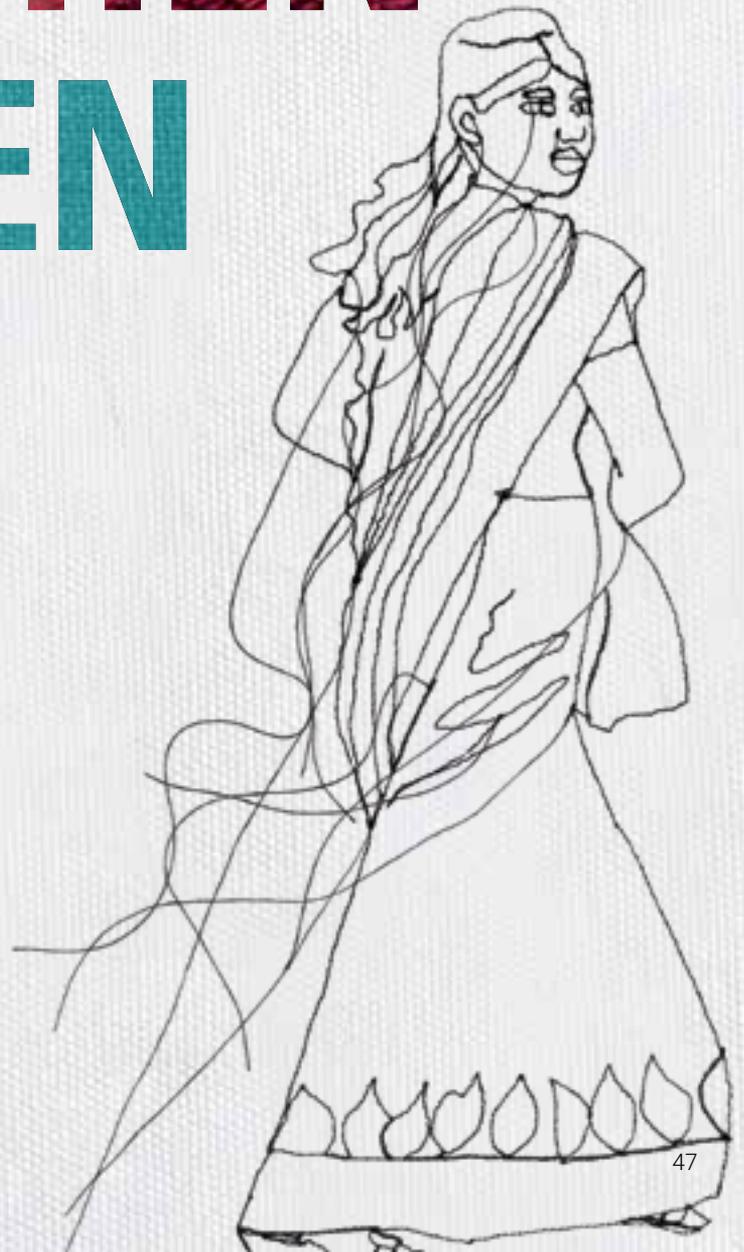
Geschlechter und die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte auf.

So gibt es beispielsweise Belege dafür, dass Schwangerschaftsabbrüche in vielen präkolonialen Gemeinschaften praktiziert, aber in der Kolonialzeit gesetzlich verboten wurden. Tatsächlich gelten die europäischen Kolonialmächte als die wichtigsten Quellen für Gesetze zur Einschränkung von Schwangerschaftsabbrüchen. Derartige Gesetze gab es Ende des 19. Jahrhunderts in fast allen Ländern der Welt. Auch sogenannte Obszönitäts-, Laster- und Schamlosigkeitsgesetze gehen vielfach auf die europäische Kolonialherrschaft zurück und wurden weithin dazu benutzt, Aufklärung über Möglichkeiten der Familienplanung bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts zu verbieten. Diese und andere Folgen des Kolonialismus für die reproduktive Gesundheit und die Rechte von Frauen sollten weiter untersucht werden, insbesondere angesichts ihrer anhaltenden Missachtung auf der ganzen Welt.

*Dieser Text ist ein Beitrag von Victor Madrigal-Borloz, der von 2018 bis 2023 als unabhängiger Sachverständiger der Vereinten Nationen für den Schutz vor Gewalt und Diskriminierung aufgrund von sexueller Orientierung und Genderidentität tätig war.*



# ALLE MASCHEN ZÄHLEN



Bei der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo wurde nicht nur ein bemerkenswerter Konsens über den Wert der universellen sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte erzielt. Sie initiierte auch einen dringlichen Aufruf, bessere und transparentere Daten zu erheben – eine Weiterentwicklung der weltweiten Standards, die nur selten gewürdigt wird. Tatsächlich widmet sich ein ganzes Kapitel ihres Aktionsprogramms dem Bedarf an gültigen, zuverlässigen, zeitnahen, kulturell relevanten und international vergleichbaren Daten, darunter auch geschlechts- und volksgruppenspezifische Informationen. Außerdem, so heißt es dort, sollen die Auffassungen sozial schwächerer Bevölkerungsgruppen und von Menschen in verschiedenen kulturellen Milieus erforscht werden.

Dreißig Jahre nach der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo steht die Welt nun vor einer neuen Wegmarke, die ein ähnliches Ziel erfordert. Auch diesmal geht es darum, sich über einen riesigen ungedeckten Bedarf klar zu werden, der nicht hinnehmbar ist – auch wenn uns die nötigen Daten fehlen, um das ganze Ausmaß des Problems genau zu beziffern: Es ist das Ziel, die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte derjenigen zu sichern, die zurückgelassen und abgedrängt wurden, und das nicht nur im Zuge der gesundheitlichen Fortschritte und des Ausbaus der Gesundheitsinfrastruktur, sondern auch durch die Datenrevolution selbst.

## Eine neue Wegmarke

Ein Aspekt wird schon seit einiger Zeit immer deutlicher: die enormen und weiter zunehmenden Ungleichheiten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Es wird immer deutlicher, dass viele Menschen an die Ränder der Gesellschaften und der Gesundheitssysteme gedrängt werden. Es sind diejenigen, die in den Gesundheitssystemen diskriminiert werden, diejenigen, die in den Krankenhäusern mit Sprachbarrieren konfrontiert sind, diejenigen, die wegen einer HIV-Infektion stigmatisiert werden, diejenigen, die nicht erreichbar sind, weil sie nicht die Privilegien der entsprechenden Staatsbürgerschaft genießen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Diese Menschen leiden und sterben in weit größerer Zahl als bislang angenommen. Doch ihr Sterben bleibt im Großen und Ganzen unsichtbar – und damit auch die Erkrankungen und Demütigungen, die diesem Sterben vorausgehen. Warum? Todesfälle und Verletzungen werden nicht erfasst, weil Datensysteme unzureichend sind, weil nur selten Befragungen durchgeführt werden und weil andere Untersuchungen in ihrem Umfang begrenzt oder nur bedingt vergleichbar sind. Werden die Todesfälle und Erkrankungen dieser Menschen dennoch gezählt, dann bleiben die zugrundeliegenden Ungleichheiten häufig verborgen, weil zu wenig unternommen wird, um die Daten nach den spezifischen Merkmalen der Ausgrenzung aufzuschlüsseln.

Wenn dieser Schleier aber gelüftet wird, dann erkennen wir eklatante Ungleichheiten sowohl innerhalb der einzelnen Länder als auch im internationalen Vergleich. Eine gängige Erklärung für das Gesundheitswesen ist die sogenannte Inverse-Equity-Hypothese, die besagt, dass neue Verfahren im Gesundheitsbereich von den wohlhabenderen

Schichten, die den geringsten Bedarf dafür haben, als Erstes übernommen werden. Daher können Fortschritte im Gesundheitswesen die allgemeine Ungleichheit verstärken. Diese wird erst dann sinken, wenn auch Menschen mit höherem Bedarf von diesen Fortschritten profitieren. Manchen Messungen zufolge nehmen die Ungleichheiten sowohl innerhalb der einzelnen Länder als auch im internationalen Vergleich zu.

Im Jahr 1990 zum Beispiel starb in den zehn Prozent der Länder mit dem entsprechend höchsten Risiko im Durchschnitt eines von zwölf fünfzehnjährigen Mädchen durch eine Schwangerschaft oder Geburt, während in den zehn Prozent der Länder mit dem geringsten Risiko nur eine von fast 7.000 15-Jährigen daran starb. Im Jahr 2020 lag in den Ländern mit dem höchsten Risiko die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mädchen während ihrer Schwangerschaft oder Geburt starb, bei 1 zu 34, in den Ländern mit dem geringsten Risiko bei 1 zu fast 23.000. Dies bedeutet eine Veränderung um den Faktor 2,8 in den Ländern mit dem höchsten Risiko, verglichen mit einer Veränderung um den Faktor 3,3 in den Ländern mit dem geringsten Risiko – die Ungleichheit hat sich also verstärkt. Mit anderen Worten: Der Fortschritt war dort größer, wo die Müttersterblichkeit ohnehin bereits am geringsten war.

Derartige Ungleichheiten zwischen verschiedenen Ländern werden häufig ungleichen Ressourcen zugeschrieben – aber mit dieser Erklärung kommt man nicht weit, wenn man die Verhältnisse innerhalb der einzelnen Länder betrachtet. Die innerstaatlichen Diskrepanzen zeigen deutlich, dass weltweit bei vielen Ungleichheiten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte nicht nur begrenzte Ressourcen, sondern auch und vor allem Diskriminierung und Ausgrenzung eine signifikante Rolle spielen.

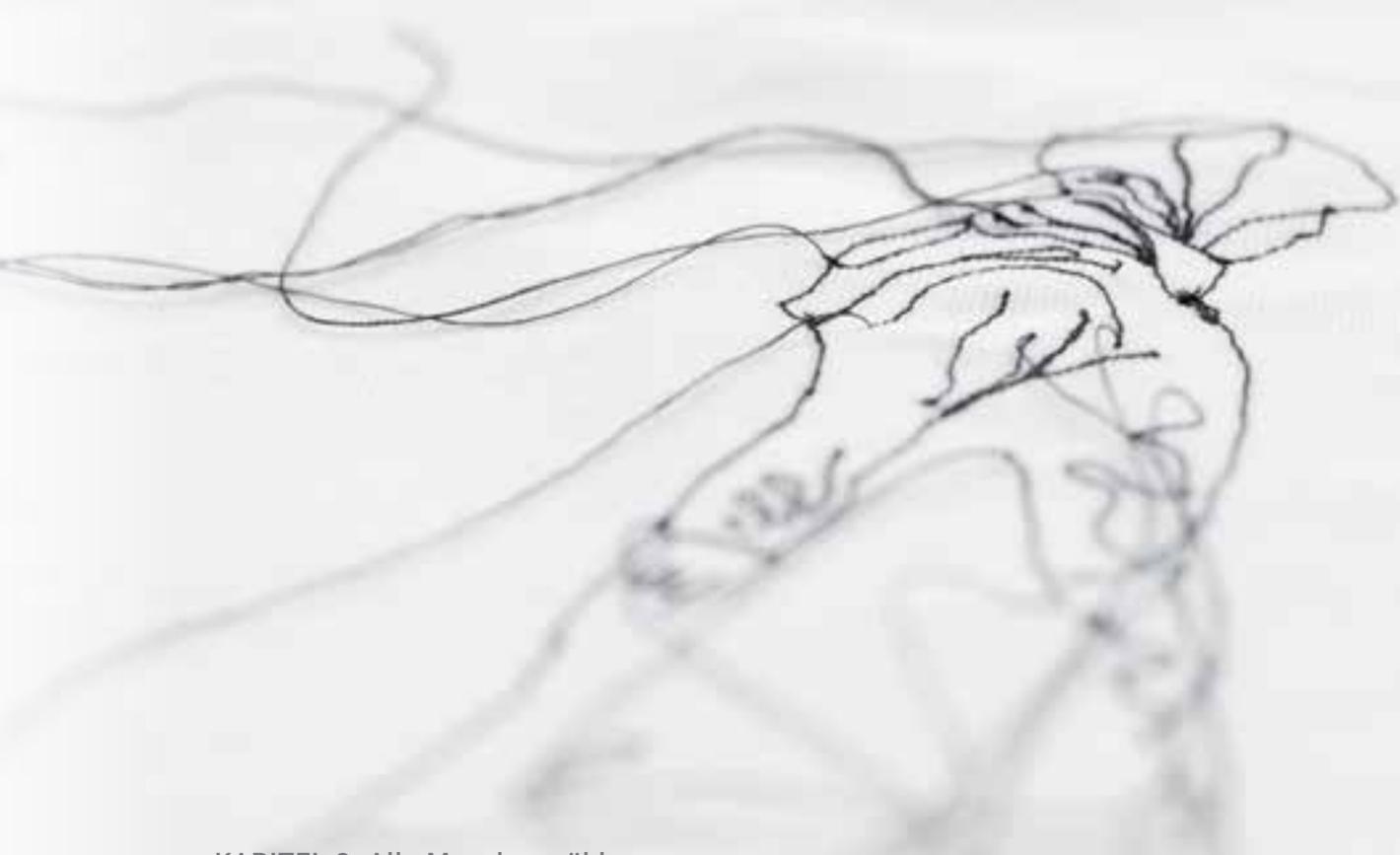


„Crying Women“ (Weinende Frauen) von Bayombe Endani, Demokratische Republik Kongo, 2010. Das Kunstwerk wurde vom Advocacy Project beigesteuert, das marginalisierten Gemeinschaften hilft, Stickerei als Mittel zur Therapie und Interessenvertretung einzusetzen.

Dies gilt sowohl für die Länder, in denen die Müttersterblichkeit nach wie vor erschreckend hoch ist als auch für die einkommensstarken Länder mit einer sehr viel niedrigeren Müttersterblichkeit. Betrachten wir zum Beispiel die Vereinigten Staaten und das Vereinigte Königreich – zwei von 19 Staaten, in denen die Müttersterblichkeitsrate des Jahres 2020 voraussichtlich höher sein wird als die von 1990. In beiden Ländern liegt die Müttersterblichkeit schwarzer Frauen um ein Vielfaches höher als die weißer Frauen. Die Müttersterblichkeitsrate der Vereinigten Staaten lag im Jahr 2020 bei 21 Sterbefällen pro 100.000 Lebendgeburten. 2021 lag die Sterblichkeitsrate schwarzer Frauen in den Vereinigten Staaten mehr als doppelt so hoch wie der nationale Durchschnittswert. Auch für Frauen mit hispanischer Abstammung liegt das Risiko, im Verlauf einer Schwangerschaft oder Geburt zu sterben, über dem nationalen Durchschnitt.

Allerdings liegt diese Entwicklung in den Vereinigten Staaten im allgemeinen Trend, weil die Müttersterblichkeit insgesamt ansteigt. Betroffen sind Angehörige der oberen, mittleren und unteren sozioökonomischen Schichten, Frauen jeden Alters und aller ethnischen Gruppen und Hautfarben. Im Vereinigten Königreich hingegen, wo die Müttersterblichkeit 2020 bei 9,8 Sterbefällen pro 100.000 Lebendgeburten lag, ist der Anstieg der Müttersterblichkeitsrate vor allem auf höhere Sterblichkeitsraten in bestimmten ethnischen Minderheiten und sozioökonomischen Schichten zurückzuführen. Die höchsten Müttersterblichkeitsraten und den stärksten Anstieg verzeichnen schwarze Frauen und diejenigen, die sich sozioökonomisch am untersten Rand bewegen.

Es wäre allzu einfach, diese Befunde als Einzelfälle aus lediglich zwei Staaten abzutun. Aber immerhin gehören die beiden Länder zu den wenigen weltweit,



deren Datensysteme solche Unterschiede überhaupt erfassen können. Das heißt, sie gehören zu den wenigen Ländern auf der Welt, in denen solche Diskrepanzen überhaupt sichtbar gemacht werden.

2023 wurden in den wenigen Ländern des amerikanischen Doppelkontinents, in denen die nötigen Daten vorliegen, erstmals Indikatoren zur Müttergesundheit bei Frauen und Mädchen mit afrikanischen und anderen Wurzeln untersucht. Nur vier von 35 Ländern erfassen die ethnische Zugehörigkeit der Frauen, die bei einer Geburt sterben, und andere Daten zur Müttergesundheit werden nur in elf Ländern nach ethnischer Zugehörigkeit bzw. Hautfarbe aufgeschlüsselt.

Wo Daten vorliegen, weisen sie eindeutig auf hartnäckige Ungleichheiten hin, mit denen marginalisierte Gruppen zu kämpfen haben, und das trifft nicht nur auf Schwarze und Menschen

afrikanischer Abstammung zu, sondern auch auf Angehörige indigener Gemeinschaften. Zur Müttergesundheit indigener Frauen und Mädchen liegen nur spärliche Daten vor. Lediglich 16 von 80 Staaten verfügten über entsprechende Daten und in diesen 16 Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen profitierten Frauen aus indigenen Bevölkerungsgruppen signifikant weniger von vorgeburtlicher Versorgung und weniger von qualifizierter Geburtshilfe als Frauen aus nicht-indigenen Bevölkerungsgruppen, zugleich waren sie bei der Geburt häufiger im Teenageralter und starben deutlich häufiger an Ursachen, die durch Schwangerschaft oder Geburt bedingt waren. Bei indigenen Frauen in Australien, Indien, Guatemala, Panama und Russland zeigen sich dieselben Diskrepanzen.

Auch bei Betrachtung der Menschen mit Behinderungen stößt man auf gravierende Ungerechtigkeiten. Frauen mit Behinderungen erfahren bis zu

## Störfaktoren hinterfragen

Hinweisen auf Benachteiligung aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit oder Hautfarbe im Gesundheitsbereich werden häufig mögliche andere Störfaktoren entgegengehalten, wie das Bildungs- und Einkommensniveau, beruflich oder auch genetisch bedingte Belastungen. Zum einen sind auch diese Merkmale oft herkunftsbedingt, zum anderen können sie bei weitem nicht alle zu beobachtenden Unterschiede erklären. Das bedeutet, dass manche oder viele dieser Diskrepanzen tatsächlich mit der ethnischen Zugehörigkeit verknüpft sind. Die höhere Müttersterblichkeit zieht sich zwar durch alle Einkommens- und Bildungsschichten, liegt für afroamerikanische College-Absolventinnen aber immer noch 1,6 Mal höher als für weiße Frauen ohne High-School-Abschluss. Strukturelle Benachteiligung korreliert mit einem beschleunigten Verfall der körperlichen Gesundheit – oft als Zerrüttung bezeichnet –, der viele ethnisch bedingte Diskrepanzen im Bereich der Müttergesundheit verschärft.

zehn Mal häufiger geschlechtsspezifische Gewalt – einschließlich sexualisierter Gewalt –, und junge Menschen mit Behinderungen sind genauso häufig sexuell aktiv wie Gleichaltrige ohne Behinderung. Dennoch ist diese Bevölkerungsgruppe mit signifikanten Hindernissen konfrontiert, wenn sie auf Informationen und Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zugreifen will, unter anderem wegen des Mangels an bedarfsgerechten Angeboten und wegen diskriminierender Einstellungen des medizinischen Personals. Allerdings wird die Erhebung von Daten über die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe auch dadurch erschwert, dass Behinderung stigmatisiert wird und es an anerkannten Definitionen fehlt, mittels derer Menschen mit Behinderungen identifiziert und ihre Bedürfnisse ermittelt werden könnten.

Besonders besorgniserregend sind diese Probleme angesichts der Tatsache, dass schätzungsweise etwa eine Milliarde Menschen, 15 Prozent der Weltbevölkerung, im Lauf ihres Lebens eine Behinderung erfahren. Doch gegenwärtig sind bedeutsame Fortschritte im Gange. Der Anteil der Länder, die die Volkszählungsfragen der Washington Group on Disability Statistics übernehmen, ist zwischen 2018 und 2020 von 33 auf 73 Prozent angestiegen.

In vergleichbarer Weise haben sexuelle und Genderminderheiten mit gravierender Ungleichheit im Gesundheitsbereich zu kämpfen, nicht nur, was den Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Qualität betrifft, sondern auch in Bezug auf ihren psychischen und physischen Gesundheitszustand. Allerdings ist die Datenlage auch hier nach wie vor unzureichend. Einige Anzeichen sprechen dafür, dass inzwischen mehr Daten über sexuelle und Genderminderheiten erhoben werden. Wo aber Daten vorliegen, sind diese im Wesentlichen immer noch Ad-hoc-Bemühungen zu verdanken und stammen nicht aus regulären standardisierten Datensystemen. Abgesehen davon wird die Datenerhebung nicht nur durch Stigmatisierung erschwert, sondern auch dadurch, dass gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte sowie Identität und Ausdruck von Transgender in mehreren Dutzend Ländern auf der Welt kriminalisiert werden. Schließlich können auch noch weitere Faktoren der Ausgrenzung zu extremer Marginalisierung führen, wie zum Beispiel Diskriminierung aufgrund des Alters. Ausgrenzende Gesetze und gesellschaftliche Einstellungen – darunter auch die Tabuisierung der Sexualität im Jugendalter – führen dazu, dass Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (auch von LGBTQIA+-Organisationen) im Süden Afrikas für Jugendliche, die sexuellen Minderheiten angehören, so gut wie unzugänglich bleiben.



## Warum werden keine aufgeschlüsselten Daten erhoben?

In der Vergangenheit haben viele Staaten behauptet, bestimmte Bevölkerungsgruppen würden auf ihrem Staatsgebiet gar nicht existieren. Solche Behauptungen mögen nicht völlig unbegründet sein, weil viele Menschen durch Stigmatisierung und Diskriminierung gezwungen sind, ihre Identität zu verschleiern. Dies lässt die Datenerhebung zu einer enormen Herausforderung werden. Aber es gibt noch andere Gründe, weshalb keine aufgeschlüsselten Daten erhoben und veröffentlicht werden. Besondere Herausforderungen sind dabei die Kosten, aber auch politische Sensibilität und Risiken.

Zur Wahrheit gehört auch, dass bestimmte Formen der Datenerhebung zu Übergriffen und Missbrauch führen können. So erleichterte etwa die Registrierung von Juden und Roma in zahlreichen europäischen Staaten den Völkermord während des Zweiten Weltkriegs, weshalb viele dieser Länder heute davon absehen, die ethnische Zugehörigkeit zu erfassen. Auch in Ruanda wird seit dem Völkermord die ethnische Zugehörigkeit in den Demographic and Health Surveys

[A.d.Ü.: demografische und gesundheitspolitische Erhebungen gemäß den Standards des DHS-Programms] des Landes nicht mehr registriert, obwohl die anhaltende Marginalisierung indigener Gemeinschaften Anlass zur Sorge gibt.

Nicht zuletzt vermeiden einige Regierungen und Institutionen die Aufschlüsselung ihrer Daten, weil sie befürchten, dies könnte politische oder soziale Spannungen erzeugen oder verstärken. Sie haben Sorge, dass die politische Opposition oder Kritiker\*innen der Behörden aus diesen Daten Kapital schlagen könnten. Allerdings führt der Verzicht auf die Erhebung aufgeschlüsselter Daten nicht dazu, dass die Ungleichheiten im Verhältnis zu marginalisierten Gruppen abgebaut werden.

Die Entscheidung, bestimmte Daten nicht zu sammeln, kann von einem mangelnden Willen zeugen, die am stärksten marginalisierten und ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen zu verstehen und zu erreichen. Es kann aber auch darauf hindeuten, dass die Verantwortlichen die langfristige Entwicklung und Inklusion um kurzfristiger politischer Vorteile willen vernachlässigen.

## Auf Gerechtigkeit achten

Eine positive Entwicklung der vergangenen 30 Jahre ist der wachsende Konsens darüber, dass Faktoren wie geschlechtliche Identität, Hautfarbe, ethnische Zugehörigkeit, Behinderung, sexuelle Orientierung und Migration keine Größen sind, die einfach auf einer Punkteskala erfasst werden könnten. Es handelt sich vielmehr um dynamische Faktoren in einem komplexen Gefüge von Vor- und Nachteilen.

Durch die Wechselwirkungen zwischen Vor- und Nachteilen in verschiedenster Form wird die Entwicklung wirksamer Maßnahmen massiv erschwert. Politische Patentrezepte funktionieren einfach nicht. Die bemerkenswerten Fortschritte der vergangenen 30 Jahre sind teilweise darauf zurückzuführen, dass sich aufgrund politischer Entscheidungen und praktischer Maßnahmen die Lage derjenigen Menschen verbessert hat, die am leichtesten zu erreichen waren, deren Probleme sich am einfachsten lösen ließen und die am meisten von diesen Lösungen profitieren konnten. Es wird zwangsläufig schwieriger werden und gezieltere Interventionen erfordern, diejenigen zu erreichen, die nach wie vor bedürftig sind, Menschen, die von intersektionalen Vulnerabilitäten betroffen sind. Würden wir einfach die bisherigen Ansätze weiterverfolgen, bestünde nicht nur die Gefahr von Ineffizienz, sondern auch die von Verschwendung und Schädigung. Informationen in Sprachen, die von den Zielgruppen nicht verstanden werden, Kampagnen, die an den kulturellen oder religiösen Bedürfnissen der Adressat\*innen vorbeigehen, oder Krankenhäuser, die für Menschen mit Behinderungen nicht zugänglich sind, bedeuten verlorene Investitionen, fortgesetzte Ausgrenzung und Vertrauensverlust zwischen dem medizinischen Personal und den Menschen, für die es eigentlich da sein sollte.

## Wir müssen schneller werden

Zwischen 2015 und 2020 hat sich bei der globalen Müttersterblichkeitsrate nur wenig bewegt. Von dem 1994 gesetzten Ziel ist sie leider weit entfernt. Heutzutage sind Müttersterblichkeitsraten von ein bis zwei Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten durchaus erreichbar. Was bedeutet das für die Müttersterblichkeit heute? Leider lässt sich die Entwicklung nicht in Echtzeit verfolgen. Das liegt nicht nur an der mangelhaften Datenlage, sondern auch daran, dass die Zahlen von den staatlichen Stellen erst mehrere Jahre nach dem Berichtsjahr aktualisiert werden. Infolgedessen besteht große Unsicherheit über den aktuellen Stand der Dinge, und das gilt ganz besonders seit der weltweiten Covid-19-Pandemie. Die Daten, auf denen die neuesten Schätzungen beruhen, schließen bislang nur das erste Pandemiejahr mit ein und in diesem Zeitraum konnte die Wissenschaft nur mit Mühe herausfinden, wie viele Todesfälle durch Covid-19 indirekt auch durch Schwangerschaft und Geburt bedingt waren. Im Augenblick ist noch nicht in vollem Umfang bekannt, welche Folgen die Pandemie für die Müttersterblichkeit hatte.

Allerdings gibt es durchaus Anzeichen für einen besorgniserregenden Anstieg der Müttersterblichkeitsraten in Teilen Europas, Nordamerikas, Lateinamerikas und der Karibik. Diese Steigerungen sind so drastisch und weit verbreitet, dass sie die Fortschritte in anderen Regionen nivellieren und dazu führen, dass die globale Müttersterblichkeitsrate verglichen mit dem Jahr 2015 stagniert.

Trotz dieser zwiespältigen Indizien geben die erzielten Fortschritte Anlass zur Hoffnung. Erstens ist die Gesamtzahl der jährlichen Sterbefälle durch Schwangerschaft und Geburt seit 1994 beträchtlich zurückgegangen. Das ist ein ermutigendes Zeichen,

wenn man bedenkt, dass die Weltbevölkerung seither von 5,7 Milliarden Menschen im Jahr 1994 auf 8,1 Milliarden im Jahr 2024 zugenommen hat. Und zweitens sind auch die Daten selbst ein Zeichen des Fortschritts. Mit jeder Verbesserung der Datenerhebung und -analyse werden Lösungen erkennbar – zuweilen an Stellen, an denen sie gar nicht vermuten würde.

So ist etwa der Rückgang der Müttersterblichkeit insgesamt zu einem Drittel auf den Rückgang der Fertilität zurückzuführen, weil die zunehmende Verbreitung der Empfängnisverhütung dazu führt, dass Frauen nicht mehr so häufig und in größeren Zeitabständen schwanger werden. Durch die Befriedigung des ungedeckten Bedarfs an Verhütungsmitteln können mehr als die Hälfte aller Sterbefälle aufgrund von Schwangerschaft und Geburt abgewendet werden, einfach weil Schwangerschaften in besonders risikobehaftetem Alter, nämlich bei älteren Frauen und jungen Mädchen, seltener, die Abstände zwischen den Geburten größer und unsichere Schwangerschaftsabbrüche weniger werden. Mittlerweile korrelieren die Zahl unbeabsichtigter Schwangerschaften und der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln mit Ungleichheiten aufgrund zahlreicher Faktoren, unter anderem Alter, sozioökonomischer Status,

ethnische Zugehörigkeit und Hautfarbe. Damit wird klar, um welche Gruppen und Gesellschaften sich die Welt kümmern muss.

Unsichere Schwangerschaftsabbrüche sind weiterhin eine der häufigsten Todesursachen bei Schwangeren – schätzungsweise jeder 13. Todesfall im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt ist darauf zurückzuführen. Gesetzliche Verbote führen nicht dazu, dass die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zurückgeht, aber der legale Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch senkt definitiv die Müttersterblichkeit. Restriktionen beim Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch führen häufig zur Verschärfung bestehender Ungleichheiten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Dies mag dazu beigetragen haben, dass in den vergangenen 30 Jahren mehr als 60 Staaten Restriktionen aus ihren Gesetzen zum Schwangerschaftsabbruch gestrichen haben. Aber noch immer lebt ein Viertel aller Frauen im gebärfähigen Alter in Ländern, in denen der Schwangerschaftsabbruch entweder gänzlich verboten oder nur bei Gefahr für Leib und Leben der Mutter bzw. nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen erlaubt ist, zum Beispiel, wenn die Frau nach einer Vergewaltigung schwanger wurde.

**Daten sind für uns alle da, überall, und helfen uns dabei zu verstehen, uns zu beteiligen, Entscheidungen zu treffen und Rechte geltend zu machen.**

## Diskriminierung messen

Im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung hat die internationale Gemeinschaft den Anteil der Menschen gemessen, die in den letzten zwölf Monaten Diskriminierung oder Belästigung erlebt haben. Dabei wurden Formen der Diskriminierung untersucht, die nach den internationalen Menschenrechtsvorschriften verboten sind. Aus den Daten geht hervor, dass fast jede sechste Person in den letzten zwölf Monaten diskriminiert wurde – in bestimmten Situationen sogar jede dritte. Frauen erleben weltweit häufiger Diskriminierung, in bestimmten gesellschaftlichen Kontexten bis zu dreimal mehr als Männer. Ebenso werden Menschen mit Behinderung fast doppelt so oft diskriminiert wie Menschen ohne Behinderungen, wobei das Verhältnis in bestimmten Kontexten bis zu 6:1 beträgt.

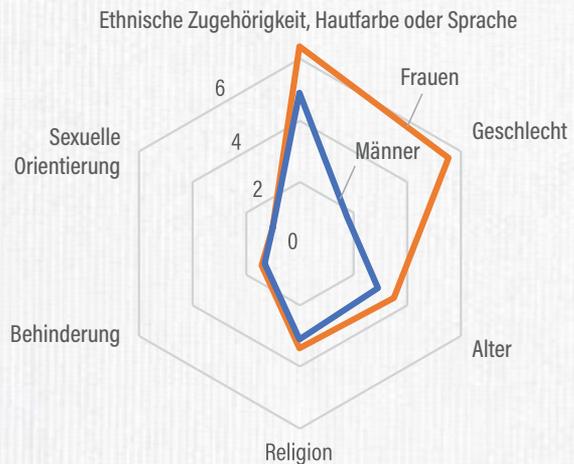
### Formen von Diskriminierung

Diskriminierung oder Belästigung, die auf Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, Hautfarbe oder Sprache beruht, kommt am häufigsten vor. Im Durchschnitt berichten sechs Prozent der Weltbevölkerung über derartige Diskriminierungen im Vorjahr. Unter extremen Umständen erreichte dieser Anteil fast 24 Prozent.

Die intersektionale Diskriminierung verschärft die Herausforderungen, mit denen vulnerable Gruppen – insbesondere Frauen und Menschen mit Behinderung, die aufgrund ihrer ethnischen Herkunft, Hautfarbe und sprachlichen Zugehörigkeit diskriminiert werden – konfrontiert sind. In einigen Ländern sind davon bis zu viermal so viele Frauen oder sechsmal so viele Menschen mit Behinderungen betroffen wie Männer oder Menschen ohne Behinderungen.

Diskriminierung aufgrund des Alters und des Geschlechts trifft im Durchschnitt vier Prozent der Weltbevölkerung. In bestimmten Regionen werden fast 19 Prozent der Bevölkerung aufgrund des Geschlechts diskriminiert, wobei erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen: Auf jeden Mann kommen im Schnitt vier Frauen – in bestimmten Ländern sogar bis zu 20.

Anteil der Menschen, die Diskriminierung erfahren, nach ausgewählten Gründen, 2015–2023 (in Prozent)



Quelle: UN Human Rights, 2024

Die größten Unterschiede zwischen den Ländern gibt es bei der altersbedingten Diskriminierung, mit Raten von bis zu 34 Prozent, wobei Einiges darauf hindeutet, dass jüngere Bevölkerungsgruppen unverhältnismäßig häufig betroffen sind.

### Fortschritt und Verbesserungspotenzial

Seit 2023 ist die Zahl der Länder, die Diskriminierung messen, um 25 Prozent gestiegen – ein großer Erfolg. Doch es gibt noch viel Verbesserungspotenzial: Weniger als die Hälfte aller Länder erfasst und berichtet systematisch die Stimmen derjenigen, die durch Diskriminierung marginalisiert werden. Für eine umfassende, aufgeschlüsselte Analyse ist die derzeitige Datenerfassung zudem nicht detailliert genug.

Um dieser Herausforderung zu begegnen, arbeitet die Praia-Gruppe der Vereinten Nationen an der Entwicklung von Governance-Statistiken, einschließlich Statistiken über Nichtdiskriminierung und Gleichstellung sowie an der Förderung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes für Daten.

*Dieser Text wurde von UN Human Rights beigesteuert*

## Die Inclusive Data Charter

Im Jahr 2018 hat UNFPA zusammen mit einem globalen Netzwerk von Regierungen, Unternehmen, Förderern und Nichtregierungsorganisationen die Inclusive Data Charter (Deutsch etwa: Charta für inklusive Daten) ins Leben gerufen, eine Initiative, die sich vorgenommen hat, die Qualität, Quantität, Finanzierung und Verfügbarkeit inklusiver und aufgeschlüsselter Daten zu verbessern. Diese Charta orientiert sich an fünf Grundsätzen:

**Alle Bevölkerungsgruppen müssen in die Datenerhebung einbezogen werden.** Das Ziel, „niemanden zurückzulassen“, können wir nur erreichen, wenn wir diejenigen stärken, die am weitesten zurückliegen. Das heißt, wir müssen dafür sorgen, dass ihre Stimmen gehört werden und Daten und Analysen auf ihre Erfahrungen eingehen.

**Wo immer es möglich ist, sollten alle Daten so aufgeschlüsselt werden, dass sie sämtliche Bevölkerungsgruppen genau beschreiben.** Daten sollten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Behinderung und, wo dies möglich ist, nach Einkommen, ethnischer Zugehörigkeit und Hautfarbe, Migrationsstatus und anderen relevanten Merkmalen aufgeschlüsselt werden.

**Für die Datenerhebung sollten alle verfügbaren Quellen genutzt werden.** Es sollten hochwertige, aktuelle Daten aus amtlichen und nichtamtlichen Quellen zugänglich gemacht werden, auch aus neuen Datenquellen, soweit diese den international akzeptierten Qualitätsstandards entsprechen.

**Die für Datenerhebung und Statistik zuständigen Stellen müssen rechenschaftspflichtig sein.** Die Grundsätze der Transparenz, Vertraulichkeit und Privatsphäre müssen angemessen berücksichtigt werden, um sicherzustellen, dass mit personenbezogenen Daten kein Missbrauch betrieben wird. Dies muss im Einklang mit den staatlichen Gesetzen und den Grundprinzipien der amtlichen Statistik stehen.

**Die personellen und technischen Kapazitäten zur Erhebung, Analyse und Nutzung aufgeschlüsselter Daten müssen verbessert werden, unter anderem durch eine adäquate und zukunftstaugliche Finanzierung.** Es sind spezielle Fachkenntnisse und Unterstützung erforderlich, um aufgeschlüsselte Daten erheben und analysieren zu können.

# Volkszählungen in Afrika sollen alle Menschen erfassen

In der Vereinigten Republik Tansania müssen Menschen mit Behinderungen immer noch eine ganze Reihe von Hindernissen überwinden, um ihren Alltag zu bewältigen oder öffentliche Dienstleistungen wie zum Beispiel Gesundheitsversorgung oder Bildungsangebote in Anspruch zu nehmen. Wenn jemand im Rollstuhl sitzt und das nächste Krankenhaus nur über eine Treppe zugänglich ist, wenn die Sprechzimmer dort so klein sind, dass man die Tür nicht schließen und die Privatsphäre nicht wahren kann, oder wenn die Sanitarräume nicht richtig ausgestattet sind, dann sind die Gesundheitsdienstleistungen in diesem Krankenhaus auch dann nicht erreichbar, wenn dieses gleich um die Ecke der eigenen Wohnung liegt.

Als Vertragsstaat des Abkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat sich Tansania verpflichtet, die Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten aller Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten und zu fördern. Institutionen benötigen jedoch Daten,

wenn sie ihre Dienstleistungen nicht nur anbieten, sondern auch zugänglich machen wollen.

Seit 2012 erfasst das Land in seinen Volkszählungen Menschen mit Behinderungen. Zu Beginn wurde allerdings weder ein sonderlich breites Spektrum an verschiedenartigen Behinderungen noch deren Schweregrad erfasst. Bei der jüngsten Volkszählung bemühten sich die Behörden darum, Beauftragte der Behindertenorganisationen nicht nur frühzeitig an der Planung und Konzipierung zu beteiligen, sondern auch an der Schulung der Personen, die die Befragungen durchführen würden. Insgesamt haben daran etwa 400 Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen mitgewirkt. So wurden ungefähr 17 verschiedene Arten von Behinderungen und Beeinträchtigungen berücksichtigt, wobei auch der jeweilige Schweregrad angegeben werden konnte. Vorläufige Ergebnisse der landesweiten Volkszählung zeigen, dass in Tansania etwa elf Prozent der Bevölkerung von

mindestens einer körperlichen oder entwicklungsbedingten Behinderung oder Beeinträchtigung betroffen sind. Das sind etwa zwei Prozentpunkte mehr als 2012, wobei die Zunahme auf den umfassenderen Ansatz bei der Erfassung von Menschen mit Behinderungen in der neuesten Volkszählung zurückzuführen ist.

Die Volkszählung des Jahres 2022 lieferte nicht nur genauere Daten über Menschen mit Behinderungen, sondern auch eine innovative und vollständige Zählung der Nomad\*innen im Land. Diese Gesellschaften sind ständig unterwegs auf der Suche nach Nahrung, sodass die Regierung lange vorher auf sie zugehen und sie dazu bewegen musste, während der Volkszählung an einem Ort zu bleiben. Sie musste also dafür sorgen, dass die Familien für die beiden Tage der landesweiten Volkszählung ausreichend Nahrung hatten.

Tansania ist nicht der einzige Staat, der seine Daten über Menschen mit Behinderungen verbessert. Bei der



Anastazia Gerald, 23, aus Kahama in Tansania, lebt mit einer Behinderung. Sie engagiert sich für das Programm „My Choice My Rights“, das von der finnischen Regierung finanziert wird. Ziel des Programms ist es, die Umsetzung der Rechte von Frauen und Mädchen, insbesondere von Mädchen mit Behinderungen, zu beschleunigen und zur Beendigung von geschlechtsspezifischer Gewalt, weiblicher Genitalverstümmelung und Kinderheirat beizutragen. Foto © UNFPA Tansania/Ayubu Lulesu

Volkszählung in Malawi im Jahr 2018 wurde zum Beispiel auch Albinismus in die Parameter für Behinderung mit aufgenommen. Menschen mit Albinismus sind von Diskriminierung in zahlreichen Formen betroffen

und werden häufig mit Gewalt oder Tod bedroht. Seit 2006 erhielten die Unabhängigen Expert\*innen der Vereinten Nationen für die Wahrung der Menschenrechte von Menschen mit Albinismus annähernd 800

Berichte aus 28 Ländern über rituelle Übergriffe und Anschuldigungen wegen Hexerei gegen Menschen mit diesem genetisch ererbten Melaninmangel in den Haaren, der Haut oder den Augen.

## Daten als Menschenrecht

Der Zugang zu öffentlichen Informationen ist als Menschenrecht im Völkerrecht und im Vertragstext vieler Organisationen wie zum Beispiel der Afrikanischen Union, dem Europarat und der Organisation Amerikanischer Staaten fest verankert. Die Informationsfreiheit gilt als sogenanntes Ermöglichungsrecht, also als ein Recht, das die Wahrnehmung anderer Menschenrechte

ermöglicht. Darüber hinaus ist sie unabdingbar für die Verwirklichung der Rechte auf Gleichbehandlung und ein diskriminierungsfreies Leben. Strukturelle Diskriminierung lässt sich nur erkennen, wenn repräsentative und aufgeschlüsselte Daten erhoben und genutzt werden. Ohne diese Daten lässt sich nicht feststellen, ob sich Gesetze, politische Konzepte und Programme trotz vermeintlicher Neutralität letztlich diskriminierend auswirken.



Seit den 1990er-Jahren weisen die Vereinten Nationen immer wieder darauf hin, dass es nicht nur in besorgniserregendem Umfang an Daten über geschlechtsspezifische Gewalt mangelt, sondern auch an allgemein anerkannten Messmethoden, weshalb ein Monitoring unmöglich ist. Aber erst 2013 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals globale und regionale Schätzungen über Gewalt in der Partnerschaft und sexualisierte Gewalt gegen Frauen durch andere Täter. Damals verfügten erst 79 Staaten über entsprechende Daten. 2019 waren es 153 Staaten.

In vielen Fällen liegen bis heute keine Daten vor. Der Indikator 5.6.1 der nachhaltigen Entwicklungsziele erfasst den Anteil der Frauen, die selbstbestimmt und informiert über ihre sexuellen Beziehungen, die Anwendung von Verhütungsmitteln und ihre reproduktive Gesundheit entscheiden. Dieser Indikator ist von enormer Bedeutung – ein erster weltweiter Versuch, körperliche Selbstbestimmung zu messen und zu beobachten –, aber nur rund ein Drittel aller Länder verfügt überhaupt über amtliche SDG-Daten. Nur etwas mehr als die Hälfte (56 Prozent) aller verheirateten oder liierten Frauen zwischen 15 und 49 Jahren in 69 Ländern kann selbst über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte entscheiden. Der Indikator hebt hervor und erkennt an, dass Einschränkungen bei der Selbstbestimmung von Frauen Konsequenzen für die gesamte Gesellschaft mit sich bringen. Viele Expert\*innen fordern, dass die Erfahrungen von Frauen bezüglich der reproduktiven Selbstbestimmung noch breiter erforscht werden müssen.

Trotzdem: In den vergangenen 30 Jahren wurden riesige Fortschritte erzielt. Im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo werden Regierungen und Institutionen aufgerufen, die

staatlichen Datensysteme zu verbessern, denn diese sind unabdingbar für die Erstellung und Aufbereitung hochwertiger, aufgeschlüsselter Daten, wie man sie braucht, um vulnerable Gruppen zu identifizieren und zu lokalisieren, ihre Entwicklung mit geeigneten Maßnahmen zu unterstützen und in jedem einzelnen Jahr die Fortschritte anhand relevanter Indikatoren zu verfolgen. Seit 1994 haben sich die demografischen Datensysteme bemerkenswert verändert – nicht zuletzt durch die Digitalisierung der weltweiten Informationen. Durch Datensysteme für Volkszählungen, Befragungen, Melderegister und Bevölkerungsstatistiken, aber auch durch die Routinedatenerfassung im Gesundheitssektor können Daten inzwischen schneller verarbeitet, mehr Datentypen zur Verfügung gestellt und die Kosten gesenkt werden. Geodaten und Satellitenbilder haben dazu vielfältige Möglichkeiten geschaffen, Maßnahmen zielgruppengerechter zu gestalten.

Dennoch sind viele staatliche Datensysteme aufgrund von Entwicklungsdefiziten und unzureichender Finanzierung noch immer mangelhaft. Und wenn sich neue Datensysteme abzeichnen und die Innovation innerhalb bestehender Systeme weitergeht, müssen Schutzmaßnahmen gegen etwaige Risiken für die Menschenrechte ergriffen werden, die mit den erweiterten digitalen und technologischen Grenzen der Welt einhergehen.

## Wer ist wichtig genug, um gezählt zu werden? Das Beispiel der sehr jungen Mütter

In Politik und Statistik wird häufig stillschweigend davon ausgegangen, dass alles, was wichtig ist, gemessen wird, und dass die Menschen, die gezählt werden, wichtig sind. Dieser Bericht zeigt, dass diese Annahme falsch ist.

Ein eindrucksvolles Beispiel findet sich in der Datenerhebung zur Fertilität von Teenagern (d. h. die Fertilität von Mädchen und jungen Frauen der Altersgruppen zehn bis 14 und 15 bis 19 Jahre). Dass Teenager Mütter werden, kommt sehr häufig vor. Jedes Jahr bringen schätzungsweise eine halbe Million Mädchen zwischen zehn und 14 Jahren und 12,8 Millionen zwischen 15 und 19 Jahren ein Kind zur Welt. Frühe Mutterschaft ist, insbesondere für die jüngsten Mädchen, „eine Form der geschlechtsspezifischen Gewalt. Es ist Gewalt, wenn eine Person gezwungen wird, eine Schwangerschaft durchzustehen, oder wenn etwas gegen ihren Willen mit ihrem Körper gemacht wird“, sagt Carmen Barroso, Co-Vorsitzende des Independent Accountability Panel, das vom Generalsekretär der Vereinten Nationen eingesetzt wurde. Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sind die häufigste Todesursache bei

Mädchen im Teenageralter und sie haben soziale und wirtschaftliche Folgen für Frauen, Mädchen und ihre Familien. Doch in vielen Ländern basieren politische Konzepte und Programme, die die Zahl der Geburten im Kindesalter reduzieren sollen, auf unvollständigen, häufig nicht nach Alter und anderen wichtigen Merkmalen aufgeschlüsselten Daten.

Die gute Nachricht ist, dass mittlerweile mehr Daten verfügbar sind, die einen Einblick geben, wie viele Teenager weltweit Kinder zur Welt bringen und wie komplex die Folgen sind. Dies gilt ganz besonders seit der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit ihrem Aufruf, die Geburtenraten von Teenagern zu ermitteln, denn dies ist ein Indikator für die Fortschritte bei der Verwirklichung einer universellen sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung. Doch das wesentliche Kriterium für die Berichterstattung zu diesem Indikator (SDG 3.7.2) sowie für die Schätzung der Fertilitätsraten und der altersspezifischen Fertilität in den Prognosen der Vereinten Nationen zur Weltbevölkerung ist die Verfügbarkeit und Qualität von Daten aus unterschiedlichen Quellen – und

infolgedessen bestehen hier bis heute Wissenslücken.

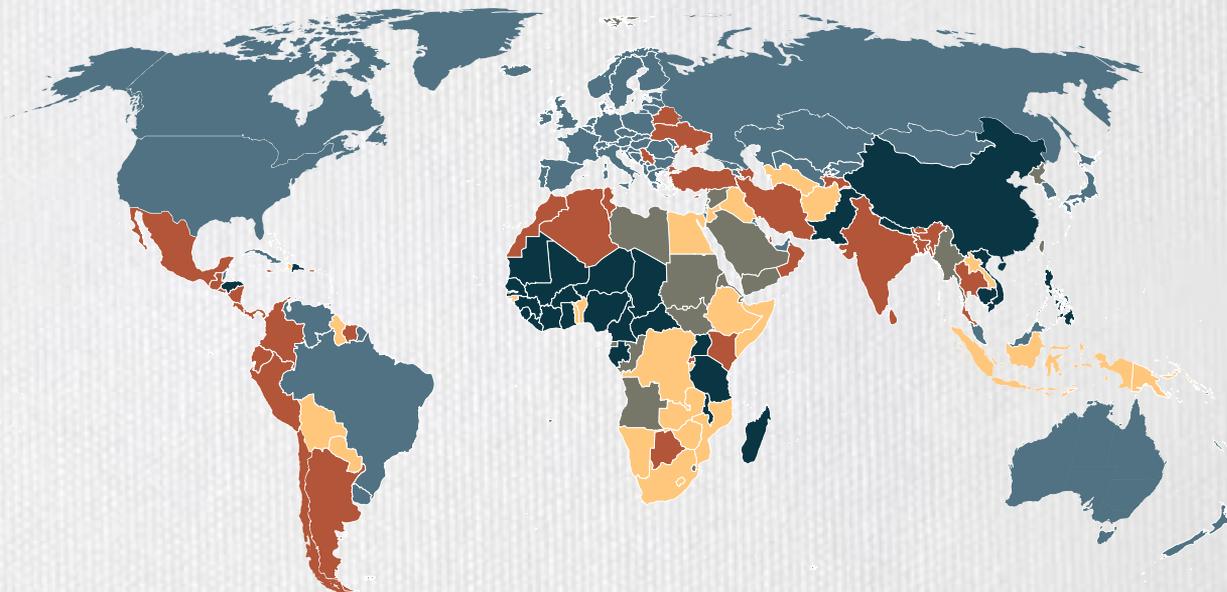
### **Ungleiche Datenqualität in verschiedenen Staaten**

Insgesamt lassen diese Ergebnisse erkennen, dass sich das empirische Wissen über die Fertilität von Teenagern in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert hat. Sie zeigen aber auch, dass es in vielen Staaten und Regionen weiterhin an kohärenten, aktuellen und verwertbaren Daten mangelt, wie sie für die Entwicklung politischer Konzepte und Programme zur Unterstützung von heranwachsenden Mädchen, jungen Müttern, ihren Kindern und Familien notwendig wären. Die Befunde zeigen außerdem, wie wichtig es ist, über die üblichen sozioökonomischen Parameter hinaus weitere Informationen zu sammeln, die für den jeweiligen nationalen Kontext relevant sind. Erst dann können sinnvolle Lösungen entwickelt werden, um die Gesundheit und Rechte jedes einzelnen Mädchens erfolgreich zu schützen.

*Dieser Text ist ein Beitrag der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen*

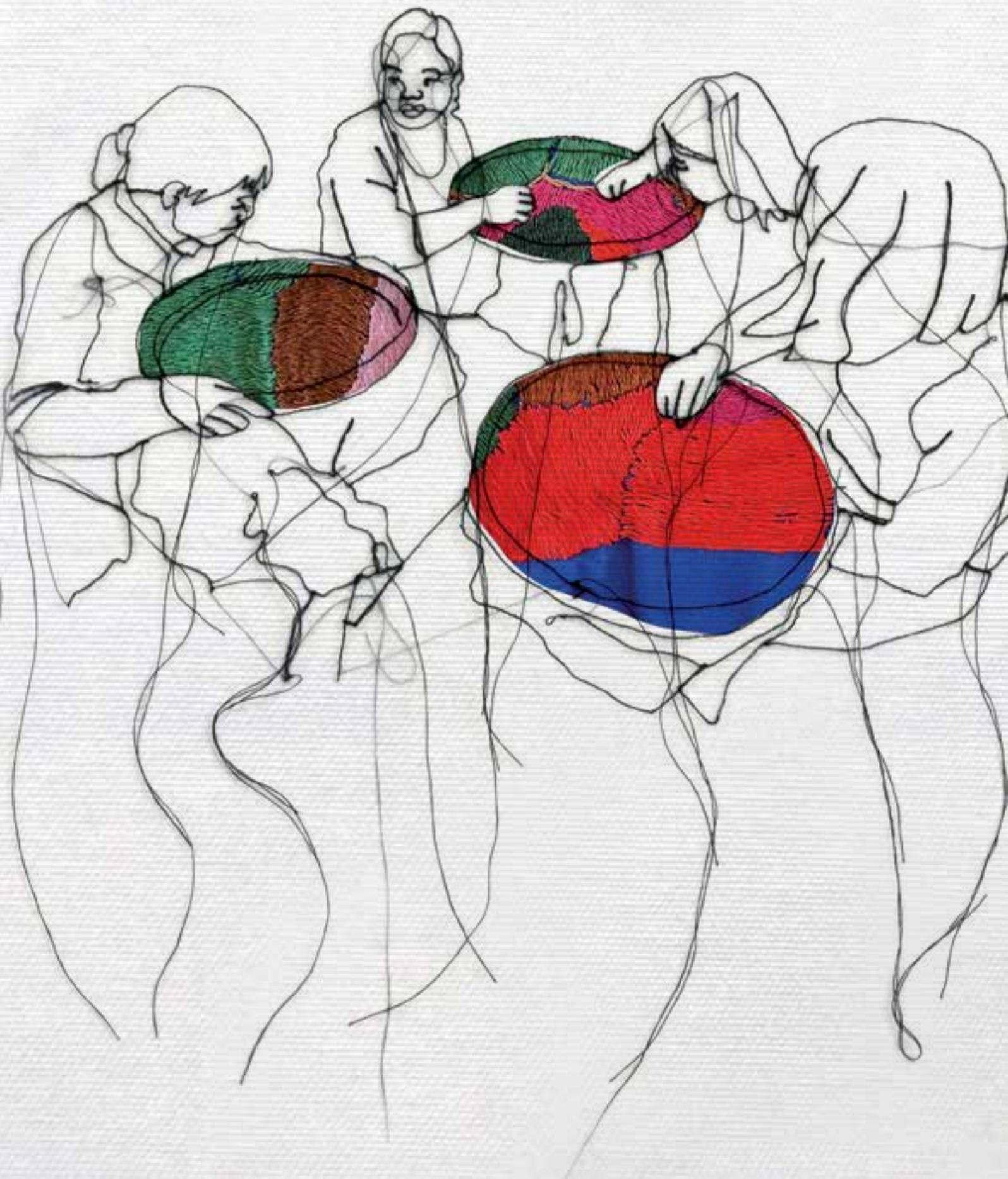
## Datenverfügbarkeit zu Geburten pro 1.000 Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren ab 2015

- Verlässliche Melderegister
- Befragung – wenige Daten oder nur Volkszählung
- Nur Melderegister (lückenhaft) oder Kombination von Melderegistern und Befragungen
- Keine Daten
- Befragung – hohe Verfügbarkeit



Quelle: UN DESA Bevölkerungsabteilung, 2024

Hinweis: Die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen hat die Datenverfügbarkeit in fünf Stufen eingeteilt. Die Staaten der Gruppe 1 verfügen über die beste Erfassung der Geburtenzahlen nach Alter der Mutter, lückenlos dokumentiert in Melderegistern und Bevölkerungsstatistiken. Die Staaten der Gruppe 2 verfügen über Daten aus unvollständigen Melderegistern und Bevölkerungsstatistiken oder aus einer Kombination von unvollständigen Meldedaten und Daten, die aus repräsentativen Befragungen abgeleitet wurden, zum Beispiel aus dem Demographic-and-Health-Surveys-Programm (DHS) oder aus Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). Die Staaten der Gruppe 3 beziehen ihre Informationen weitgehend aus unzureichenden Melderegistern und Bevölkerungsstatistiken. Die Gruppe 4 besteht aus Staaten, die nur vereinzelt über Umfrage- und/oder Volkszählungsdaten verfügen. Die Staaten der Gruppe 5 verfügen über keinerlei Daten über die Fertilität von Teenagern seit 2015.



# FRAUEN sind der FADEN



*Ein tschadisches Sprichwort besagt, dass Frauen der Faden sind, der die Familienbände in ihrem Haushalt webt und stärkt. Indem Frauen friedliche Familien aufbauen, errichten sie friedliche Gesellschaften.*

Auch wenn das ICPD-Aktionsprogramm eine grundlegende Abkehr von der Politik der Bevölkerungskontrolle und eine Hinwendung zu den Rechten aller Menschen bedeutete, so blieben doch für die Rechtfertigung von Investitionen in diese Rechte wirtschaftliche Argumente entscheidend.

Tatsächlich wurden die mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und den reproduktiven Rechten einhergehenden wirtschaftlichen und sozialen Vorteile als erstes Ziel des ICPD-Aktionsprogramms aufgeführt. Die Feststellung, dass sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte notwendige Voraussetzungen für die weitreichende Emanzipation von Frauen und Mädchen als mündige Wirtschaftsakteurinnen sind, hat sich in den vergangenen 30 Jahren immer wieder bewährt. Wenn in Programme zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit investiert wird, lassen sich auf individueller, gesellschaftlicher und nationaler Ebene erhebliche soziale und wirtschaftliche Vorteile erzielen.

Weniger gut erforscht ist das Ausmaß des wirtschaftlichen Nutzens, den Programme zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte mit sich bringen können, da dessen Untersuchung mit zahlreichen Herausforderungen verbunden ist. Umfassende sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte schließen ein breites

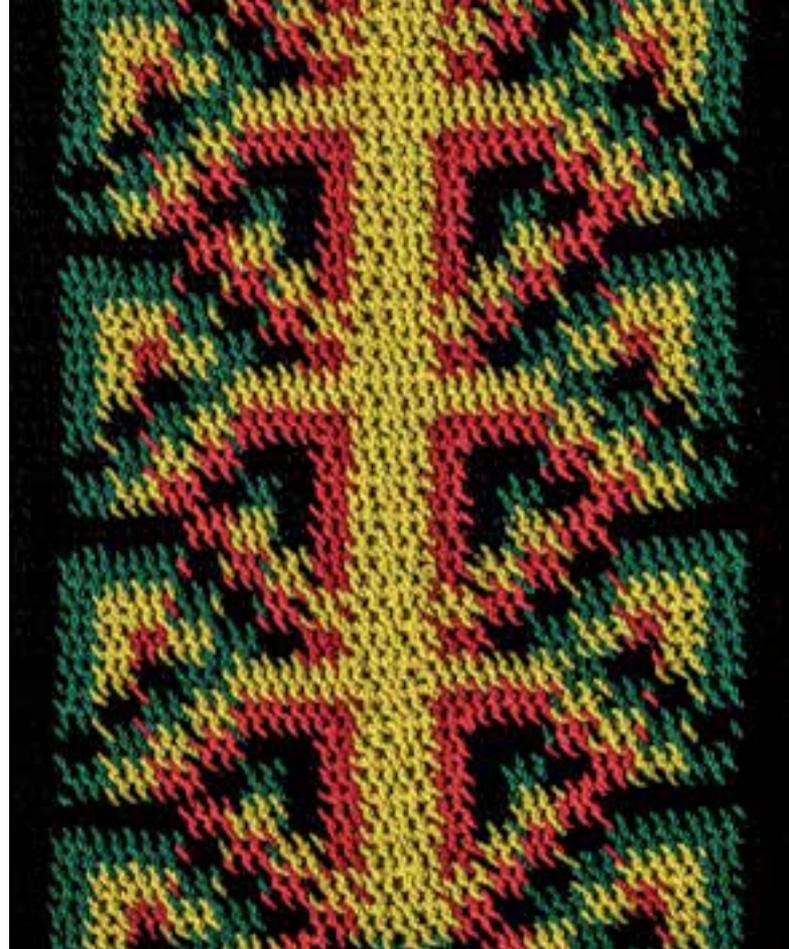
Spektrum von Themen ein: Verhütungsdienste, Zugang zu sicherem Schwangerschaftsabbruch, sofern dieser legal ist, Zugang zu Betreuung nach dem Schwangerschaftsabbruch, Betreuung von Müttern und Neugeborenen, Prävention und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, umfassende Sexualaufklärung, Prävention, Beratung und Behandlung bei geschlechtsspezifischer Gewalt, Prävention, Erkennung und Behandlung von Krebserkrankungen der Reproduktionsorgane, Information, Beratung und Dienste für Subfertilität und Infertilität, Information, Beratung und Dienstleistungen für sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden sowie vieles mehr.

Eine zusätzliche Herausforderung bei der Messung wirtschaftlichen Nutzens besteht darin, dass Investitionen in einem Bereich Kosteneinsparungen in anderen Programmen nach sich ziehen können. Investitionen in die Versorgung mit Verhütungsmitteln können zum Beispiel den Bedarf an Behandlung von Schwangerschaftsabbrüchen und Dienstleistungen der Müttergesundheit verringern. Um den wirtschaftlichen Nutzen von Investitionen in allen Bereichen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte vollständig zu verstehen, wäre ein umfangreiches Forschungsprogramm erforderlich.

**Die mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und den reproduktiven Rechten einhergehenden wirtschaftlichen und sozialen Vorteile wurden als erstes Ziel des ICPD-Aktionsprogramms aufgeführt.**

Zu messen, wie viele Investitionen überhaupt getätigt werden, stellt eine weitere Schwierigkeit dar. Investitionen in eine Vielzahl von Maßnahmen können als Unterstützung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte angesehen werden, aber es gibt keine systematische Erfassung der Ausgaben für diese Maßnahmen. Zwischen 1990 und 1999 blieben die öffentlichen und privaten Mittel zu Bevölkerungsfragen unter zwei Milliarden US-Dollar pro Jahr, mit dem Beginn der Millenniums-Entwicklungsziele stiegen sie jedoch deutlich an. Von 2000 bis 2011 erhöhte sich die jährliche Hilfe stetig und erreichte 12,3 Milliarden US-Dollar. Seit 2011 schwanken die Beiträge zwischen neun und 13 Milliarden US-Dollar pro Jahr. Der größte Teil dieser Ausgaben wurde für die sexuelle und reproduktive Gesundheit aufgewendet, während der Anteil für die Erhebung von Bevölkerungsdaten und die Analyse politischer Maßnahmen abgenommen hat.

Dennoch gibt es Fortschritte bei der Berechnung einiger Investitionserträge, insbesondere bei der Ermittlung von Kosten und Gewinnen, die mit Investitionen in bestimmte Komponenten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte verbunden sind. Zusätzliche Ausgaben in Höhe von 79 Milliarden US-Dollar für die Ausweitung der 29 wichtigsten Maßnahmen zur Familienplanung und Müttergesundheit bis 2030 würden zwischen 2022 und 2050 weltweit einen geschätzten wirtschaftlichen Nutzen in Höhe von 660 Milliarden US-Dollar erbringen. Die Ausgaben würden schätzungsweise 400 Millionen ungeplante Schwangerschaften, eine Million Todesfälle bei Müttern, sechs Millionen Totgeburten und vier Millionen Todesfälle bei Neugeborenen verhindern, mit einem gesamtwirtschaftlichen Nutzen in Form von gewonnenen Lebensjahren, Erwerbsbeteiligung, Arbeitsproduktivität und mehr.



Das Design dieser Bilum-Tasche aus Papua-Neuguinea ist von der Form der weiblichen Eierstöcke und Eileiter inspiriert.  
© Papua-Neuguinea

Die Versorgung mit Verhütungsmitteln, Mütter- und Neugeborenenfürsorge, Dienstleistungen für Schwangerschaftsabbrüche und die Behandlung der wichtigsten heilbaren Geschlechtskrankheiten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen würden jährlich 68,8 Milliarden US-Dollar kosten, also 31,2 Milliarden US-Dollar mehr als die derzeitigen Investitionen – das wäre ein Anstieg von nur 4,80 US-Dollar pro Kopf und Jahr gegenüber den derzeitigen Ausgaben. Im Gegenzug würden unbeabsichtigte Schwangerschaften um 68 Prozent, unsichere Schwangerschaftsabbrüche um 72 Prozent und Todesfälle bei Müttern um 62 Prozent zurückgehen. Darüber hinaus würden die Todesfälle bei Neugeborenen um 69 Prozent und die HIV-Neuinfektionen bei Säuglingen bis zu sechs Wochen um 88 Prozent abnehmen.

Um den gesamten ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu decken, müssten die jährlichen Aufwendungen von 1,10 US-Dollar auf 1,94 US-Dollar pro Kopf steigen. Der kurzfristige Nutzen von Investitionen in die Verhütungsvorsorge würde diese Kosten mehr als ausgleichen: Jeder zusätzliche Dollar, der für Dienstleistungen zur Verhütung ausgegeben wird, senkt die Kosten für die Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen um drei US-Dollar. Jeder US-Dollar, der zusätzlich zu den empfohlenen Investitionen in die Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen über das derzeitige Niveau hinaus für Dienstleistungen zur Verhütung, insbesondere für Jugendliche, aufgewandt wird, mindert die Kosten für die Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen um schätzungsweise 3,70 US-Dollar.

## Durch Schätzungen zurückgelassene Menschen

Der größte Investitionsbedarf besteht in den Ländern und Regionen, die von den Fortschritten bei Wirtschaftswachstum und Entwicklung abgehängt wurden. Der ungedeckte Bedarf ist beispielsweise in Ländern mit niedrigem Einkommen am größten, wo fast die Hälfte (46 Prozent) der Frauen, die eine Schwangerschaft verhindern wollen, keine moderne Verhütungsmethode anwenden. Auf die afrikanischen Länder südlich der Sahara und das südliche Asien entfallen dabei mehr als drei Viertel des gesamten Investitionszuwachses, der erforderlich wäre, um den Bedarf an Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit zu decken, einschließlich Verhütung, aber auch Gesundheit von Müttern und Krankheitsprävention. Viele der Länder mit einem hohen ungedeckten Bedarf gehören auch zu jenen, in denen der Anteil der

Frauen, die angeben, nicht in der Lage zu sein, selbst über Verhütung zu entscheiden, am größten ist, und zu den Ländern mit den höchsten Geburtenraten.

Nicht überraschend, aber nicht minder tragisch ist, dass bei den Schätzungen der wirtschaftlichen Rentabilität weder die Kosten noch der Nutzen berücksichtigt werden, die entstehen, wenn man die am weitesten Abgehängten innerhalb der Länder und Gemeinschaften erreicht. Die Faktoren, die Menschen und Gemeinschaften an den Rand drängen, sind so zahlreich und übergreifend, und die Hindernisse so hoch, dass Programme zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit maßgeschneidert und gezielt sein müssen. Auch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen oder religiösen Minderheit erhöht das Risiko, in der Adoleszenz schwanger zu werden. Es ist unwahrscheinlich, dass Strategien zur Verringerung von Schwangerschaften bei Frauen unter 20 Jahren wirksam sind, wenn nicht direkt auf entsprechende Risiken eingegangen wird. Im besten Fall könnten oder sollten die Botschaften und Maßnahmen gemeinsam mit diesen Gemeinschaften entwickelt werden, um deren Zugänglichkeit und Akzeptanz zu gewährleisten.

Solche Bemühungen könnten zusätzliche Kosten verursachen oder kostengünstiger sein – es liegen derzeit schlicht keine Daten vor, um dies feststellen zu können. Dennoch sträuben Regierungen sich oft dagegen, die notwendigen Mittel zu investieren, um diejenigen zu erreichen, die am weitesten abgedrängt wurden. Dieser Widerstand kann auf den Mangel an verwertbaren Daten zurückgeführt werden, aber auch Voreingenommenheit, Nachlässigkeit und Diskriminierung spielen vermutlich eine Rolle.

Dies alles erklärt, warum der Großteil der in den vergangenen 30 Jahren erzielten Fortschritte in erster Linie diejenigen erreicht hat, die in Reichweite groß angelegter Programme zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind beziehungsweise waren. Die Hypothese der umgekehrten Gerechtigkeit besagt, dass Fortschritte oft um den Preis einer Verschärfung der Ungleichheiten für die am stärksten Marginalisierten erzielt werden, zumindest am Anfang. Wenn man jedoch weiterhin nur die „niedrig hängenden Früchte“ pflückt, werden sich diese Ungleichheiten wahrscheinlich weiter verschärfen und die Ziele der ICPD-Agenda letztlich unerfüllt bleiben. So hoch die anfänglichen Kosten auch sein mögen, der enorme Bedarf dieser benachteiligten Einzelpersonen und Gemeinschaften kann sogar bedeuten, dass wirksame Investitionen einen wesentlich höheren Ertrag erbringen, als dies bei Programmen der Fall ist, die auf „niedrig hängende Früchte“ zielen.

## Der langfristige Wert reproduktiver Selbstbestimmung

Die Welt steht erst am Anfang, wenn es darum geht, die reproduktive Handlungsfähigkeit zu messen – ein Konzept, das von entscheidender Bedeutung ist, jedoch noch nicht ausreichend definiert wurde. Obwohl sie nur einen Ausgangspunkt darstellen, sind zwei Indikatoren der Ziele für nachhaltige Entwicklung bahnbrechend: körperliche Selbstbestimmung (5.6.1) und förderliches Umfeld (5.6.2). Sie zeigen die große Zahl von Menschen und Orten auf, an denen die Grundrechte nur unzureichend umgesetzt sind. Dennoch liefern nur 115 Länder oder Regionen Daten zu 5.6.2, und nur 68 zu 5.6.1. Es werden viel mehr Informationen benötigt, unter anderem über den Zugang zu Fertilitätsbehandlungen, die

Auswirkung von Stigmatisierung und die Erfahrung von reproduktivem Zwang und Gewalt, um den Zustand der reproduktiven Handlungsfähigkeit von Frauen vollständig zu verstehen.

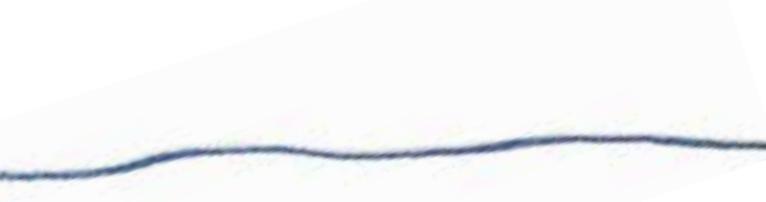
Heute ist die vielleicht beste, wenn auch beschränkte, Messgröße zur Einschätzung des wirtschaftlichen Nutzens von Investitionen in die reproduktive Selbstbestimmung die Verwendung von Verhütungsmitteln durch Frauen, die eine Schwangerschaft verhindern wollen. Der Grund dafür ist, dass sowohl das Ausmaß als auch die Auswirkungen unbeabsichtigter Schwangerschaften gut erforscht sind. Etwa die Hälfte der Schwangerschaften in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen – 112 Millionen jährlich – sind unbeabsichtigt. Die meisten, nämlich 77 Prozent, treten bei den 218 Millionen Frauen im reproduktiven Alter in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf, die eine Schwangerschaft vermeiden wollen, aber keine moderne Verhütungsmethode anwenden.

Der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln ist innerhalb und zwischen den Ländern sehr ungleich verteilt. So ist er in Ländern mit niedrigem Einkommen nicht nur am höchsten, sondern es bestehen auch Unterschiede zwischen den Altersgruppen: Unter den Frauen, die eine Schwangerschaft vermeiden wollen, ist der Anteil derer, die einen ungedeckten Bedarf an modernen Methoden haben, bei den 15- bis 19-Jährigen (43 Prozent) deutlich höher als bei allen Frauen im reproduktiven Alter (24 Prozent). Auch Frauen aus wohlhabenden Haushalten, die in städtischen Gebieten leben und über ein höheres Bildungsniveau verfügen, haben tendenziell einen geringeren ungedeckten Bedarf als ihre Altersgenossinnen. In von humanitären Krisen betroffenen Ländern nutzte 2015 etwa die Hälfte der Frauen, die in einer Partnerschaft leben, aber eine Schwangerschaft verhindern wollen,

weder eine moderne noch eine traditionelle Verhütungsmethode – eine Quote, die weit über dem weltweiten Durchschnitt liegt.

Familienplanung ermöglicht es Frauen, ein höheres Bildungsniveau zu erreichen, und eröffnet ihnen eine breitere Palette an Karrieremöglichkeiten, als dies sonst der Fall wäre. Sie bringt eine ganze Reihe weiterer Vorteile für Mädchen und Frauen mit sich: So haben sie beispielsweise eher Zugang zu medizinischer Versorgung, kennen ihre Rechte und haben das Selbstvertrauen, diese auch wahrzunehmen.

Ein höheres Bildungsniveau von Frauen ist auch mit einem höheren Einkommen verbunden. Frauen, die zumindest über eine gewisse Grundschulbildung verfügen, verdienen 14 bis 19 Prozent mehr als Frauen ohne Schulbildung; Frauen mit Sekundar- schulbildung verdienen fast doppelt so viel wie Frauen ohne Schulbildung; und Frauen mit Hochschulbildung verdienen etwa dreimal so viel wie Frauen ohne Schulbildung, so die Daten aus bis zu 96 Ländern.



**Die Welt fängt gerade erst an, die Handlungsfähigkeit im Bereich Reproduktion zu messen.**

Familienplanung ermöglicht es Frauen, die Mütter werden wollen, zumindest bis zu einem gewissen Grad, die Abstände zwischen den Geburten ihrer Kinder und die Gesamtzahl ihrer Kinder selbst zu bestimmen und damit auch ihre Auszeit vom Beruf zu planen. Zu den Kosten des Kinderkriegens während der Erwerbstätigkeit gehören Verdiensteinbußen aufgrund eines vorübergehenden Ausscheidens aus dem Erwerbsleben und eine Verringerung der Arbeitszeit. Beides kann zum Qualifikationsverlust beitragen und Arbeitgeber\*innen davon abhalten, in den Aufbau von Qualifikationen zu investieren, was letztlich zu einer Beeinträchtigung der beruflichen Laufbahn führt.

Mehr Bildung kann das Wissen und die Handlungsfähigkeit von Frauen verbessern, die sie für den Zugang zu Verhütungsmitteln und deren Anwendung benötigen. In der Tat setzt die Verhütungsvorsorge einen positiven Kreislauf der Befähigung und Chancen für Frauen in Gang. Darüber hinaus ergeben sich Vorteile für mehrere Generationen: Frauen, die erwerbstätig sind, erwarten mit größerer Wahrscheinlichkeit das Gleiche von ihren Töchtern. Das ebnet den Kindern den Weg zu mehr Wahlmöglichkeiten im Leben, einschließlich der Möglichkeit, die Heirat hinauszuzögern, um ihre Schulbildung abzuschließen und von den langfristigen Vorteilen zu profitieren, die Bildung in Form von wirtschaftlicher, sozialer und persönlicher Stärkung mit sich bringt.

Nicht nur den Mädchen selbst kommt ihre Bildung zu Gute. Arbeitgeber\*innen sind sich zunehmend bewusst, dass sich die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte positiv auf ihre eigene wirtschaftliche Situation auswirkt. Unternehmen in Asien können ein von UNFPA entwickeltes Return-on-

Investment-Tool nutzen, um die Produktivitätsvorteile zu ermitteln, die sich ergeben, wenn sie die reproduktive Gesundheit ihrer Mitarbeiter\*innen fördern.

Auch die Länder profitieren davon, denn die reproduktive Selbstbestimmung steigert den Beitrag von Frauen zur Volkswirtschaft. In Kenia, Nigeria und Senegal würde das Pro-Kopf-Einkommen zwischen 2005 und 2030 um 31 bis 65 Prozent steigen, wenn der gesamte derzeit ungedeckte Bedarf an modernen Verhütungsmitteln in diesen Ländern gedeckt werden würde.

Schätzungen zufolge würde sich eine Investition von einem US-Dollar in die Familienplanung im Laufe der Zeit in einem Wirtschaftswachstum in Höhe von 60 bis 100 US-Dollar auszahlen. Die Weltbank schätzt, dass die eingeschränkten Bildungschancen für Mädchen weltweit 15 bis 30 Billionen US-Dollar an entgangener Produktivität und Einkommen kosten. Weltweit sinkt die Erwerbsbeteiligung von Frauen im Alter von 25 bis 39 Jahren mit jedem zusätzlichen Kind um zehn bis 15 Prozentpunkte bzw. fast zwei Jahre.

Keine Verhütungsmethode ist absolut sicher, und trotz der anhaltenden Restriktionen für Schwangerschaftsabbrüche in vielen Ländern weltweit enden schätzungsweise sechs von zehn unbeabsichtigten Schwangerschaften jedes Jahr mit einem Schwangerschaftsabbruch. Daher ist es unwahrscheinlich, dass die Nachfrage nach – sicheren oder unsicheren – Schwangerschaftsabbrüchen verschwinden wird.

Schätzungen zufolge sind zwischen fünf und 13 Prozent der weltweiten Todesfälle bei Müttern sowie weit verbreitete Krankheiten und Behinderungen auf unsichere Schwangerschaftsabbrüche zurückzuführen. Die Gesamtkosten für die

Betreuung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen belaufen sich auf 2,8 Milliarden US-Dollar jährlich, wovon eine Milliarde US-Dollar auf Schwangerschaftsabbrüche (die sowohl unter sicheren als auch unter unsicheren Bedingungen durchgeführt werden) und 1,7 Milliarden US-Dollar auf die Betreuung nach dem Schwangerschaftsabbruch entfallen. Würden alle derzeit unsicheren Schwangerschaftsabbrüche in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen sicher durchgeführt und der gesamte Bedarf an Verhütungsmitteln und Versorgung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen gedeckt, würden die Gesamtkosten für die Versorgung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen auf 600 Millionen Dollar sinken.

## Langfristige Vorteile der Beendigung geschlechtsspezifischer Gewalt

Weltweit berichtet mehr als eine von vier Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die in einer Beziehung gelebt haben, dass sie in ihrem Leben geschlechtsspezifische Gewalt in Form von körperlicher oder sexualisierter Gewalt durch einen Intimpartner erfahren haben.

Die Prävalenz von Gewalt in Partnerschaften ist in Südasien und Afrika südlich der Sahara besonders hoch: Schätzungen zufolge haben dort 19 bis 20 Prozent der Frauen in den vergangenen zwölf Monaten Gewalt in ihrer Partnerschaft erlebt. Einer Auswertung von Daten aus 46 Ländern zufolge sind ärmere und jüngere Frauen sowie Frauen, die in ländlichen Gebieten leben, besonders häufig von Gewalt in Partnerschaften betroffen. Auch unter

Zwangsvertriebenen und Menschen, die in Konfliktgebieten leben, ist Gewalt gegen Frauen in der Regel stärker verbreitet.

Den Zusammenhang zwischen Gewalt und mangelnder reproduktiver Selbstbestimmung zu entschlüsseln, ist nicht nur deshalb schwierig, weil sexualisierte Gewalt und Nötigung die körperliche Selbstbestimmung direkt untergraben, sondern auch, weil reproduktive Nötigung selbst eine Form von Gewalt darstellt. Frauen, die Gewalt durch einen Intimpartner erfahren haben, verwenden in der Folge deutlich seltener Verhütungsmittel, und es ist besonders unwahrscheinlich, dass sie sich auf partnerabhängige Methoden wie Kondome verlassen. Gewalt durch Intimpartner wird auch mit einer höheren Zahl ungewollter Schwangerschaften in Verbindung gebracht.

Allerdings fordert Gewalt auch einen beträchtlichen wirtschaftlichen Tribut in Form negativer Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit, einschließlich sexuell übertragbarer Krankheiten und unzureichender pränataler und qualifizierter Geburtshilfe. Die Kosten hierfür sind oft langfristig, da Frauen, die während der Schwangerschaft Gewalt erfahren, häufiger Fehlgeburten, Totgeburten und Babys mit niedrigem Geburtsgewicht haben. Gewalt durch Intimpartner und andere Formen geschlechtsspezifischer Gewalt können auch zu psychischen Traumata und Stress, körperlichen Verletzungen und sogar zum Tod führen. Frauen, die sexualisierte Gewalt außerhalb einer Partnerschaft erleben, haben zudem ein höheres Risiko für Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie für psychische Störungen. Auch die Gesundheitssysteme tragen erhebliche Kosten für die Behandlung von Menschen, die Gewalt erlebt haben.

Weiterhin kann es zu Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit, die Produktivität und die Löhne kommen. Gewalt kann zu eingeschränkten Beschäftigungsmöglichkeiten aufgrund der Angst vor Belästigung oder Gewalt führen. Gewalt kann die beruflichen Wahlmöglichkeiten einschränken, wenn Frauen sich nach Arbeitsplätzen umsehen, die sie als sicherer empfinden. Und Gewalt kann aufgrund psychischer Belastung und gesundheitlicher Folgen zu Fehlzeiten und verringerter Produktivität führen.

Wie hoch ist die Gesamtrechnung? Die Zahlen gehen auseinander, die Ergebnisse sind jedoch allesamt beachtlich: In den afrikanischen Ländern südlich der Sahara führt Schätzungen zufolge jeder Anstieg des Anteils der Frauen, die geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt sind, um einen Prozentpunkt zu einem Rückgang der Wirtschaftstätigkeit um bis zu acht Prozent, was in erster Linie auf einen Rückgang der Beschäftigung von Frauen zurückzuführen ist. Andere schätzten die globalen Kosten von Gewalt durch Intimpartner auf fünf Prozent des weltweiten BIP und auf fast 15 Prozent des BIP in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara, wobei die Werte zwischen 0,35 und 6,6 Prozent des BIP liegen. Die Beseitigung von geschlechtsspezifischer Gewalt würde nicht nur diese Kosten einsparen, sondern auch unmittelbare und langfristige Vorteile für die Produktivität und das Einkommenspotenzial der Betroffenen mit sich bringen, wobei die Auswirkungen über Generationen hinweg spürbar sind.

Es können sogar unmittelbare wirtschaftliche Vorteile erzielt werden, wenn Frauen dabei unterstützt werden, gewalttätigen Beziehungen zu entkommen. In den Vereinigten Staaten führten zivile Rechtsberatungsdienste für Überlebende von Gewalt in Intimbeziehungen zu einem

durchschnittlichen Nettoeinkommenszuwachs von 5.500 US-Dollar innerhalb eines Jahres nach Inanspruchnahme der Hilfe. Dies entspricht einem Gewinn von 2,41 US-Dollar an persönlichem Einkommen für jeden für Rechtsberatung ausgegebenen US-Dollar. Frauen, die diese Dienste in Anspruch nahmen, waren ein Jahr später auch seltener von Armut betroffen. Investitionen in die Gewaltprävention könnten ähnlich hohe Erträge bringen. Der Nutzen bleibt über Bevölkerungsgruppen und Generationen hinweg bestehen. Maßnahmen zur Prävention von geschlechtsspezifischer Gewalt verbessern die Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen.

Maßgeschneiderte Programme sind besonders wichtig, um marginalisierte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die geschlechtsspezifische Gewalt aufgrund verschiedener Faktoren wie ethnischer Zugehörigkeit, Geschlechtsidentität, sexueller Orientierung, Behinderung und wirtschaftlichem Status unterschiedlich erleben.

Fehlen solche maßgeschneiderten Programme, kann das dazu führen, dass zahlreiche Ressourcen für Polizeiarbeit und Inhaftierung bereitgestellt werden, ohne jene Stigmata und Ungleichheiten anzugehen, die überhaupt erst dazu führen, dass Frauen von Gewalt betroffen sind. Dieses Versäumnis kann sogar zur Kriminalisierung von Frauen beitragen, bis hin zu deren Verhaftung und gegebenenfalls dem Eingreifen des Kinderschutzsystems. Dieses Phänomen ist auch als „Abuse-to-Prison-Pipeline“ (zu Deutsch etwa „Vom Missbrauch ins Gefängnis Pipeline“) bekannt: Wenn die Meldung von Gewalt an eine misstrauische Behörde, die Flucht vor dem Täter oder das Opfer von Menschenhandel zu sein am Ende zur Verhaftung des Opfers führt.

Es gibt Risikofaktoren, welche die Anfälligkeit für Gewalt in Intimbeziehungen erhöhen, und auch Männer und Jungen erleben geschlechtsspezifische Gewalt, wobei man von einer hohen Dunkelziffer ausgeht. Daher sollten gezielte Maßnahmen zur Verringerung der Gewalt in Intimbeziehungen ergriffen werden. Doch maßgeschneiderte Ansätze allein reichen nicht aus. Es bedarf entsprechender Gesetze und politischer Maßnahmen ebenso wie neuer sozialer Normen. Denn es gilt, die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern und damit nicht nur Gewalt zu verhindern, sondern die Gemeinschaft als Ganzes positiv zu verändern.

## Langfristige Vorteile einer umfassenden Sexualaufklärung

Umfassende Sexualaufklärung vermittelt den Menschen das Wissen und die Fähigkeiten, die sie brauchen, um ihr Leben lang informierte, gesunde und verantwortungsvolle Entscheidungen in Bezug auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu treffen. Sie deckt eine Reihe von Themen ab, darunter Verhütung, sexuell übertragbare Krankheiten, Selbstbestimmung und achtsame Kommunikation in Beziehungen – mit Vorteilen für die individuelle und öffentliche Gesundheit, die wirtschaftliche Stärkung und das physische und psychische Wohlbefinden. Junge Menschen, die in der Lage sind, sich vor Krankheiten zu schützen, unbeabsichtigte Schwangerschaften zu vermeiden und Gewalt vorzubeugen (oder sie zu erkennen und ihr zu entkommen), sind besser in der Lage, ihre Ausbildung fortzusetzen, am Berufsleben teilzunehmen und sich selbst zu verwirklichen.

Umfassende Sexualaufklärung wird mit einer Verzögerung des Alters für den ersten Sex, einer verstärkten Nutzung von Verhütungsmethoden und einer Verringerung der Schwangerschaftsraten bei Jugendlichen in Verbindung gebracht. Programme, die eine umfassende Sexualaufklärung mit altersentsprechenden Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verknüpfen, haben sich als besonders wirkungsvoll erwiesen, um unbeabsichtigte Schwangerschaften zu reduzieren.

International vereinbarte Menschenrechts- und Gleichstellungsstandards in umfassende Sexualaufklärungsprogramme einzubeziehen, hat sich als sehr wirksames Konzept erwiesen, wenn es darum geht, kurzfristig das Wissen zu erweitern, die Einstellung zu verbessern und die Kommunikation mit den Eltern über Sex und Beziehungen zu stärken. Auch auf längere Sicht hat dies positive Auswirkungen auf die Kommunikation mit Partner\*innen, das Wissen über sexuelle Gesundheit und die Sensibilisierung für entsprechende Dienstleistungen. Darüber hinaus sind genderorientierte Programme wesentlich effektiver bei der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit wie etwa der Senkung der Raten von unbeabsichtigten Schwangerschaften oder von sexuell übertragbaren Krankheiten.

Die kulturellen und sozialen Aspekte einer umfassenden Sexualaufklärung sind ebenso wichtig wie die gesundheitlichen Aspekte, auch wenn diese manchmal als unnötig oder ideologisch abgetan werden. Umfassende Sexualaufklärung nach internationalen Standards ist jedoch altersgerecht, kulturell relevant und kontextabhängig. Tatsächlich ist die Anpassung umfassender Lehrpläne zur Sexualaufklärung an die lokalen Bedürfnisse für die Wirksamkeit der Programme ebenso wichtig wie deren Akzeptanz durch Eltern, Familien und lokale

Gemeinschaften (einschließlich Glaubensgemeinschaften) sichergestellt werden muss. Dieser Punkt kann besonders relevant sein, wenn es um marginalisierte Gemeinschaften geht. In einigen Ländern wird zum Beispiel auf die Risiken hingewiesen, die mit „Sugar Daddys“ verbunden sind, also mit älteren Männern, die anbieten, das Schulgeld für Mädchen zu bezahlen oder Geschenke als Gegenleistung für sexuelle Aktivitäten zu machen, wenn diese Form der Ausbeutung dort weit verbreitet ist. In anderen Ländern wird hingegen die Normalisierung der Menstruation aufgrund der vorherrschenden Menstruationstabus stärker betont.

Aufklärungsprogramme mit dem ausdrücklichen Ziel, Mädchen und andere marginalisierte junge Menschen zu befähigen, sich als gleichberechtigte Mitglieder in ihren Beziehungen zu sehen, versetzen die Jugendlichen besonders wirksam in die Lage, ihre Gesundheit zu schützen und sich als aktive Teilnehmer\*innen in der Gesellschaft zu engagieren. Leider hat die umfassende, rechtebasierte Sexualaufklärung noch nicht ihre volle Wirkung entfaltet. Das liegt zum Teil daran, dass Pädagog\*innen Aspekte des Lehrplans, die ihnen unangenehm sind, nicht ausreichend berücksichtigen, und zum Teil daran, dass die Einbeziehung von geschlechtsspezifischen und sozialen Normen oft unzureichend ist.

Dennoch steigt die Wirtschaftlichkeit von Investitionen erheblich, wenn umfassende Sexualaufklärung in großem Umfang und nachhaltig durchgeführt wird. In Ländern, in denen sich die Programme noch in der Pilotphase befanden, bewegten sich die Kosten zwischen 50 und 160 US-Dollar pro erreichter Schüler\*in, während sie in Ländern mit umfassenden Programmen zwischen sieben und 33 US-Dollar pro Schüler\*in lagen. Nach drei Jahren Laufzeit eines umfassenden

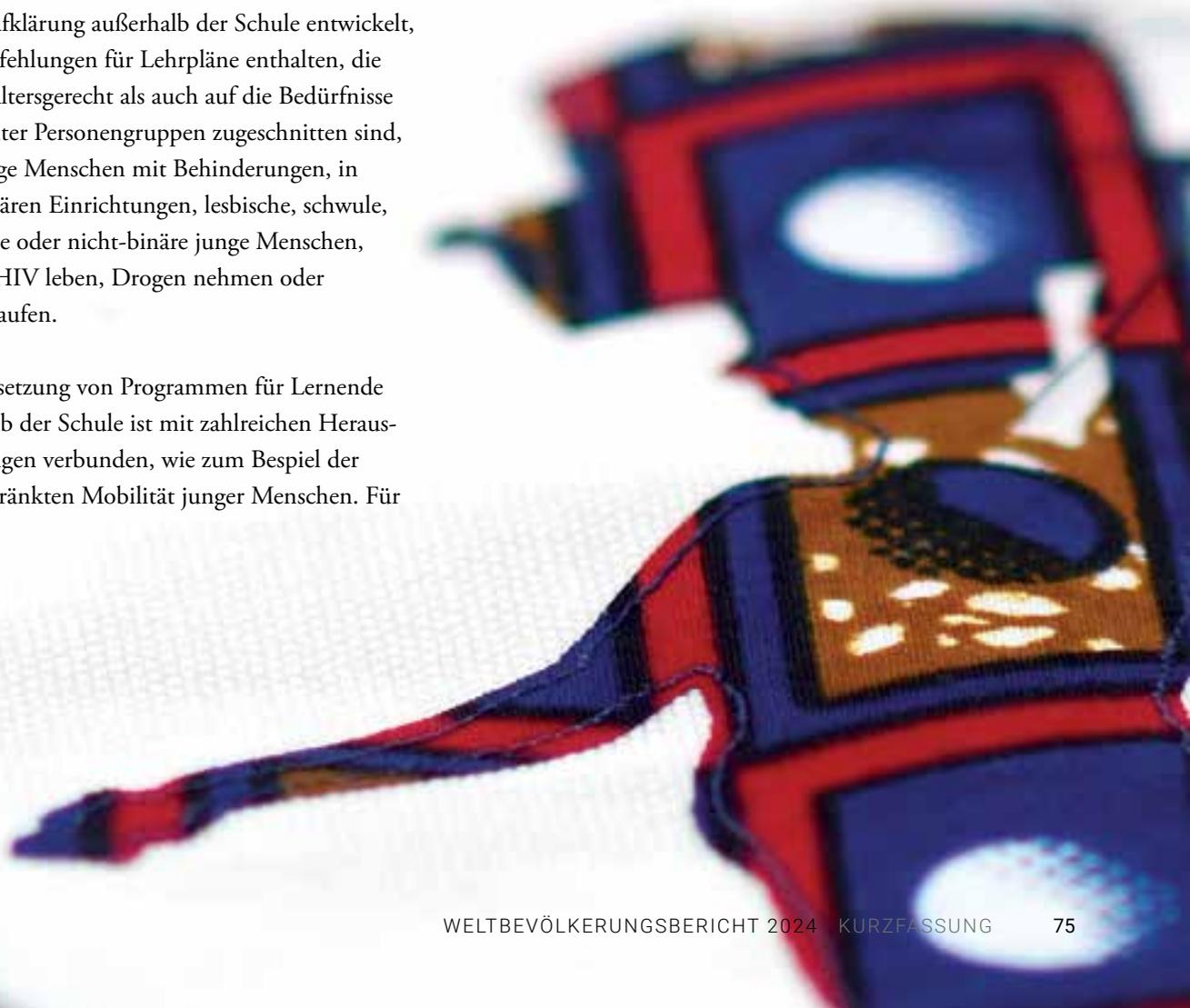
Schulprogramms zur Sexualaufklärung in Indonesien sanken die Programmkosten um 90 Prozent.

Expert\*innen weisen darauf hin, dass die Kosteneinsparungen und der Investitionsertrag wahrscheinlich noch höher ausfallen, wenn die umfassende Sexualaufklärung in die Lehrer\*innen-ausbildung integriert wird, da so das Thema entmystifiziert werde und die Lehrpläne für eine wachsende Zahl von Lehrkräften effektiv vermittelt werden können. Durch diese Investition werden auch die Kosten für die Lehrer\*innenfortbildung gesenkt.

Angesichts der Tatsache, dass 2018 rund 263 Millionen Jugendliche nicht zur Schule gingen, haben UNFPA und Partnerorganisationen evidenzbasierte Leitlinien für eine umfassende Sexualaufklärung außerhalb der Schule entwickelt, die Empfehlungen für Lehrpläne enthalten, die sowohl altersgerecht als auch auf die Bedürfnisse bestimmter Personengruppen zugeschnitten sind, z. B. junge Menschen mit Behinderungen, in humanitären Einrichtungen, lesbische, schwule, bisexuelle oder nicht-binäre junge Menschen, die mit HIV leben, Drogen nehmen oder Sex verkaufen.

Die Umsetzung von Programmen für Lernende außerhalb der Schule ist mit zahlreichen Herausforderungen verbunden, wie zum Beispiel der eingeschränkten Mobilität junger Menschen. Für

die Anpassung der Programme an die Bedürfnisse dieser unterschiedlichen Gruppen fehlen meist Ressourcen. Dabei können angesichts der Größe dieser Bevölkerungsgruppe und der erhöhten Gefährdung, der sie ausgesetzt sind, umfassende Programme zur Sexualaufklärung für Jugendliche außerhalb der Schule einen erheblichen Nutzen bringen. Die Programme haben zudem das Potenzial, im Laufe der Zeit Kosten einzusparen, insbesondere, wenn man die höheren Risiken für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Gesundheitslage insgesamt berücksichtigt, die mit einem niedrigeren Bildungsniveau verbunden sind.





## Die Vorteile einer Welt der Geschlechtergerechtigkeit

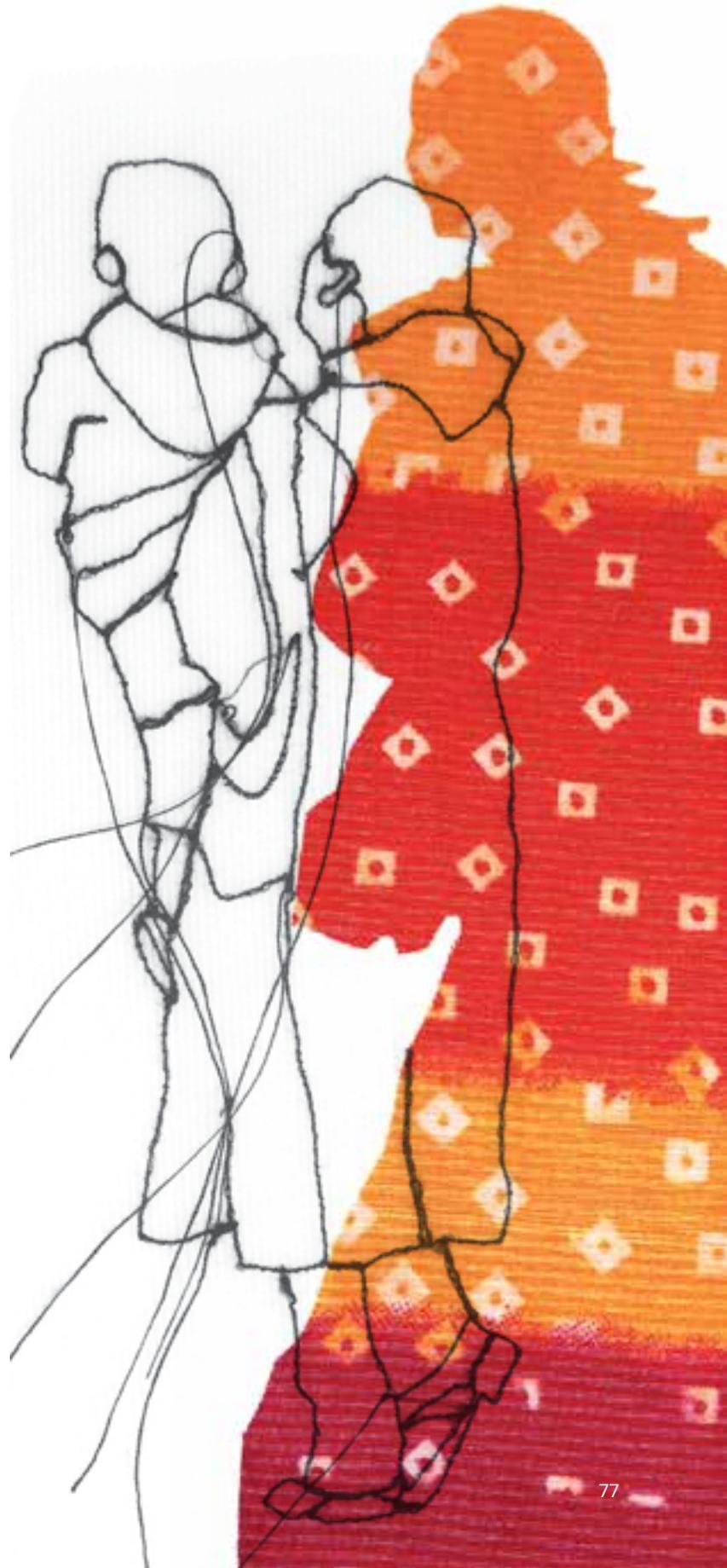
Die Gleichstellung der Geschlechter und die sexuelle und reproduktive Gesundheit stehen in einer engen Beziehung, die sich gegenseitig verstärkt. Sie sind eindeutig in den Menschenrechten verankert. Fortschritte an beiden Fronten dürften den sozialen und wirtschaftlichen Nutzen für die gesamte Gesellschaft maximieren.

Wenn Frauen verhüten, führt der anschließende Rückgang der Fertilität zu einem geringeren Anteil abhängiger Kinder im Verhältnis zur Größe der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Diese demografische Verschiebung kann zu dem führen, was gemeinhin als demografische Dividende bezeichnet wird: höhere Produktivitätsraten und Wirtschaftswachstum. Das Konzept der demografischen Dividende wurde durch Beobachtungen des Wirtschaftswachstums nach dem Rückgang der Fertilität in ostasiatischen Ländern in den 1960er- bis 1990er-Jahren inspiriert.

Die demografische Dividende folgt jedoch nicht automatisch auf einen Rückgang der Fertilität. In Asien wurde das Wirtschaftswachstum während des demografischen Überganges zum Teil auf die Beteiligung der Frauen am Erwerbsleben zurückgeführt. Einige Untersuchungen und politische Analysen kommen zu dem Schluss, dass sich die demografische Dividende nicht wiederholen kann, wenn neben dem Rückgang der Fertilität nicht auch ein gewisses Maß an Gleichstellung der Geschlechter erreicht wird. Tatsächlich wurde ein Drittel des Wirtschaftswachstums, das in

Asien in den Jahren der demografischen Dividende zu verzeichnen war, neben dem raschen Rückgang der Fertilität auf Verbesserungen bei der Stärkung der Rolle der Frau und ihrer Beteiligung am Erwerbsleben zurückgeführt.

Insgesamt gibt es also viele gute wirtschaftliche Argumente für Investitionen in Programme, mit denen die reproduktive Selbstbestimmung und andere Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gefördert werden – wobei die Erträge sogar noch höher sind, vielleicht sogar synergetisch verstärkt werden, wenn diese gleichzeitig mit Verbesserungen der Gleichstellung der Geschlechter erfolgen. Die Welt kann und sollte darauf hinarbeiten, die wirtschaftlichen Argumente für Investitionen in Programme zugunsten der am stärksten Marginalisierten, der am stärksten Zurückgedrängten, weiter zu fördern. Mehr Daten und Analysen sind erforderlich, um das gesamte Spektrum der Erträge zu verstehen, die sich ergeben, wenn wir unsere Investitionen auf diejenigen ausrichten, die sie am dringendsten benötigen. Aber selbst mit der jetzigen Evidenzbasis – gepaart mit gesundem Menschenverstand und einem Gespür für das, was richtig ist – ist die Sache klar: Der nächste Schritt lautet handeln.





# Der **STOFF** unserer **ZUKUNFT**



Interessengruppen, Organisationen und führende Persönlichkeiten, die für Gerechtigkeit eintreten, lassen sich heute – vielleicht mehr denn je – von dem Gedanken leiten, dass kollektive Rechte gestärkt werden können, indem man die Rechte und das Wohlergehen der einzelnen Menschen stärkt und umgekehrt. Auch im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist es unbedingt notwendig, gemeinsam die Individualrechte zu stärken. Grundlage dafür müssen sowohl die Menschenrechte als auch wissenschaftliche und historische Fakten sein, andernfalls ist die Menschheit auf die künftigen Herausforderungen schlecht vorbereitet.



**„Wenn Ihr gekommen seid, um mir zu helfen, vergeudet Ihr Eure Zeit. Aber wenn Ihr gekommen seid, weil Eure Befreiung mit meiner verbunden ist, dann lasst uns zusammenarbeiten.“**

– LILLA WATSON

## **Drei Jahrzehnte Fortschritt: ein vielversprechender Anfang**

Was die Anwendung moderner Verhütungsmethoden betrifft, so haben Frauen seit der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo deutlich an Handlungsfähigkeit gewonnen. Von 1990 bis 2022 stieg der Anteil der verheirateten oder liierten Frauen, die auf moderne Methoden zur Empfängnisverhütung setzen, von 11,5 auf 33,5 Prozent. Von 1990 bis 1994 und von 2015 bis 2019 ist die Zahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften um 19 Prozent zurückgegangen – ein bedeutsamer Fortschritt für Frauen, selbst über ihren Körper und ihre Zukunft bestimmen zu können. Auch die weltweite Müttersterblichkeitsrate ist von 2000 bis 2020 um mehr als ein Drittel gesunken. Bei diesen Meilensteinen spielten die Fortschritte der Medizin und der Gesundheitssysteme eine wichtige Rolle. Die technologische Entwicklung im Bereich Verhütung sorgt für eine breite Auswahl an sicheren, zuverlässigen Methoden. Auch qualifiziertes medizinisches Personal, die Verfügbarkeit unentbehrlicher Medikamente und hochwertige, internationalen Standards entsprechende Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit tragen dazu bei, dass Mütter heute deutlich bessere Überlebenschancen haben.

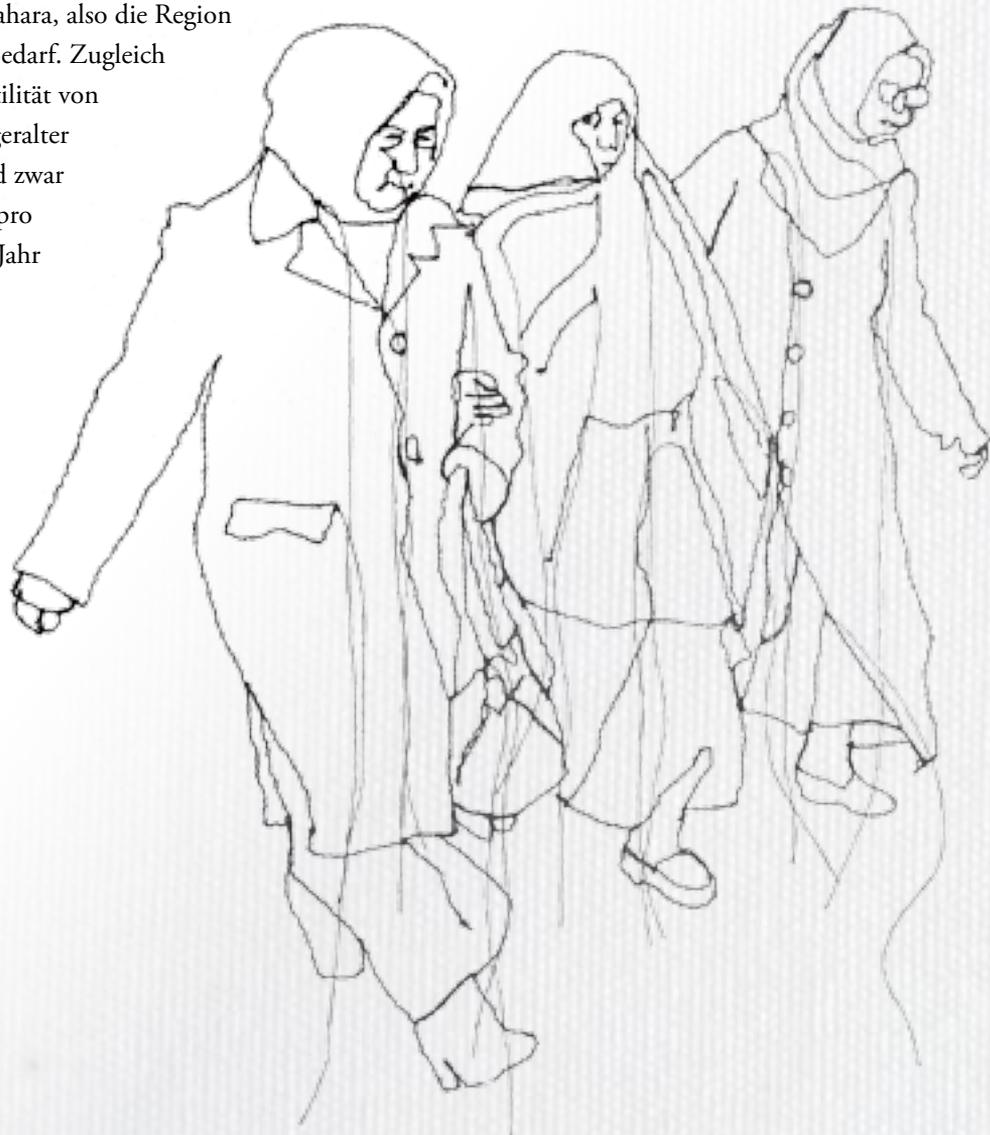
Dass diese Fortschritte seit dem bahnbrechenden Konsens auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo erzielt werden konnten, ist kein Zufall. Die gemeinsame Überzeugung, die der Konferenz zugrunde lag – dass nämlich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte untrennbar mit der allgemeinen nachhaltigen Entwicklung und infolgedessen mit dem Wohlergehen aller Menschen verknüpft sind –, wurde seit 1994 in

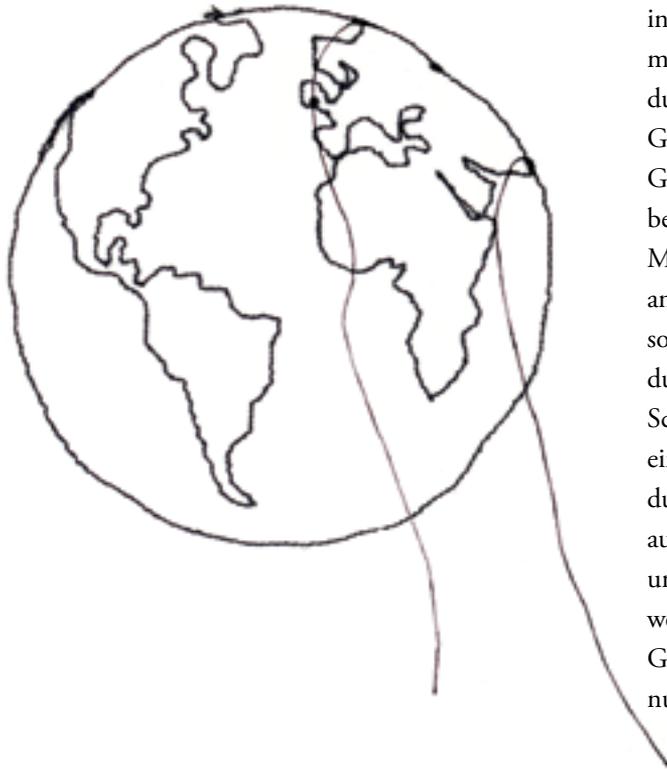
zahlreichen internationalen, regionalen und globalen Initiativen weiterverfolgt.

2023 markierte die „Halbzeit“ für die weltweiten Bemühungen, die Ziele für nachhaltige Entwicklung zu verwirklichen. Es gab einige Erfolgsmeldungen, unter anderem auch bei den Zielvorgaben, die an das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz anknüpfen. So hat zum Beispiel zwischen 2015 und 2023 der Frauenanteil in den Parlamenten um 4,2 Prozentpunkte zugenommen. Der Anteil der Frauen, deren Bedarf an modernen Methoden zur Familienplanung gedeckt ist, stieg leicht von 76,5 auf 77,6 Prozent – und das trotz wachsender Weltbevölkerung. Den verhältnismäßig stärksten Anstieg verzeichnet dabei Afrika südlich der Sahara, also die Region mit dem höchsten Bedarf. Zugleich ging die globale Fertilität von Mädchen im Teenageralter deutlich zurück, und zwar von 47,2 Geburten pro 1.000 Mädchen im Jahr

2015 auf 41,3 im Jahr 2023. Diese Erfolge, die trotz der heftigen Turbulenzen während der Corona-Pandemie erzielt werden konnten, zeigen, dass die Ziele für nachhaltige Entwicklung erreichbar bleiben.

In vielen Punkten allerdings stagniert die Entwicklung. Insbesondere ist es nicht gelungen, in der Zeit von 2016 bis 2020 die Müttersterblichkeitsraten zu senken. In den Ländern des Globalen Südens werden immer noch zu viele Mädchen schwanger: Fast jede dritte junge Frau, die heute zwischen 20 und 24 ist, hat als Teenager ein Kind





zur Welt gebracht. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche hat sich seit Jahrzehnten kaum verändert. Sinkende Zahlen sind nur in den Ländern zu beobachten, in denen der Eingriff weitgehend legal ist. Dort ging die Rate von 46 Prozent im Zeitraum von 1990 bis 1994 auf 26 Prozent in den Jahren von 2015 bis 2019 zurück. Und zum ersten Mal überhaupt verfügt die Welt über Datenmaterial dazu, wie viele Frauen selbst über ihren Körper bestimmen können (gemessen anhand des Indikators 5.6.1 der Ziele für nachhaltige Entwicklung), die allerdings keine wirkliche Verbesserung erkennen lassen.

Und es gibt Rückschritte. Während der Covid-19-Lockdowns hat die geschlechtsspezifische Gewalt in vielen Ländern sprunghaft zugenommen. In manchen Ländern wird der Konsens über reproduktive Gesundheit und Gleichbehandlung der Geschlechter torpediert, wobei die vulnerabelsten Gruppen von diesem Rückschritt oft am stärksten betroffen sind. Ein Land verweigert zugewanderten Menschen eine Gesundheitsversorgung, in einem anderen muss man davon ausgehen, dass sich die soziale Ungleichheit im Gesundheitsbereich durch das Inkraftsetzen restriktiver Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch verschärfen wird. In einem weiteren Land führt die Machtübernahme durch das Militär dazu, dass Frauen weitestgehend auf ihre häusliche Umgebung beschränkt bleiben und ihnen Bildung und Berufstätigkeit verwehrt werden. Anderswo wurden diskriminierende Gesetze so verschärft, dass LGBTQIA+-Personen nunmehr die Todesstrafe droht.

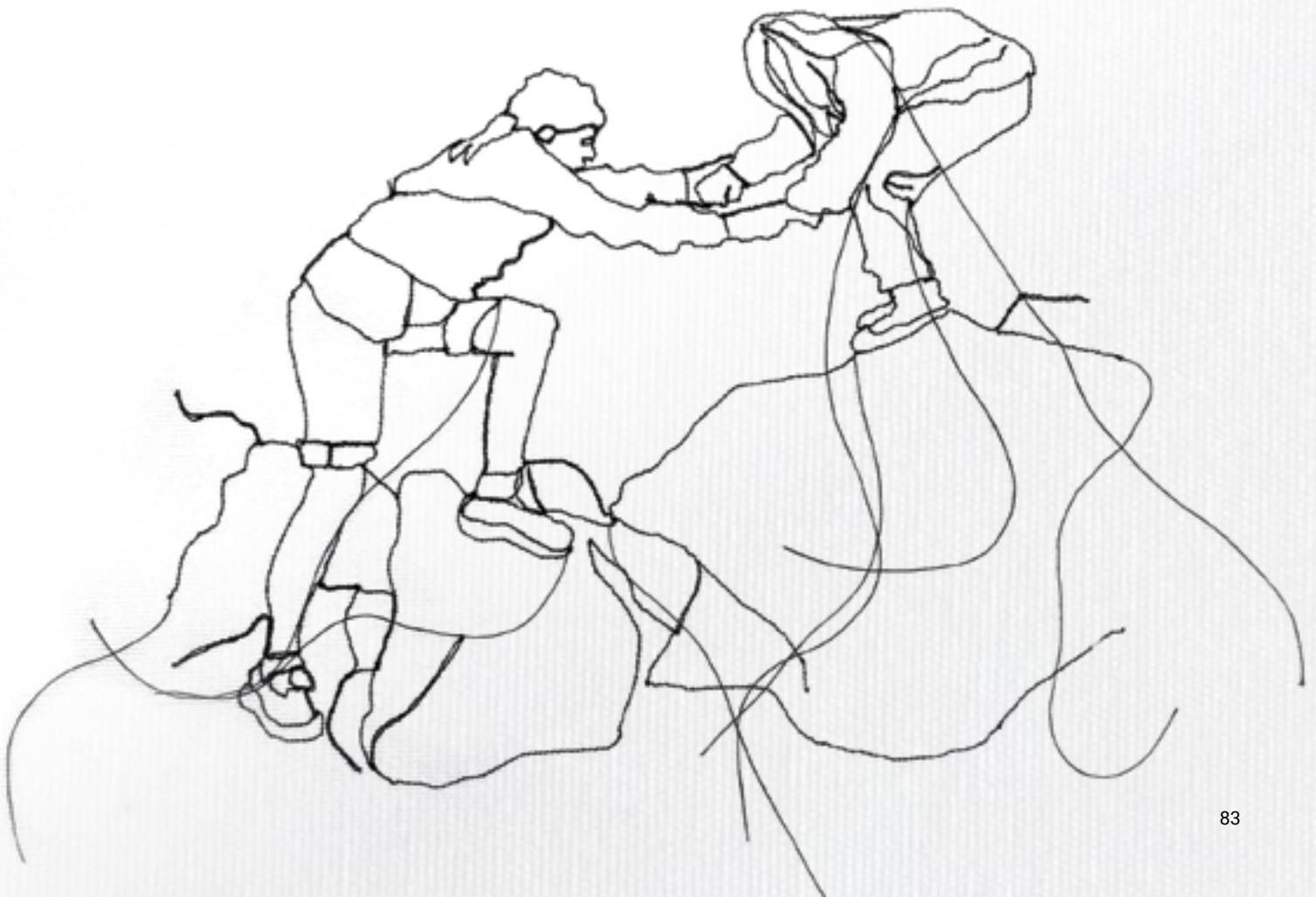
## Eine Vision für die künftige Welt

Um Stagnation und Rückschritten entgegenzutreten, berief UNFPA Ende 2023 ein Konsortium aus Sachverständigen für Menschenrechte, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Bevölkerungswissenschaft, geschlechtsspezifische Gewalt sowie für Technologie und Klimawandel ein. Die Mitglieder sollten mit Blick auf die Zukunft beraten, welche Herausforderungen und Chancen sich für die Menschheit derzeit am Horizont abzeichnen. Viele ihrer Vorhersagen geben Anlass zur Wachsamkeit.

Der Klimawandel wird die weltweiten Ungleichheiten voraussichtlich noch deutlich verschärfen. Einkommensschwache Gruppen, die am wenigsten dazu beigetragen haben, werden von Wirbelstürmen, Dürren, Überschwemmungen, Hitzewellen und anderen Folgen des Klimawandels wahrscheinlich am stärksten in Mitleidenschaft gezogen werden. Man muss davon ausgehen, dass der Klimawandel verstärkt zu Binnenmigration und auch zu grenzüberschreitender Migration führen wird. Migration ist eine signifikante und zunehmende Ursache von Marginalisierung mit besonders negativen Auswirkungen auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Krisen und die damit einhergehenden Versorgungsunterbrechungen werden von den schon jetzt marginalisierten Gruppen wahrscheinlich den höchsten Tribut fordern, wenn beispielsweise geschlechtsspezifische Gewalt und schädliche Praktiken wie Frühver-

heiratung zunehmen. Potenzielle Gefahren für die reproduktive Gesundheit sind unter anderem, dass es schwieriger werden kann, schwanger zu werden, dass Fehlgeburten zunehmen und das Risiko für die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen steigt.

Auch demografische Entwicklungen werden die Welt, wie wir sie heute kennen, voraussichtlich stark verändern. In vielen Ländern altert die Bevölkerung deutlich, während sie in anderen immer jünger wird. Diese Schere wird sich mit der Zeit noch weiter öffnen. Diskrepanzen beim Bevölkerungswachstum, aber auch die ungleiche Wirtschaftsentwicklung und andere Faktoren könnten die globale Migration und die damit verbundenen Gefahren für die Gesundheit und Rechte von Migrant\*innen weiter beschleunigen.



Aus Angst vor diesen demografischen Veränderungen werden die Übereinkommen der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo wieder zunehmend in Frage gestellt.

Dabei können Regierungen und Gesellschaften den ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln decken beziehungsweise etwas gegen das wachsende Problem der ungewollten Kinderlosigkeit tun.

Auch die Gesundheitssysteme müssen ausgebaut werden. Digitale Werkzeuge bieten dafür großes Potenzial, allerdings nur, wenn die technische Kluft beseitigt oder stark reduziert wird. Außerdem müssen die Kehrseiten der sogenannten digitalen Revolution eingedämmt werden, nicht zuletzt die zunehmenden Desinformationskampagnen. Digitale Strategien und Informationen lassen sich als Waffe gegen vulnerable Gruppen einsetzen, die aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit, Sexualität oder geschlechtlichen Identität bereits unter Druck stehen. Diese von der Technologie gestützte geschlechtsspezifische Gewalt fordert einen hohen Tribut von Frauen und Mädchen – und von der Gesellschaft insgesamt. Sie gefährdet Gesundheit und Sicherheit sowie politisches und wirtschaftliches Wohlergehen.

Fortschritte beim ICPD-Aktionsprogramm und bei der Bewältigung von neuen Herausforderungen setzen nicht zuletzt Datensysteme voraus, die Einblick in die tatsächliche demografische und gesellschaftliche Lage gewähren und es ermöglichen, dass Politiker\*innen die Auswirkungen von Trends im Voraus abschätzen können. Zwar sind die weltweiten Datensysteme besser geworden, aber viele der nationalen Systeme sind immer noch nicht verlässlich ausgestattet. Ohne zuverlässige Daten lässt sich keine der weltweiten Herausforderungen erfolgreich meistern. Zugleich müssen wir den zunehmenden

Gefahren in Sachen Datenschutz und -missbrauch begegnen, die mit den rasanten Fortschritten der Technologie einhergehen. Und selbstverständlich müssen die Systeme Daten generieren und analysieren, damit etwas gegen bestehende Ungleichheiten unternommen werden kann.

## Wie es weitergeht

Eine Patentlösung gibt es nicht. Doch es gibt Ansätze, mit denen wir unsere gemeinsamen Ziele vorantreiben können und werden. Unter anderem müssen wir die Maßnahmen, die wir schon gemeinsam beschlossen haben, weiter intensivieren, um den Bedarf jener Menschen zu decken, die am weitesten zurückliegen. Wir müssen Inklusion auf den Entscheidungs- und Führungsebenen gewährleisten, eine umfassende und allgemeine Gesundheitsversorgung fördern und dafür sorgen, dass immer mehr Menschen Zugang zu hochwertigem, vorurteilslosem und medizinisch fundiertem Wissen über reproduktive Gesundheit erlangen.

### *Zielgruppen erreichen*

Marginalisierte Menschen müssen mit ihren Bedürfnissen und Perspektiven proaktiv beteiligt werden, wenn es um ihre sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung und die Sicherung ihrer reproduktiven Rechte geht. Gesundheit und sozioökonomische Entwicklung werden durch Armut und geschlechtliche Identität signifikant beeinflusst, aber medizinische Fachkräfte nicht immer ausreichend darauf vorbereitet, um diese auch berücksichtigen zu können. Und dies sind nur zwei von vielen Faktoren, die zusammenwirken und dazu beitragen, dass Menschen keinen Zugang zu Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheitsversorgung haben, dass sie diese nicht in Anspruch nehmen und damit auch ihre reproduktiven Rechte nicht wahrnehmen können.

Eine Sorge ist, dass die Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen – oberflächlich betrachtet – im Widerspruch zu den Bemühungen zu stehen scheint, integrierte Versorgungsmodelle für Informationen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und die entsprechenden Anlaufstellen zu schaffen. So hat sich gezeigt, dass die Verknüpfung von Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit mit der Versorgung von HIV-positiven Patient\*innen bewirkt, dass sich der Zugang, die Versorgungsqualität und die Arbeitsproduktivität der medizinischen Fachkräfte verbessern, und gleichzeitig die Stigmatisierung abnimmt. Doch

derartige zielgruppenspezifische Angebote und eine integrierte Versorgung müssen keine Gegensätze sein, sondern können einander tatsächlich ergänzen. Komplexe Programme zum Versorgungsmanagement können Daten und Werkzeuge vorhandener Gesundheitssysteme (einschließlich der Analyse von Patient\*innenakten und -Klassifizierungssystemen) heranziehen und zugleich die individuellen Konstellationen hervorheben, die sich auf die Wahrnehmung und Wirksamkeit von Versorgungsleistungen auswirken, also Faktoren wie eine prekäre Wohnsituation, Transportmöglichkeiten und die soziale Lage.



Entscheidend dabei ist eine angemessene Partizipation von Menschen aus den betroffenen Gruppen. Sie bringen unter Umständen einfache Vorschläge ein, wie zum Beispiel Übersetzungsangebote oder eine zielgruppengerechte Sensibilisierung, fordern aber manchmal auch komplexere und kostspieligere Maßnahmen, etwa unabhängige Programme, die eigens entwickelt und umgesetzt werden sollen. Letztere stoßen gelegentlich auf die Kritik, sie würden Stigmatisierung und Ausgrenzung fördern, weil bestimmte Bevölkerungsgruppen als „die anderen“ behandelt werden. Es gibt allerdings Belege dafür, dass auch das Gegenteil zutreffen kann, weil den Menschen mit zielgruppenspezifischen Programmen ein Ort geboten wird, der Würde und Sicherheit gewährleistet und an dem man auf ihre ganz besonderen Bedürfnisse eingeht.

Das vielleicht augenfälligste Beispiel hierfür ist die HIV-Infektion, von der stigmatisierte Bevölkerungsgruppen überproportional betroffen sind, etwa Sexarbeiter\*innen, Homosexuelle, Transsexuelle, Konsument\*innen von Injektionsdrogen sowie Häftlinge und Insassen anderer geschlossener Einrichtungen. 2021 wurden 70 Prozent aller neu mit HIV infizierten Personen und ihre Sexualpartner\*innen beim Zugang zu sicheren, wirksamen und hochwertigen HIV-Versorgungsleistungen benachteiligt. Dies führt dazu, dass diese Gruppen generell als Überträger betrachtet werden, was wiederum eine ganze Kaskade weiterer Menschenrechtsverletzungen einschließlich Diskriminierung, Gewalt und Kriminalisierung nach sich ziehen kann. Eine ortsnahe Versorgung führt nachweislich dazu, dass die Zielgruppen viel häufiger HIV-Diagnose- und -Behandlungsangebote in Anspruch nehmen.

Inklusion der betroffenen Gruppen, Beteiligung derjenigen, die am weitesten zurückliegen, alle an

einem Tisch – das sind hehre Ziele, denen aber reale und zahlreiche Hindernisse entgegenstehen. Ein Haupthindernis ist das Finanzierungsproblem. Andererseits kann die Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte aller Menschen ein enormes wirtschaftliches Potenzial freisetzen. Was dem Fortschritt in Wahrheit aber oft im Wege steht, sind Einstellungen, Annahmen und Trennlinien, die der Marginalisierung Vorschub leisten. Die Liste der Hindernisse ist lang und reicht von der Feindseligkeit gegenüber LGBTQIA+-Personen über eine schlechte (oder gar völlig fehlende) Kommunikation mit ethnischen Minderheiten bis hin zur Unterlassung selbst einfacher Maßnahmen, um den Zugang zu Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zu erleichtern.

Eine Gesellschaft, die den Bedürfnissen dieser marginalisierten Gruppen kein Gehör schenkt und nicht auf sie eingeht, bezahlt dafür unter Umständen einen hohen Preis – und das keineswegs nur in Form von schlechteren Gesundheitsergebnissen, sondern auch in Form von Geld, das die Gesundheitssysteme verschlingen. Indigene Frauen im Norden Kanadas, denen bei ihrer Entbindung in einem Geburtshaus von Nunavut Hebammen zur Seite stehen, berichten zum Beispiel, dass sie im Vergleich zu Müttern, die ihre Kinder in großen städtischen Kliniken zur Welt bringen mussten, weniger gestresst waren, stärker an Entscheidungen beteiligt wurden und eine bessere psychosoziale Unterstützung genossen haben. Jegliche Intervention, selbst wenn sie die besten Absichten verfolgt und mit großzügigen Mitteln ausgestattet ist, kann und wird keine optimalen Ergebnisse bringen, solange die betroffenen Personen und Gruppen nicht einbezogen werden.

## ***Inklusion***

Inklusion ist, auch über zielgruppengerechte Maßnahmen für bestimmte Gesellschaften und Bevölkerungsgruppen hinaus, von entscheidender Bedeutung und sollte aus verschiedenen Gründen als ein Universalwerkzeug für die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung durchgesetzt werden.

So leiden etwa indigene Gesellschaften in allen Weltregionen unter schlechteren Gesundheitsergebnissen. Allerdings sind diese Gesellschaften außerordentlich vielfältig, und zwar sowohl innerhalb eines Landes als auch über Landesgrenzen hinweg. Viele von ihnen sind von intersektionalen Formen der Marginalisierung betroffen – unter anderem von abgelegenen Siedlungsräumen, Armut, Kommunikationsschwierigkeiten in den Landessprachen, Bildungsarmut und Diskriminierung, häufig in Verbindung mit historischen Traumata. Trotz dieser Gemeinsamkeiten ist jede dieser Gesellschaften anders und die Unterschiede sind wichtig für die Frage, wie es um die Inanspruchnahme und Akzeptanz von Gesundheitsdienstleistungen bestellt ist.

Die Bedürfnisse indigener Gesellschaften im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit können sehr unterschiedlich sein. Das Thema ist zum einen sensibel, zum anderen aber auch tief in kulturellen Normen verankert. Ob Frauen ihr Kind am liebsten zu Hause, in Anwesenheit ihres Partners oder im Kreis von Familienangehörigen zur Welt bringen wollen, kann sehr stark von kulturellen Gepflogenheiten abhängen. Auch die Vorliebe für eine bestimmte Gebärhaltung kann kulturellen Einflüssen unterliegen. Und natürlich ist Indigenität nur ein Beispiel dafür, wie wichtig Inklusion und Beteiligung der Betroffenen sind, wenn strukturelle Maßnahmen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit greifen

sollen. Bei anderen Gruppen wiederum können die Bedürfnisse je nach Migrationsstatus, Kastenzugehörigkeit, Behinderung, Alter oder anderen Faktoren anders gelagert sein.

Am besten ist es daher, wenn betroffene Gesellschaften die Führung übernehmen. Zur Unterstützung ihrer Führungskompetenz gibt es eine wachsende Zahl von Programmen, Finanzierungsmechanismen und anderer Anstrengungen. Auch auf den höchsten Ebenen findet dieser Ansatz immer mehr Anklang.

Was Repräsentation in Entscheidungsprozessen bewirken kann, wird in Studien über die Quotenregelung für Frauen in Führungspositionen deutlich: Sie wirkt sich ganz allgemein positiv auf die Gleichstellung der Geschlechter aus. Im Gesundheitsbereich zeigt sich der Effekt der Repräsentation darin, dass die Zahl der Ärztinnen zunimmt und Krankenschwestern wie Hebammen mehr Unterstützung erhalten und Respekt genießen. Dies wiederum korreliert mit einem verbesserten Zugang zur Gesundheitsversorgung und besseren Gesundheitsergebnissen von Frauen. Auch bei Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, wo Stigmatisierung eine häufige Barriere darstellt, kann dies von entscheidender Bedeutung sein.

Inklusion in Entscheidungsprozessen bedeutet, ein Machtgefälle auszugleichen – ein Gefälle, das zuweilen auch denjenigen verborgen bleibt, die selbst in einer Machtposition sind. Wer Ungerechtigkeiten anerkennt und beseitigen will und sich daher für mehr Inklusion einsetzt, bekommt oft zu hören, damit würden diejenigen diskriminiert, die institutionelle und historisch gewachsene Privilegien genießen. Dieses feindselige Framing der Inklusion wirkt kontraproduktiv – nicht nur für die

# Indigene Frauen entfachen eine Revolution für Gesundheit und Gleichberechtigung

„Es ist ein dreistündiger Fußmarsch“, sagt die 25-jährige Eneida und erzählt leichthin von der strapaziösen Bergwanderung, die sie im neunten Monat ihrer Schwangerschaft unternehmen musste, um die *Casa Materna*, eine Unterkunft für hochschwangere Frauen, zu erreichen.

Eneida lebt in der abgelegenen *Comarca* Ngäbe Buglé, hoch in den Bergen im Westen von Panama, dem Siedlungsgebiet der indigenen Ngäbe und Buglé. In der *Comarca* gibt es nur wenige asphaltierte Straßen und die sind voller Schlaglöcher. Manche Einwohner\*innen sind zu Pferd unterwegs, die meisten zu Fuß. Deshalb bringen viele schwangere Frauen ihr Kind zu Hause zur Welt. Es ist kein Zufall, dass die Müttersterblichkeitsrate in der *Comarca* so hoch ist wie sonst nirgendwo im Land.

Eneida hat sich entschieden, die letzten Tage ihrer Schwangerschaft in der *Casa Materna* in San Félix abzuwarten, einer Unterkunft für hochschwangere Frauen, wo sie mit Essen und medizinischer Hilfe versorgt und von wo aus sie zu einer sicheren Entbindungsstation transportiert werden. „Es

gefällt mir hier. Es ist ein sehr schöner Ort“, sagt sie.

Das Wohnheim ist nur eine von vielen Unterstützungseinrichtungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die der organisierten Arbeit der Ngäbe Women's Association zu verdanken sind – einer Gruppe, die bei ihrer Gründung in den 1990er-Jahren noch ein ganz anderes Ziel verfolgte: den Verkauf ihrer handwerklichen Erzeugnisse.

„Als wir uns zu treffen begannen, überlegten wir, welche Probleme wir eigentlich haben und was wir brauchen“, sagt Gertrudis Sire, Präsidentin der Ngäbe Women's Association. Sie erklärt, dass Frauen, die ihre Kinder nicht ernähren konnten, von „July“ als Problem sprachen. „Die Leute sagten: 'Ich habe viel July zu Hause'. Was bedeutet July? Damit meinten sie den Hunger in der indigenen Gesellschaft.

Und allmählich kamen auch ihre Bedürfnisse im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ans Licht. „Wir haben festgestellt, dass viele Frauen bei einer Hausgeburt sterben. Es gab keinerlei Vorkehrungen,

um sie irgendwohin zu bringen, denn in der ganzen Region gab es kein Mutter-Kind-Krankenhaus.“ Die Association wandte sich an das Gesundheitsministerium und UNFPA. Gemeinsam bauten sie ein Netzwerk auf, in dem sich medizinische Fachkräfte um die Versorgung kümmern und die Frauen für Fragen der Müttergesundheit, Empfängnisverhütung und Kinderernährung sensibilisieren. Das war ein Augenöffner, sagt Sire. „Wir hielten Vorträge zu diesen Themen und die Frauen entwickelten ein Gespür dafür und machten sich alles zu eigen.“

Dass sich Gleichberechtigung, sexuelle und reproduktive Gesundheit und wirtschaftliches Empowerment gegenseitig verstärken, wurde wohl am eindrucksvollsten bei der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 deutlich. Doch die Erfahrung der Ngäbe Women's Association zeigt, dass Frauen diesen Dreiklang auch in den entlegensten Ecken der Welt entdecken, wenn sie anfangen, ihre Familien zu planen und in eine bessere Zukunft für sich und ihre Familien zu investieren. Hoch oben im Regenwald hat es die Ngäbe Women's Association als unabhängige Organisation geschafft,

einen positiven Kreislauf in Gang zu setzen, in dem sich reproduktive Selbstbestimmung, bessere Gesundheit und die Überwindung der Armut wechselseitig verstärken.

Eira Carrera, Dolmetscherin am Mutter-Kind-Krankenhaus José Domingo De Obaldía, hat ihre berufliche Laufbahn als Gesundheitsberaterin in der *Comarca* begonnen. „Das war 1996 bis 1998“, erinnert sie sich. „Die Fragen, um die wir uns damals im Rahmen der Gesundheitsförderung kümmerten, befassten sich mit sexueller und reproduktiver Gesundheit einschließlich sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten, mit Pap-Abstrichen, mit allem, was mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbunden war, mit Familienplanung (...) häuslicher Gewalt und sogar mit verantwortungsbewusster Vaterschaft.“

Was sie zu sagen hatten, wurde von den Frauen besser verstanden als von den Männern. Die Frauen hatten allgemein ein großes Interesse daran, die Familienplanung für sich zu nutzen – „denn das war ihr dringendes Anliegen“, sagt Carrera –, die Männer allerdings waren dafür weniger zu haben. „Die Männer wollten das nicht.“

In den drei folgenden Jahrzehnten wurden Fortschritte gemacht. Gefragt, ob die Ngäbe-Frauen sagen würden, dass sie selbst über Empfängnisverhütung entscheiden, antwortet Carrera: „Von zehn Frauen können ungefähr acht diese Frage mit Ja beantworten.“ Aber es ist noch immer ein weiter Weg. Das Macho-Problem wird durch die fortdauernde ethnische

Diskriminierung dieser Gesellschaft massiv verstärkt. Es ist noch nicht lange her, dass Ngäbe im Bus ganz hinten sitzen mussten, wenn sie außerhalb der *Comarca* unterwegs waren. Bis heute gibt es nur wenige Jobs und viele Ngäbe-Männer können nur überleben, indem sie sich als Wanderarbeiter auf den Kaffeeplantagen an der Grenze zu Costa Rica verdingen.

Für Frauen kann diese doppelte Ungleichheit aufgrund ethnischer Marginalisierung und geschlechtsspezifischer Benachteiligung weiterhin tödlich enden. „Wenn Mütter bei der Geburt sterben, dann meist deshalb, weil ihr Ehemann keine Möglichkeit hatte, dafür zu sorgen, dass seine Frau medizinisch betreut wird“, sagt Humberto Rodríguez, der als Krankenpfleger für den Nole Duima District zuständig ist, und erzählt, dass viele Frauen sterben, weil ihre Männer weit weg sind, wenn die Wehen einsetzen. „Der Mann ist gerade nicht zu Hause und sie darf keine Entscheidungen treffen.“

Früher wurden die Ngäbe-Frauen auch durch die Gesundheitssysteme entmündigt, sagt Carrera. „Bevor wir dieses Programm hatten, schauten sich die Ärzt\*innen die Akte an und behandelten dann die Frau. Wenn sie sich weigerte, erhielt sie die nötige Behandlung entweder gar nicht oder sie wurde ihr in einer Art und Weise aufgezwungen, die ihre Rechte verletzte (...) Das hat sich heute komplett verändert.“ Heute dolmetscht Carrera zwischen den spanischsprachigen medizinischen Fachkräften und den Patientinnen, die Ngäbe sprechen. Außerdem bringt sie dem

Krankenhauspersonal kultursensibles Verhalten bei. Wenn Frauen würdevoll behandelt und informiert werden, stimmten sie einer Behandlung häufig zu, sagt Carrera. „Und wenn nicht, dann wird das respektiert.“

Sie will erreichen, dass Frauen ihre körperliche Selbstbestimmung auch innerhalb ihrer Beziehungen durchsetzen. „Ich kläre die Mütter darüber auf, dass sie nicht verpflichtet sind, gegen ihren Willen mit ihrem Mann Sex zu haben. Denn das nennt man sexuellen Missbrauch“, erklärt Carrera. „Daran werden wir noch lange arbeiten müssen.“

Aber diese Probleme gibt es nicht nur bei den Ngäbe, betont Sire. „Das Problem gibt es überall“, sagt sie. „Dieses Macho-Ding wird es immer geben (...) und die Diskriminierung wird niemals aufhören, weil es das überall gibt (...) Aber Leute wie wir in der Association haben daraus gelernt. Wir haben uns schon einen Schutzpanzer zugelegt.“

Eneida, die die Geburt ihres dritten Kindes erwartet, verfügt über einen solchen Schutzpanzer. Trotzdem verhält sie sich nicht defensiv, sondern lächelt freundlich. Ihr Schutzpanzer ist ihre Zuversicht. Auf die Frage, ob sie und ihr Freund noch mehr Kinder bekommen wollen, antwortet sie, das wisse sie noch nicht so genau. Aber die Frage, ob ihr Partner ihre Entscheidung über Familienplanung unterstützen würde, beantwortet sie ohne jeden Zweifel: „Ja. Ja. Ich werde unterstützt. Ja“, sagt Eneida. „Egal, was ich will.“

Benachteiligten, sondern oft für die gesamte Gesellschaft. Schließlich profitieren nicht nur Frauen und Mädchen, sondern auch Männer und Jungen von der Gleichstellung der Geschlechter, also von Maßnahmen, die zu finanzieller Stabilität, besserer Gesundheit und höherer Lebenszufriedenheit führen. Durch mehr Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich und eine bessere Gleichstellung der Geschlechter kann das Humankapital gestärkt und können Volkswirtschaften, Sozialkapital und Regierungsführung inklusiver werden. Von den Bemühungen, durch Inklusion Gerechtigkeit herzustellen, wird aller Voraussicht nach auch die Gesellschaft insgesamt profitieren.

### ***Umfassend und universell***

Eine umfassende Versorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beinhaltet ein breites Spektrum an Dienstleistungen zur Empfängnisverhütung, zur Betreuung vor, während und nach der Geburt, für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch und die Behandlung bei Komplikationen nach einem unsicheren Schwangerschaftsabbruch, zur Prävention und Behandlung von HIV-Infektionen sowie anderen sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten und Maßnahmen zur Bekämpfung geschlechtsspezifischer Gewalt. Unverzichtbar sind zudem gesundheitsfördernde Maßnahmen, darunter Informations- und Beratungsangebote für alle über sexuelle Gesundheit und Wohlergehen sowie umfassende Sexuaufklärung für junge Menschen.

Auch die allgemeine Gesundheitsversorgung ist in der internationalen Gemeinschaft genau definiert. Das nachhaltige Entwicklungsziel 3.8 verlangt, die allgemeine Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren,

wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle, zu gewährleisten.

Dabei haben viele Länder große Fortschritte gemacht und gezeigt, wie einfach dieses Ziel tatsächlich zu erreichen ist. So wurden beispielsweise in Peru Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit im Verlauf eines Jahrzehnts enorm ausgebaut. Die Entwicklung begann 2007 mit einer Haushaltsinitiative, in deren Verlauf Finanzmittel für die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen sowie für die Ernährung von Kindern bereitgestellt wurden. Das Programm beruhte vor allem auf staatlichen Investitionen und führte unter anderem zu einem deutlichen Rückgang der Sterblichkeit von Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren.

Selbst wenn ein Staat nicht in der Lage ist, in einem einzigen Schritt ein komplettes Maßnahmenpaket für universelle und umfassende sexuelle und reproduktive Gesundheit zu verabschieden, sind Fortschritte möglich. So hat beispielsweise Sambia im Jahr 2020 einen Fahrplan für eine allgemeine Gesundheitsversorgung auf den Weg gebracht, der auch Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Verhütung beinhaltet. Der Plan ist zwar universell, umfasst aber noch nicht sämtliche Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit.

Universalität bedeutet: für alle. Das klingt vielleicht selbstverständlich, aber die meisten Länder sehen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung weiterhin das Ziel, eine Gesundheitsversorgung für all ihre Staatsbürger\*innen bereitzustellen. Damit werden viele Menschen ausgeschlossen, deren Not am größten ist, unter anderem Migrant\*innen ohne Papiere, ausländische Saisonarbeiter\*innen, staatenlose und geflüchtete Menschen. Angesichts

umfangreicher grenzüberschreitender Wanderungsbewegungen, wie sie in den nächsten Jahren für durchaus möglich erachtet werden, könnte dies dazu führen, dass immer größere Bevölkerungsgruppen von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind. Wird die Gesundheitsversorgung auf alle Menschen ausgedehnt, die sich auf dem Territorium eines Landes aufhalten, dann stärkt dies nicht nur das Grundrecht auf Gesundheit, sondern kann auch positive Effekte für die öffentliche Gesundheit und die Wirtschaft haben.

Die Kostenfrage ist in der Tat in allen Ländern ein zentraler Aspekt. Infolge der Corona-Pandemie haben heute viele Länder des Globalen Südens mit einer nie da gewesenen Auslandsverschuldung zu kämpfen, eine Situation, die durch Inflation, steigende Zinsen, Handelskonflikte und begrenzte Haushaltsmittel weiter verschärft wird. Hohe Zinsen schmälern schon jetzt die Gesundheitsausgaben in 48 Entwicklungsländern mit 3,3 Milliarden Menschen. Ein durchschnittlicher einkommensschwacher Staat gibt inzwischen 1,4-mal mehr für Zinszahlungen aus als für sein Gesundheitswesen.

### ***Das Wissen über reproduktive Gesundheit verbreiten***

Genauso wichtig wie eine allgemeine und umfassende Gesundheitsversorgung sind die Aufklärung und das Wissen der Menschen, damit sie selbst Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können. Ganz besonders gilt dies für marginalisierte

Assuit ist eine alte, komplizierte Form der Metallfadenstickerei, die traditionell von Frauen in Nordägypten praktiziert wird. Das Tally Assuit Women's Collective (TAWC) ist eine generationenübergreifende Gruppe von Kunsthandwerkerinnen, die sich der Erhaltung dieses Handwerks verschrieben hat. Das TAWC nimmt regelmäßig am International Folk Art Market teil.  
© Tally Assuit Women's Collective

Gruppen und junge Menschen. Und es wird immer wichtiger werden, je weiter die Technologien vorschreiten, die nationalen Bevölkerungsprofile sich verändern und die Gesundheitssysteme sich weiterentwickeln.

Eines der wichtigsten Instrumente zur Verbreitung des Wissens über reproduktive Gesundheit ist eine umfassende Sexualaufklärung. Sie zählt nicht nur auf die Gesundheit, Bildung und Produktivität der einzelnen Menschen und der Gesellschaft insgesamt ein, sondern kann auch einer marginalisierten Jugend zu mehr Handlungsmacht und besseren Fähigkeiten verhelfen. So zeigen etwa wissenschaftliche Forschungsergebnisse, dass eine hochwertige, altersgemäße, rechtbasierte und umfassende Sexualaufklärung dazu beitragen kann, dass junge Menschen das Gefühl von Handlungsmacht, Selbstbestimmung und den Glauben an die eigene Gleichberechtigung entwickeln. Denn ihr Ziel ist explizit das Empowerment von jungen Menschen – insbesondere von Mädchen und anderen marginalisierten Jugendlichen –, sodass diese sich selbst und andere in ihren Beziehungen als gleichberechtigt empfinden, ihre eigene Gesundheit schützen und sich als Individuen aktiv in die Gesellschaft einbringen können. Mit anderen Worten: Eine erfolgreiche, umfassende Sexualaufklärung kann jungen Menschen helfen, kritisch über Ungleichheiten nachzudenken, auch über die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, und damit zu mehr Gerechtigkeit in Entscheidungsprozessen und im individuellen Verhalten führen. Dennoch gerät die Unterstützung für umfassende Sexualaufklärung seit einigen Jahren ins Wanken.

Dabei ist sie nur eine Maßnahme, um mehr Menschen Zugang zu fundiertem, hochwertigem Wissen über reproduktive Gesundheit zu verschaffen. Darüber hinaus müssen auch veraltete,

vorurteilsbeladene, falsche oder zu stark vereinfachende Informationen aus Lehrbüchern, medizinischen Curricula, Gesundheitssystemen und politischen Leitlinien zur reproduktiven Gesundheit korrigiert werden. Falsche, unvollständige und unterkomplexe Informationen wirkten sich schon immer und bis heute zum Nachteil marginalisierter Menschen aus.

Wenn wir es nicht schaffen, die Menschen – Teenager, medizinisches Fachpersonal, politisch Verantwortliche und alle anderen – mit wissenschaftlich fundierten, vorurteilsfreien Informationen zu versorgen, dann werden die Gesellschaften nicht ausreichend gewappnet sein, um sich den künftigen Herausforderungen zu stellen. Vorkehrungen zur Selbstfürsorge werden für die Gesundheitssysteme weltweit immer wichtiger. Besonders wichtig ist die Selbstfürsorge im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, weil die entsprechenden Dienstleistungen hier nicht nur durch Zugangshemmnisse, sondern auch durch Stigmatisierung und patriarchale Normen erschwert werden. Damit aber diejenigen, die am weitesten zurückliegen, erfolgreich von der Selbstfürsorge profitieren können, benötigen sie fundierte Gesundheitsinformationen.

Zur besseren Aufklärung über reproduktive Gesundheit gehören außerdem Investitionen in die Entwicklung inklusiver Informationen und Interventionen im Gesundheitsbereich. Die Forschung zur Gesundheitsversorgung betrachtet immer noch Männer, vor allem aus einkommensstarken Ländern, als Standardpatienten und Standard-Forschungsgegenstand. So ging etwa zwischen 2018 und 2023 die Finanzierung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben im Bereich der Müttergesundheit um 15 Prozent zurück, was von Wissenschaftler\*innen darauf zurückgeführt wird, dass sich diese Probleme vor allem in Ländern



mit niedrigem und mittlerem Einkommen konzentrieren. Frauen wenden schätzungsweise 25 Prozent mehr Zeit für gesundheitliche Probleme auf als Männer, dennoch sind sie in der Medizin immer noch unterrepräsentiert oder werden falsch dargestellt. Um die biologischen Grundfunktionen des weiblichen Körpers besser zu erforschen, sollten völlig neue Forschungsinstrumente entwickelt werden (zum Beispiel Tiermodelle, Computermodelle, Patientinnen-Avatare und humanisierte Modelle), mit denen die Symptome und Erscheinungsformen der Erkrankungen von Frauen besser klassifiziert werden können (statt sie als ‚untypisch‘ darzustellen). Investitionen, mit denen der Rückstand der Frauen aufgeholt würde, könnten die Wirtschaft weltweit bis 2040 um jährlich mindestens eine Billion US-Dollar ankurbeln.

Außerdem werfen ethisch bedenkliche Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin sowie digitale Werkzeuge, die einerseits vielversprechend sind, zugleich aber eine potenzielle Gefahr für Privatsphäre und Sicherheit darstellen, Fragen auf, die beantwortet werden müssen. Wenn wir uns nicht auf die Fakten der menschlichen Entwicklung, Reproduktion, Anatomie, Sexualität und Vielfalt einigen können, dann wird es schwer, diese Herausforderungen zu bewältigen. Alle Menschen haben ein Recht auf aktuelles, wissenschaftlich fundiertes, kultursensibles, altersgemäßes Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit – dies sollte kein Gegenstand von Politik oder Meinungsunterschieden sein.

In KwaZulu-Natal, Südafrika, macht ein umhäckelter Baum auf von HIV und Aids betroffene Gemeinden aufmerksam.  
© Paula Thompson/Woza Moya

## Erfolge feiern – und neue Ziele setzen

Seit 1994 wurde viel erreicht, aber es braucht weitere Erfolge. Immer wieder hat die Welt gesehen, dass ihre Bemühungen zur Überwindung schlechter Gesundheitszustände und vermeidbarer Sterbefälle von Müttern einfach nicht ausreichen, um die Barrieren durch Benachteiligung, Diskriminierung, Vorurteile und Stigmatisierung zu überwinden. Und doch ist diese Erkenntnis vielleicht unsere größte Chance, die vereinbarten Ziele – sowohl die der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo als auch der Agenda 2030 – zu erreichen und damit die Rechte und Entscheidungsfreiheit aller Menschen zu verwirklichen.

Die jüngste Vergangenheit war durch historische Erschütterungen geprägt. Sie führten zu Forderungen nach Gerechtigkeit, inspirierten zu neuem Nachdenken über strukturelle Ungerechtigkeit und mobilisierten Unterstützer\*innen auf der ganzen Welt. Tatsächlich sehen wir weitaus mehr Anlass zur Hoffnung als zur Verzweiflung, sobald wir den Blick weiten und nicht nur in die jüngste Vergangenheit, sondern auf die vergangenen 30 Jahre richten.

Wie in diesem Bericht ausführlich dargelegt, stellen fehlende Daten, insbesondere fehlende aufgeschlüsselte Daten, ein enormes Hindernis dar. Aber die Daten, über die wir heute verfügen, und die Methoden, mit denen wir sie analysieren können, sind besser denn je. Auf diesen Erfolgen müssen wir aufbauen. Wichtige Errungenschaften – wie etwa die Indikatoren 5.6.1 und 5.6.2 der nachhaltigen Entwicklungsziele, die zu den ersten Gradmessern der Welt für körperliche Selbstbestimmung gehören – sind nur die ersten Schritte

auf einem Weg, der uns in die Lage versetzen wird, die reproduktive Handlungsfähigkeit von Frauen zu messen und zu verstehen.

Wir brauchen strukturelle Reformen, um systembedingte und versteckte Formen der Diskriminierung zu beseitigen. Dieser Prozess wird wahrscheinlich Debatten und Unzufriedenheit hervorrufen. Doch er hat bereits begonnen, seit die Bewegungen Ni Una Menos und #MeToo die ungleiche Machtverteilung zwischen den Geschlechtern sowie sexuellen Missbrauch anprangern und andere Bewegungen wie Rhodes Must Fall und Black Lives Matter rassistisch motivierte Ungerechtigkeiten und Gewalttaten beleuchten.

Wir brauchen den politischen Willen, mehr Mittel für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von marginalisierten Gruppen aufzubringen – allem Anschein nach viel verlangt in einer zunehmend polarisierten und politisierten Welt. Und doch gibt es ermutigende Zeichen, dass politisch Verantwortliche gewillt sind, viele dieser Probleme offensiv anzugehen. Von 39 Staaten, die sämtliche aufgrund bestimmter Faktoren wie Geschlecht oder Behinderung marginalisierte Gruppen in den Blick nehmen, auch Menschen, die in abgelegenen Regionen leben sowie ethnische Minderheiten, kümmern sich 49 Prozent auch um die Bedürfnisse von LGBTQIA+-Personen. Eine starke und nachhaltige Interessenvertretung könnte deshalb viel dazu beitragen, die sexuelle und reproduktive Gesundheit marginalisierter Menschen ganz weit oben auf die Entwicklungsagenda zu setzen.

Zudem gilt es auch, die Machtfrage zu stellen. Politik, Einstellungen und Normen sorgen auf der ganzen Welt für die Fortschreibung von großen und kleinen Ungerechtigkeiten – aber Veränderung ist möglich. Dieses Jahr ist ein entscheidendes

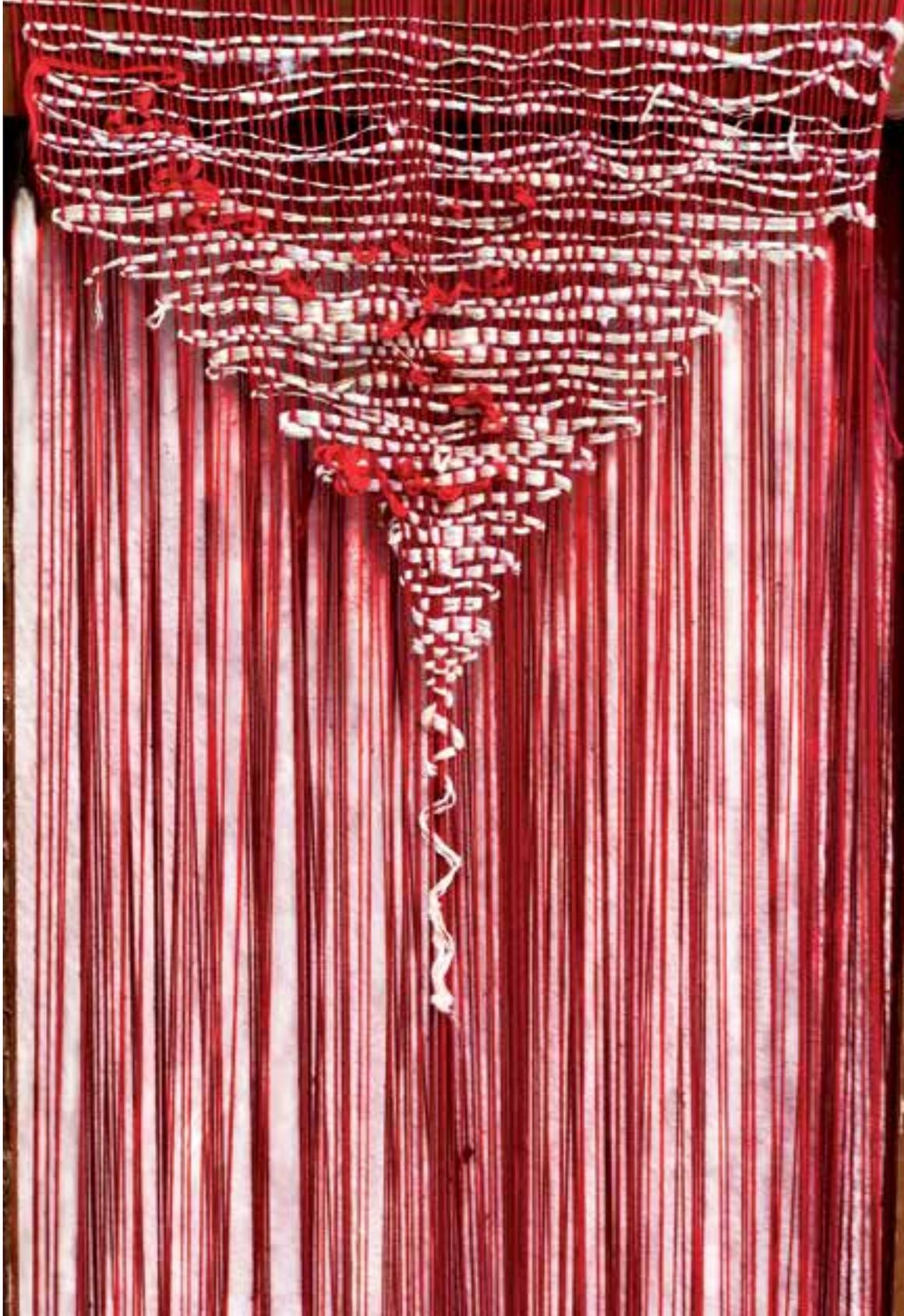
Wahljahr, denn in mehr als 50 Staaten werden mehr als zwei Milliarden Wähler\*innen zur Abstimmung gehen. Wahlen sind relevant, weil Repräsentation relevant ist – das wurde in diesem Bericht bereits deutlich. Aus diesem Grund hat sich die Welt auf den Indikator 5.5.1 der nachhaltigen Entwicklungsziele geeinigt, der den Frauenanteil in nationalen Parlamenten und Gemeinderäten misst. Wahlen können auch dazu beitragen, die Stimmen anderer vulnerabler und marginalisierter Menschen zu verstärken.

Wahlen und öffentliche Interessenvertretung sind notwendige Hebel, um die Marginalisierung zu beenden. Allerdings muss man auch einräumen, dass diese Instrumente in viel zu vielen Staaten überhaupt nicht existieren. In diesen Fällen müssen internationale Institutionen wie die Vereinten Nationen tätig werden und deutlich machen, dass die Verabschiedung der nachhaltigen Entwicklungsziele und der Menschenrechtsinstrumente, von denen sie untermauert werden, für alle Mitgliedstaaten verpflichtend sind und umgesetzt werden müssen, denn schließlich wurden sie mit Zustimmung eben dieser Regierungen beschlossen.

Wenn wir darauf beharren, die Fortschritte mit den schlichtesten Methoden zu messen, die dazu



führen, dass ganze Länder, Gesellschaften und Identitäten in einem globalen Durchschnittswert aufgehen, dann wäre es letztlich kaum von Bedeutung, wenn die Welt sogar ihre ambitioniertesten Ziele erreicht hätte. Wir sind in der Lage, die Dinge differenzierter zu betrachten, die Würde und den Wert jedes Individuums anzuerkennen und zu verstehen, dass die Rechte jeder einzelnen Person gewahrt werden müssen, wenn die Rechte aller Menschen gewahrt werden sollen. Schließlich ist der Stoff, aus dem die Menschheit ist, groß und schön, aber er ist nur so reißfest wie sein empfindlichster Faden.



Pankaja Sethi's Kunstwerk „The Flaming Womb“ (Die lodernde Gebärmutter) untersucht die Kluft zwischen den symbolischen Attributen der Weiblichkeit und der Rolle und Situation von Frauen, wie sie von einer patriarchalischen Gesellschaft diktiert werden. Das Werk war Teil der Ausstellung „Fabric of Being“, die von SEA Junction für den ICPD25-Gipfel in Nairobi im Jahr 2019 kuratiert wurde. © Pankaja Sethi

# Indikatoren

Überwachung der ICPD Ziele: Sexuelle und reproduktive Gesundheit	<b>Seite 98</b>
Überwachung der ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte	<b>Seite 104</b>
Demografische Indikatoren	<b>Seite 110</b>
Technische Hinweise: Quellen und Definitionen	<b>Seite 116</b>

# Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Welt und regionale Daten	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten <sup>a</sup>	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
	2020	2020	2020	2022	2022	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		2024	2022	2021
	2020	2020	2020	2022	2022	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
<b>Welt</b>	<b>223</b>	<b>202</b>	<b>255</b>	<b>86</b>	<b>0,17</b>	<b>50</b>	<b>65</b>	<b>46</b>	<b>59</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>78</b>	<b>76</b>	<b>68</b>
Stärker entwickelte Regionen	12	10	14	99	0,15	58	70	52	62	7	8	80	87	84
Weniger entwickelte Regionen	244	221	279	81	0,17	49	65	45	59	9	11	77	72	64
Am wenigsten entwickelte Länder	377	338	431	65	0,34	33	43	29	38	15	20	61	71	44

UNFPA Regionen														
Arabische Staaten	145	110	194	83	0,04	34	53	29	45	10	15	66	65	61
Asien und Pazifik	113	101	128	87	0,07	54	71	50	65	6	8	82	74	68
Lateinamerika und Karibik	88	79	99	95	0,19	59	75	56	71	8	9	83	75	76
Osteuropa und Zentralasien	21	19	25	98	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
Ost- und Südliches Afrika	360	313	441	70	0,83	36	45	33	42	15	20	65	72	46
West- und Zentralafrika	750	625	986	61	0,30	21	23	18	20	17	22	47	70	40

Land, Territorium oder Gebiet	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021	
Afghanistan	620	406	1.050	62	0,03	21	29	19	26	17	23	50	56	41
Ägypten	17	13	22	97	0,05	45	62	43	60	9	12	81	–	70
Albanien	8	4	16	100	0,02	33	45	6	6	12	16	12	79	64
Algerien	78	41	164	99	0,05	35	60	30	52	7	11	72	–	74
Angola	222	148	330	50	0,44	17	18	16	17	26	35	37	62	37
Antigua und Barbuda	21	11	36	99	–	42	63	40	61	10	13	77	–	76
Äquatorialguinea	212	122	374	68	2,94	19	19	16	16	22	31	39	–	46
Argentinien	45	38	53	99	0,09	59	71	57	68	10	11	83	92	79
Armenien	27	19	42	100	0,19	39	60	22	33	8	12	46	87	68
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Aserbaidshjan	41	22	69	100	0,05	37	58	16	24	9	13	35	–	66
Äthiopien	267	189	427	50	0,08	31	42	30	41	15	20	67	73	35
Australien	3	2	4	96	–	59	67	57	64	8	10	85	–	87
Bahamas	77	51	128	99	0,15	46	66	44	65	10	12	79	–	77
Bahrain	16	13	19	100	–	29	63	20	44	5	12	59	73	76
Bangladesch	123	89	174	59	0,01	52	64	45	56	9	11	74	–	52
Barbados	39	22	61	98	0,21	51	63	47	60	12	14	75	44	77
Belarus	1	1	2	100	0,11	54	63	47	53	11	11	72	83	79
Belgien	5	4	6	–	0,04	59	67	58	67	6	8	91	–	86
Belize	130	105	161	95	0,35	46	58	43	54	14	17	72	43	68
Benin	523	397	768	78	0,11	18	20	15	16	24	30	36	91	38
Bhutan	60	40	82	99	0,08	40	62	39	60	8	12	81	83	60
Bolivien	161	103	272	81	0,16	49	68	37	51	11	15	61	94	65
Bosnien und Herzegowina	6	4	8	100	–	39	51	20	22	9	13	42	70	66
Botswana	186	151	230	100	1,92	59	70	58	70	8	10	87	64	55
Brasilien	72	57	93	98	0,24	67	80	65	78	6	7	90	–	80
Brunei Darussalam	44	30	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78
Bulgarien	7	5	10	95	0,03	66	81	52	60	5	6	73	62	73
Burkina Faso	264	169	394	96	0,08	30	34	29	33	19	23	60	81	40
Burundi	494	353	694	77	0,10	21	34	18	31	16	27	51	65	41
Cabo Verde	42	26	65	97	0,34	45	59	44	58	12	15	77	84	71
Chile	15	13	17	100	0,25	65	78	60	72	6	8	85	–	82
China	23	19	27	100	–	71	85	69	83	4	3	92	–	81
China, Hong Kong	–	–	–	–	–	49	71	46	68	8	9	81	–	–

Überwachung der ICPD Ziele  
**Sexuelle und reproduktive Gesundheit**

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten <sup>a</sup>	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (JHC) Deckungsindex
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Irgendeine Methode		Moderne Methode		2024		2024	2022	2021
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
China, Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	22	18	26	99	0,14	57	74	56	72	9	10	84	84	81
Côte d'Ivoire	480	318	730	84	0,31	27	26	23	23	21	26	49	64	43
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänemark	5	4	6	95	0,01	64	77	61	73	5	6	88	87	82
Deutschland	4	4	5	96	–	55	68	54	67	7	9	88	87	88
Dominica	–	–	–	100	–	46	64	44	62	10	13	78	–	49
Dominikanische Republik	107	87	133	99	0,37	55	68	53	66	10	13	82	–	77
Dschibuti	234	105	530	87	–	17	32	17	31	14	25	54	–	44
Ecuador	66	52	86	99	0,11	59	80	54	73	7	6	82	92	77
El Salvador	43	31	61	100	0,13	53	74	50	69	8	10	82	92	78
Eritrea	322	207	508	34	0,06	9	15	9	14	15	28	35	–	45
Estland	5	3	9	100	0,10	58	71	50	60	5	7	78	98	79
Eswatini	240	147	417	88	4,10	53	69	52	68	9	12	84	98	56
Fidschi	38	28	55	100	0,33	35	51	30	44	12	16	65	–	58
Finnland	8	6	13	100	–	79	82	74	77	3	4	91	98	86
Frankreich	8	6	10	98	0,09	66	78	64	76	4	4	91	–	85
Französisch-Guayana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	227	141	383	89	0,83	39	39	31	29	18	23	55	58	49
Gambia	458	333	620	84	0,60	15	21	14	20	16	24	46	–	46
Georgien	28	22	33	100	0,14	33	48	24	35	13	18	53	94	68
Ghana	263	180	376	79	0,53	27	36	24	32	19	26	52	66	48
Grenada	21	12	34	100	–	47	65	44	61	10	12	77	–	70
Griechenland	8	5	12	100	0,08	53	75	39	52	5	7	68	72	77
Großbritannien und Nordirland	10	8	12	–	–	72	76	65	69	4	6	86	96	88
Guadeloupe	–	–	–	–	–	40	59	37	53	10	15	73	–	–
Guam	–	–	–	–	–	37	66	32	56	7	10	74	–	–
Guatemala	96	85	106	70	0,07	43	65	37	55	9	12	72	–	59
Guinea	553	404	808	55	0,43	15	15	14	14	18	23	43	79	40
Guinea-Bissau	725	475	1135	54	0,59	32	24	31	24	16	19	63	80	37
Guyana	112	83	144	98	0,62	30	39	29	38	20	28	57	87	76
Haiti	350	239	550	42	0,58	29	40	27	37	23	33	52	65	54
Honduras	72	58	91	94	0,05	51	73	47	67	8	10	80	80	64
Indien	103	93	110	89	0,05	51	68	45	60	6	9	78	74	63
Indonesien	173	121	271	95	0,09	44	63	42	60	8	11	82	77	55
Irak	76	50	121	96	0,01	38	57	27	41	8	12	59	59	59
Iran	22	14	32	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	74
Irland	5	4	7	100	–	65	70	63	66	6	9	89	–	83
Island	3	1	4	97	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	89
Israel	3	2	4	–	–	41	73	32	56	5	8	69	–	85
Italien	5	4	6	100	0,04	60	67	49	52	6	9	75	–	84
Jamaika	99	80	122	100	0,50	44	73	42	70	9	9	79	76	74
Japan	4	3	6	100	–	47	53	41	42	12	17	69	85	83
Jemen	183	120	271	45	0,03	29	46	21	34	14	22	51	65	42
Jordanien	41	26	62	100	0,00	31	55	23	40	8	14	58	56	65
Jungferninseln (USA)	–	–	–	–	–	45	75	42	70	8	8	79	–	–
Kambodscha	218	156	326	99	0,08	43	65	33	49	7	10	65	98	58

## Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten <sup>a</sup>	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		2024	2022	2021
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024			
Kamerun	438	332	605	69	0,36	24	24	20	19	16	21	51	–	44
Kanada	11	9	15	98	–	73	82	71	80	3	4	92	–	91
Kasachstan	13	10	18	100	–	43	54	40	51	10	14	76	65	80
Katar	8	5	11	100	0,04	33	50	28	42	10	15	65	71	76
Kenia	530	382	750	70	0,46	49	65	47	63	11	14	78	48	53
Kirgisistan	50	37	70	100	0,11	29	43	28	40	12	17	68	73	69
Kiribati	76	33	146	92	–	24	32	20	27	17	23	49	–	48
Kolumbien	75	65	86	99	0,16	65	82	61	77	5	6	87	96	80
Komoren	217	131	367	82	0,00	21	29	17	24	19	29	44	–	48
Kongo	282	194	429	91	2,89	43	46	31	30	14	18	54	55	41
Kongo, Dem. Rep.	547	377	907	85	0,13	27	31	17	17	20	25	36	–	42
Korea	8	7	9	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	89
Korea, Dem. Volksrep.	107	46	249	100	–	61	75	58	72	8	8	85	83	68
Kroatien	5	3	7	100	0,02	50	71	36	47	5	8	65	98	80
Kuba	39	35	44	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	83
Kuwait	7	5	11	100	–	36	60	30	50	8	13	68	–	78
Laos	126	92	185	64	0,14	39	62	35	55	9	13	72	96	52
Lesotho	566	385	876	87	3,03	52	67	51	67	9	13	84	–	53
Lettland	18	14	25	100	0,19	59	72	52	62	6	8	81	70	75
Libanon	21	18	24	98	–	33	62	25	47	7	12	63	–	73
Liberia	652	499	900	84	0,24	28	28	27	27	25	31	51	–	45
Libyen	72	31	165	100	–	25	41	17	27	15	25	41	–	62
Litauen	9	5	14	100	0,06	48	72	40	58	6	8	74	87	75
Luxemburg	6	4	12	100	0,06	–	–	–	–	–	–	–	–	83
Madagaskar	392	311	517	46	0,30	42	53	38	47	13	14	69	–	35
Malawi	381	269	543	96	0,81	50	67	49	66	12	14	79	79	48
Malaysia	21	18	29	100	0,09	36	58	26	42	9	14	59	83	76
Malediven	57	40	83	100	0,01	18	24	14	19	22	29	36	93	61
Mali	440	335	581	67	0,28	19	21	19	21	21	24	47	–	41
Malta	3	2	5	100	0,09	61	79	50	63	4	5	76	–	85
Marokko	72	51	96	87	0,02	43	71	37	62	7	10	75	–	69
Martinique	–	–	–	–	–	41	61	38	56	10	14	74	–	–
Mauretanien	464	337	655	70	0,12	10	14	9	13	22	32	30	65	40
Mauritius	84	62	115	100	–	44	67	30	46	7	9	59	75	66
Mexiko	59	46	74	97	0,16	55	74	53	71	9	10	82	86	75
Mikronesien	74	32	169	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48
Moldau, Rep.	12	9	17	100	0,34	49	59	40	47	12	15	65	–	71
Mongolei	39	28	55	99	0,01	42	58	38	53	12	15	71	–	65
Montenegro	6	3	11	99	0,02	23	27	16	17	15	21	43	52	72
Mosambik	127	99	157	73	3,20	29	33	28	31	18	21	60	–	44
Myanmar	179	125	292	60	0,21	35	59	34	58	8	13	80	91	52
Namibia	215	154	335	88	2,39	53	62	53	61	10	14	84	88	63
Nepal	174	125	276	77	0,02	42	55	37	49	15	21	65	48	54
Neukaledonien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	7	5	9	97	0,01	65	81	61	75	5	5	88	95	85
Nicaragua	78	54	109	94	0,08	59	82	57	79	6	6	88	75	70
Niederlande	4	3	6	–	–	63	72	61	70	5	7	89	100	85
Niger	441	305	655	44	0,06	12	15	12	14	16	20	41	–	35

# Überwachung der ICPD Ziele

## Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten <sup>a</sup>	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (JHC) Deckungsindex
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Irgendeine Methode		Moderne Methode		2024		2024	2022	2021
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
Nigeria	1.047	793	1565	51	–	18	21	14	16	15	19	43	–	38
Nordmazedonien	3	1	6	100	0,03	44	54	21	21	9	13	40	–	74
Norwegen	2	1	3	99	–	66	85	61	79	3	3	89	100	87
Oman	17	12	25	100	0,03	22	37	16	26	14	25	43	70	70
Österreich	5	4	8	98	–	66	73	64	71	5	7	89	–	85
Pakistan	154	109	226	68	–	27	40	20	31	11	17	54	69	45
Palästina <sup>1</sup>	20	15	26	100	–	40	62	30	47	7	10	64	68	–
Panama	50	46	54	95	0,32	49	61	46	57	14	17	74	72	78
Papua-Neuguinea	192	126	293	56	0,65	28	39	24	33	17	24	52	–	30
Paraguay	71	60	82	92	–	60	73	56	68	8	8	83	76	72
Peru	69	59	80	95	0,17	51	77	40	58	5	6	71	85	71
Philippinen	78	67	96	84	0,21	36	58	27	44	10	15	60	80	58
Polen	2	1	3	100	–	54	74	44	59	6	7	73	89	82
Portugal	12	8	18	99	0,06	59	74	51	63	5	7	79	95	88
Puerto Rico	34	25	54	–	–	51	82	47	74	7	5	81	–	–
Réunion	–	–	–	–	–	52	72	50	71	8	9	84	–	–
Ruanda	259	184	383	94	0,24	40	67	37	61	9	12	76	82	49
Rumänien	10	7	14	93	0,03	54	71	46	59	6	8	76	98	78
Russland	14	9	20	100	–	49	68	42	58	7	9	75	70	79
Salomonen	122	75	197	86	–	24	33	20	27	13	18	54	–	47
Sambia	135	100	201	80	1,86	38	54	37	52	15	17	70	91	56
Samoa	59	26	137	89	–	14	22	13	20	28	42	32	22	55
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	77
Sao Tome und Principe	146	74	253	97	0,06	38	51	36	48	20	24	61	46	59
Saudi-Arabien	16	11	22	95	0,04	21	33	18	27	15	24	49	–	74
Schweden	5	3	6	–	–	59	71	56	68	6	8	87	100	85
Schweiz	7	5	11	–	–	73	73	68	68	4	7	89	94	86
Senegal	261	197	376	75	0,09	22	31	21	30	14	21	58	75	50
Serbien	10	8	14	100	0,02	49	59	29	29	7	11	51	99	72
Seychellen	3	3	4	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75
Sierra Leone	443	344	587	87	0,44	28	27	28	26	19	24	58	65	41
Simbabwe	357	255	456	86	1,12	51	70	50	69	8	9	86	73	55
Singapur	7	5	11	100	–	40	69	36	61	6	10	78	46	89
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	5	3	6	98	0,02	55	79	47	67	5	6	79	86	82
Slowenien	5	3	7	100	–	52	79	44	67	4	5	79	–	84
Somalia	621	283	1184	32	–	8	10	2	2	17	26	9	–	27
Spanien	3	3	4	100	–	62	64	60	62	7	12	87	–	85
Sri Lanka	29	24	38	100	0,01	45	68	37	56	5	7	74	86	67
St. Kitts and Nevis	–	–	–	100	–	49	61	46	57	12	14	76	–	79
St. Lucia	73	44	127	100	–	49	61	46	58	12	14	76	33	77
St. Vincent und die Grenadinen	62	40	92	99	–	51	67	49	64	10	12	80	81	69
Südafrika	127	99	154	97	3,15	52	59	51	59	11	14	82	95	71
Sudan	270	174	420	78	0,09	12	17	11	16	17	27	37	57	44
Südsudan	1.223	746	2009	40	0,79	7	9	6	8	21	29	23	16	34
Suriname	96	70	128	98	0,76	35	49	35	48	14	21	70	–	63
Syrien	30	19	47	96	0,00	34	63	26	47	7	12	63	81	64
Tadschikistan	17	9	31	95	0,10	25	34	23	31	16	21	57	–	67

## Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten <sup>a</sup>	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex		
						Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle	Verheiratet/in Beziehung				Alle	Verheiratet/in Beziehung
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung							
2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021				
Tansania	238	174	381	64	0,54	38	47	34	42	15	19	64	–	43		
Thailand	29	24	34	99	0,13	49	77	48	75	4	6	90	–	82		
Timor-Leste	204	147	283	57	0,07	20	34	18	31	13	22	55	–	52		
Togo	399	253	576	69	0,28	25	28	23	26	22	30	49	–	44		
Tonga	126	55	289	98	–	20	34	17	29	14	25	50	–	57		
Trinidad and Tobago	27	19	36	100	–	41	50	37	46	14	19	66	27	75		
Tschad	1.063	772	1.586	47	0,22	8	9	7	8	19	25	27	59	29		
Tschechien	3	2	5	100	0,02	62	85	55	76	4	4	84	79	84		
Tunesien	37	24	49	100	–	33	60	29	51	8	12	70	–	67		
Türkei	17	13	23	97	–	48	72	33	50	6	9	62	78	76		
Turkmenistan	5	3	9	100	–	36	54	33	50	8	12	77	94	75		
Turks- und Caicosinseln	–	–	–	100	–	37	39	36	38	19	23	64	–	–		
Tuvalu	–	–	–	100	–	20	27	18	24	20	28	46	–	52		
Uganda	284	191	471	74	1,21	38	51	34	45	15	20	64	–	49		
Ukraine	17	13	22	100	–	54	68	45	56	6	9	75	95	76		
Ungarn	15	11	21	100	–	50	70	45	63	7	9	80	93	79		
Uruguay	19	15	23	100	0,24	59	79	57	77	6	7	87	97	82		
USA	21	16	27	99	–	61	76	54	67	5	5	81	–	86		
Usbekistan	30	23	40	99	–	49	70	46	66	6	8	84	92	75		
Vanuatu	94	43	211	89	–	38	49	33	42	15	19	62	–	47		
Venezuela	259	191	381	99	–	56	76	53	72	8	9	83	–	75		
Vereinigte Arabische Emirate	9	5	17	99	–	38	53	31	42	12	16	62	–	82		
Vietnam	46	33	60	96	0,06	58	79	48	66	4	5	78	54	68		
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Zentralafrikanische Republik	835	407	1.519	40	1,57	22	24	17	19	21	25	40	77	32		
Zypern	68	47	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81		

## ANMERKUNGEN

- Keine Daten verfügbar
- a Die MMR wurde nach folgendem Schema gerundet: <100, gerundet auf die nächste 1; 100-999, gerundet auf die nächste 1; und  $\geq 1000$ , gerundet auf die nächste 10.
- 1 Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen, die Palästina den Status eines „beobachtenden Nicht-Mitgliedstaats in den Vereinten Nationen“ verleiht.

## DEFINITIONEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## QUELLEN

**Müttersterblichkeitsrate (MMR):** United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, die Weltbank und die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen), 2023.

**Betreute Geburten:** Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2023, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisation (WHO). Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage der gemeinsamen globalen Datenbank berechnet.

**Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung:** UNAIDS HIV Schätzungen 2023.

**Anteil der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden:** Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Anteil der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden, moderne Methode:** Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen:** Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen, moderne Methode:** Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung:** UNFPA, 2022.

**Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex:** WHO, 2023.

# Würde und Menschenrechte

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Welt und regionale Daten	2024	2023	2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2020	2020	2020	2020
<b>Welt</b>	<b>41</b>	<b>19</b>	<b>–</b>	<b>13</b>	<b>56</b>	<b>75</b>	<b>89</b>	<b>76</b>	<b>85</b>	<b>1,00</b>	<b>67</b>	<b>1,01</b>
Stärker entwickelte Regionen	10	4	–	–	82	97	95	87	99	1,00	95	1,01
Weniger entwickelte Regionen	45	22	–	–	56	75	89	75	83	1,00	63	1,01
Am wenigsten entwickelte Länder	90	38	–	22	47	68	88	69	–	–	44	0,90

UNFPA Regionen												
Arabische Staaten	42	17	54	15	58	92	91	67	82	0,95	60	0,92
Asien und Pazifik	24	18	–	13	63	79	91	81	87	1,02	66	1,06
Lateinamerika und Karibik	51	21	–	8	72	86	91	90	94	1,02	79	1,03
Osteuropa und Zentralasien	18	10	–	9	70	89	91	81	98	1,00	84	0,99
Ost- und Südliches Afrika	92	30	–	24	48	76	88	67	–	–	–	–
West- und Zentralafrika	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0,97	41	0,87

Land, Territorium oder Gebiet	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Afghanistan	62	29	–	35	–	–	–	–	–	–	45	0,56
Ägypten	50	16	87	15	–	–	–	–	95	1,00	72	0,95
Albanien	12	12	–	6	62	92	83	77	96	0,94	85	0,96
Algerien	11	4	–	–	–	–	–	–	97	0,99	83	1,11
Angola	163	30	–	25	39	75	74	62	–	–	–	–
Antigua und Barbuda	33	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	0,99
Äquatorialguinea	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentinien	28	16	–	5	–	–	–	–	99	–	96	1,10
Armenien	13	5	–	5	62	96	83	75	100	0,99	97	1,06
Aruba	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Aserbaidshan	37	11	–	5	–	–	–	–	87	0,99	80	0,96
Äthiopien	72	40	65	27	38	82	90	46	50	0,99	33	0,96
Australien	7	–	–	3	–	–	–	–	98	1,01	94	1,05
Bahamas	26	–	–	–	–	–	–	–	86	0,99	63	1,01
Bahrain	9	–	–	–	87	93	92	79	97	1,00	98	0,98
Bangladesch	68	51	–	23	64	77	94	86	82	1,15	79	0,91
Barbados	48	29	–	–	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Belarus	12	5	–	6	–	–	–	–	94	0,97	88	1,01
Belgien	4	0	–	5	–	–	–	–	99	1,00	99	1,00
Belize	51	34	–	8	–	–	–	–	94	0,99	71	1,11
Benin	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0,91	31	0,78
Bhutan	10	26	–	9	–	–	–	–	85	1,15	67	1,15
Bolivien	71	20	–	18	–	–	–	–	89	1,01	80	1,01
Bosnien und Herzegowina	10	4	–	3	–	–	–	–	94	0,97	79	1,03
Botswana	50	–	–	17	–	–	–	–	86	1,08	57	0,98
Brasilien	43	26	–	7	–	–	–	–	96	1,01	89	1,05
Brunei Darussalam	9	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	68	1,06
Bulgarien	39	–	–	6	–	–	–	–	90	1,00	82	0,95
Burkina Faso	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1,14	27	1,16
Burundi	58	19	–	22	40	72	88	60	59	1,06	42	1,17
Cabo Verde	40	8	–	11	–	–	–	–	83	0,99	74	1,07
Chile	16	–	–	6	–	–	–	–	99	0,99	98	0,99
China	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hong Kong	1	–	–	3	–	–	–	–	99	0,97	94	0,99
China, Macao	0	–	–	–	–	–	–	–	90	0,97	82	1,06

## Überwachung der ICPD Ziele

# Würde und Menschenrechte

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15-49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
Costa Rica	26	17	-	7	-	-	-	-	95	1,01	92	1,03
Côte d'Ivoire	96	26	37	16	25	43	82	67	43	1,01	45	0,92
Curaçao	18	-	-	-	-	-	-	-	99	-	88	1,02
Dänemark	1	1	-	3	-	-	-	-	99	1,00	93	1,01
Deutschland	6	-	-	-	-	-	-	-	99	1,01	89	0,98
Dominica	50	-	-	-	-	-	-	-	81	0,95	77	0,92
Dominikanische Republik	77	32	-	10	77	88	92	93	89	1,01	68	1,09
Dschibuti	21	7	90	-	-	-	-	-	49	0,86	36	0,91
Ecuador	52	22	-	8	87	100	92	95	99	1,02	80	1,02
El Salvador	50	20	-	6	-	-	-	-	-	-	57	1,07
Eritrea	76	41	83	-	-	-	-	-	59	0,86	45	0,86
Estland	6	-	-	4	-	-	-	-	98	1,00	94	1,01
Eswatini	87	2	-	18	49	72	89	74	-	-	-	-
Fidschi	31	4	-	23	62	86	84	77	89	0,81	73	1,13
Finnland	3	0	-	8	-	-	-	-	98	1,00	96	1,01
Frankreich	6	-	-	5	-	-	-	-	100	1,00	96	1,01
Französisch-Guayana	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Französisch-Polynesien	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabun	100	13	-	22	48	60	90	86	64	1,03	53	1,05
Gambia	65	23	73	10	19	49	87	45	80	1,18	55	1,25
Georgien	22	14	-	3	82	95	98	88	99	-	99	1,01
Ghana	63	16	2	10	52	82	90	72	91	0,99	66	0,94
Griechenland	7	-	-	5	-	-	-	-	98	1,00	94	1,02
Grenada	30	-	-	8	-	-	-	-	91	1,07	86	0,96
Großbritannien und Nordirland	8	0	-	4	-	-	-	-	97	1,00	95	1,02
Guadeloupe	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guam	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	65	30	-	7	65	77	91	89	63	0,95	35	1,04
Guinea	128	47	95	21	15	41	76	40	47	0,78	27	0,67
Guinea-Bissau	84	26	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	65	32	-	11	71	92	90	83	83	1,04	62	1,09
Haiti	55	15	-	12	57	76	93	79	-	-	-	-
Honduras	97	34	-	7	70	84	88	94	53	1,10	39	1,18
Indien	11	23	-	18	66	82	92	83	85	1,01	57	1,01
Indonesien	36	16	-	9	-	-	-	-	95	1,07	82	0,95
Irak	70	28	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iran	24	17	-	18	-	-	-	-	95	0,97	81	0,98
Irland	4	-	-	3	-	-	-	-	100	-	99	1,02
Island	3	-	-	3	-	-	-	-	99	1,00	85	1,01
Israel	7	-	-	6	-	-	-	-	97	1,00	95	1,02
Italien	3	-	-	4	-	-	-	-	99	1,00	95	1,00
Jamaika	36	8	-	7	-	-	-	-	82	1,04	77	0,98
Japan	2	-	-	4	-	-	-	-	100	-	98	1,02
Jemen	77	30	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanien	17	10	-	14	58	92	91	67	74	0,98	62	1,05
Jungfernseln (USA)	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kambodscha	48	18	-	9	80	92	93	91	95	1,09	57	1,12
Kamerun	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0,93	35	0,86

## Würde und Menschenrechte

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15-49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
Kanada	5	-	-	3	-	-	-	-	100	-	87	0,98
Kasachstan	20	7	-	6	-	-	-	-	98	1,00	70	1,08
Katar	5	4	-	-	-	-	-	-	98	1,00	90	0,99
Kenia	44	13	15	23	65	87	92	77	-	-	-	-
Kirgisistan	30	13	-	13	77	94	95	85	94	0,98	73	1,04
Kiribati	51	18	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-
Kolumbien	47	23	-	12	-	-	-	-	96	1,01	87	1,03
Komoren	74	21	-	8	21	47	71	47	87	1,02	52	1,07
Kongo	111	27	-	-	27	41	87	71	70	0,94	58	0,92
Kongo, Dem. Rep.	109	29	-	36	31	47	85	74	-	-	-	-
Korea	0	-	-	8	-	-	-	-	100	1,00	96	0,99
Korea, Dem. Volksrep.	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kroatien	7	-	-	4	-	-	-	-	99	-	92	1,05
Kuba	47	29	-	5	-	-	-	-	92	1,00	83	1,05
Kuwait	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laos	83	33	-	8	-	-	-	-	66	1,01	46	0,93
Lesotho	49	16	-	17	61	90	93	71	83	1,08	63	1,11
Lettland	9	-	-	6	-	-	-	-	99	1,01	94	1,02
Libanon	17	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	131	25	32	27	59	79	84	82	60	1,02	61	1,03
Libyen	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Litauen	6	0	-	5	-	-	-	-	100	-	99	1,02
Luxemburg	3	-	-	4	-	-	-	-	96	1,00	85	1,05
Madagaskar	143	39	-	-	72	87	93	88	65	1,02	31	1,00
Malawi	136	38	-	17	45	68	91	69	76	0,99	30	0,62
Malaysia	6	-	-	-	-	-	-	-	89	1,03	67	1,10
Malediven	5	2	13	6	54	89	84	70	96	1,06	55	1,14
Mali	145	54	89	18	5	20	66	26	45	0,86	24	0,74
Malta	10	-	-	4	-	-	-	-	98	0,99	90	1,02
Marokko	22	14	-	11	-	-	-	-	96	0,97	77	0,99
Martinique	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauretanien	90	37	64	-	25	63	79	44	67	1,04	38	1,04
Mauritius	20	-	-	-	-	-	-	-	95	1,01	77	1,10
Mexiko	44	21	-	10	-	-	-	-	92	1,03	69	1,11
Mikronesien	33	-	-	21	-	-	-	-	83	1,03	62	1,08
Moldau, Rep.	27	12	-	9	73	96	96	79	100	-	85	1,04
Mongolei	21	12	-	12	63	85	84	80	96	1,02	88	1,07
Montenegro	9	6	-	4	-	-	-	-	98	0,98	87	1,02
Mosambik	158	53	-	16	49	77	85	67	59	0,93	42	0,88
Myanmar	36	16	-	11	67	85	98	81	88	1,07	63	1,17
Namibia	64	7	-	16	71	91	83	93	100	1,00	88	0,95
Nepal	71	35	-	11	63	72	91	91	96	0,94	81	1,03
Neukaledonien	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neuseeland	11	-	-	4	-	-	-	-	98	1,00	95	1,01
Nicaragua	79	35	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Niederlande	2	-	-	5	-	-	-	-	100	1,00	95	1,02
Niger	150	76	2	13	7	21	77	35	25	0,96	10	0,85
Nigeria	75	30	15	13	29	46	81	56	-	-	-	-

## Überwachung der ICPD Ziele

# Würde und Menschenrechte

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15-49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
Nordmazedonien	14	8	-	4	88	98	99	90	-	-	-	-
Norwegen	1	0	-	4	-	-	-	-	100	1,00	95	1,01
Oman	6	4	-	-	-	-	-	-	86	1,01	76	0,99
Österreich	4	-	-	4	-	-	-	-	98	1,00	89	1,00
Pakistan	41	18	-	16	31	52	85	55	72	0,82	51	0,84
Palästina <sup>1</sup>	43	13	-	19	-	-	-	-	95	1,02	76	1,16
Panama	62	26	-	8	79	94	89	95	88	1,02	57	1,08
Papua-Neuguinea	68	27	-	31	57	86	84	76	69	0,93	43	0,83
Paraguay	72	22	-	6	-	-	-	-	82	1,01	73	1,06
Peru	34	14	-	11	-	-	-	-	98	1,00	84	0,99
Philippinen	47	9	-	6	82	95	91	92	89	1,05	82	1,10
Polen	6	-	-	3	-	-	-	-	97	1,00	96	1,01
Portugal	6	-	-	4	-	-	-	-	100	1,00	100	1,00
Puerto Rico	13	-	-	-	-	-	-	-	94	1,04	86	0,98
Réunion	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	31	6	-	24	61	83	95	76	91	1,06	56	1,06
Rumänien	34	7	-	7	-	-	-	-	89	0,99	77	1,02
Russland	13	6	-	-	-	-	-	-	100	1,00	57	0,95
Salomonen	78	21	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-
Sambia	135	29	-	28	47	81	87	64	-	-	-	-
Samoa	55	7	-	18	-	-	-	-	100	1,00	77	1,15
San Marino	1	-	-	-	-	-	-	-	94	0,99	40	0,81
Sao Tome und Principe	86	28	-	18	46	69	78	79	-	-	-	-
Saudi-Arabien	8	-	-	-	-	-	-	-	99	1,00	99	1,00
Schweden	2	-	-	6	-	-	-	-	100	1,00	97	1,00
Schweiz	1	-	-	2	-	-	-	-	100	1,00	92	0,99
Senegal	67	31	25	12	6	27	81	18	38	1,18	19	1,20
Serbien	13	6	-	4	96	100	98	98	95	1,00	84	1,05
Seychellen	46	-	-	-	-	-	-	-	96	1,03	87	1,14
Sierra Leone	102	30	83	20	28	44	78	68	82	1,05	58	1,01
Simbabwe	87	34	-	18	60	87	93	72	77	-	37	-
Singapur	3	0	-	2	-	-	-	-	100	1,00	99	1,00
Sint Maarten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slowakei	26	-	-	6	-	-	-	-	97	1,00	91	1,00
Slowenien	3	-	-	3	-	-	-	-	99	1,00	97	1,01
Somalia	116	45	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spanien	5	-	-	3	-	-	-	-	97	1,01	95	1,02
Sri Lanka	17	10	-	4	-	-	-	-	97	1,01	86	1,08
St. Kitts und Nevis	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	-
St. Lucia	24	24	-	-	-	-	-	-	87	1,09	76	1,02
St. Vincent und die Grenadinen	37	-	-	-	-	-	-	-	98	-	97	1,02
Südafrika	71	4	-	13	61	94	85	72	92	1,01	91	1,11
Sudan	87	34	87	17	-	-	-	-	70	0,96	51	1,07
Südsudan	158	52	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	46	36	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Syrien	54	13	-	-	-	-	-	-	48	1,08	27	1,17
Tadschikistan	42	9	-	14	27	47	79	54	-	-	-	-
Tansania	112	29	8	24	50	74	85	68	49	1,07	16	0,86

## Würde und Menschenrechte

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Thailand	24	17	–	9	–	–	–	–	98	1,01	98	1,10
Timor-Leste	42	15	–	28	36	93	92	40	87	1,09	74	1,10
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0,95	46	0,77
Tonga	30	10	–	17	–	–	–	–	99	1,08	82	1,19
Trinidad und Tobago	36	4	–	8	–	–	–	–	–	–	67	0,99
Tschad	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0,72	25	0,57
Tschechien	7	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	95	1,01
Tunesien	4	2	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Türkei	12	15	–	12	–	–	–	–	100	1,00	92	1,00
Turkmenistan	22	6	–	–	59	85	90	70	99	1,01	83	1,00
Turks- und Caicosinseln	18	23	–	–	–	–	–	–	87	0,86	85	0,76
Tuvalu	44	2	–	20	–	–	–	–	93	1,06	56	1,25
Uganda	111	34	0	26	58	74	88	86	51	0,98	25	0,83
Ukraine	13	9	–	9	81	98	95	86	89	1,01	78	1,07
Ungarn	19	–	–	6	–	–	–	–	95	1,00	87	1,01
Uruguay	27	25	–	4	–	–	–	–	97	1,02	90	1,06
USA	14	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	95	1,03
Usbekistan	36	3	–	–	70	89	90	85	100	1,00	73	1,01
Vanuatu	81	21	–	29	–	–	–	–	95	0,95	75	1,06
Venezuela	76	–	–	9	–	–	–	–	83	1,03	72	1,12
Vereinigte Arabische Emirate	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	1,36
Vietnam	29	15	–	10	–	–	–	–	98	1,02	95	0,93
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	184	61	22	21	–	–	–	–	43	0,68	17	0,60
Zypern	6	–	–	3	–	–	–	–	100	–	96	1,00

## ANMERKUNGEN

– Keine Daten verfügbar

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

## DEFINITIONEN

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

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

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

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

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

**Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung:** Prozentualer Anteil der Frauen und Mädchen in einer festen Partnerschaft im Alter von 15 bis 49 Jahren, die eigene Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung treffen (SDG Indikator 5.6.1).

**Entscheidungsmacht über Verhütung:** Prozentualer Anteil der Frauen und Mädchen in einer festen Partnerschaft im Alter von 15 bis 49 Jahren, die eigene Entscheidungen über die Anwendung von Verhütungsmitteln treffen (SDG Indikator 5.6.1).

**Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr:** Prozentualer Anteil der Frauen und Mädchen in einer festen Partnerschaft im Alter von 15 bis 49 Jahren, die selbst über Geschlechtsverkehr mit dem\*r Partner\*in entscheiden (SDG Indikator 5.6.1).

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

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

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

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

## QUELLEN

**Anzahl der Geburten bei Heranwachsenden:** Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024. Regionale Aggregate entstammen den World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2024.

**Ehen von unter 18-Jährigen:** UNICEF, 2024. Regionale aggregierte Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten von UNICEF.

**Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Frauen, 15–49:** UNICEF, 2024. Regionale aggregierte Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten von UNICEF.

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

**Entscheidungsmacht sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte:** UNFPA, 2024.

**Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung:** UNFPA, 2024.

**Entscheidungsmacht über Verhütung:** UNFPA, 2024.

**Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr:** UNFPA, 2024.

**Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe:** UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2024.

**Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe:** UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2024.

**Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe:** UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2024.

**Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe:** UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2024.

# Demografische Indikatoren

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamt- bevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamt- fertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2024	
Welt und regionale Daten	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
<b>Welt</b>	<b>8.119</b>	<b>77</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>65</b>	<b>10</b>	<b>2,3</b>	<b>71</b>	<b>76</b>
Stärker entwickelte Regionen	1.277	–	16	11	17	64	21	1,5	78	83
Weniger entwickelte Regionen	6.842	66	26	17	25	65	8	2,4	70	75
Am wenigsten entwickelte Länder	1.178	31	38	22	31	58	4	3,8	64	69
<b>UNFPA Regionen</b>										
Arabische Staaten	476	39	32	20	28	63	5	3,0	70	75
Asien und Pazifik	4.204	108	22	16	23	68	10	1,9	72	77
Lateinamerika und Karibik	666	94	23	16	24	68	10	1,8	73	79
Osteuropa und Zentralasien	250	71	23	15	21	66	11	2,1	72	79
Ost- und Südliches Afrika	688	28	40	23	32	56	3	4,1	62	67
West- und Zentralafrika	516	28	42	23	33	55	3	4,8	57	59
Land, Territorium oder Gebiet	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Afghanistan	43,4	26	43	24	34	55	2	4,3	62	68
Ägypten	114,5	44	32	20	28	63	5	2,8	70	75
Albanien	2,8	–	16	12	18	66	18	1,4	78	82
Algerien	46,3	49	30	17	24	63	7	2,7	76	79
Angola	37,8	23	45	24	32	53	3	5,0	61	66
Antigua and Barbuda	0,1	127	18	13	20	71	12	1,6	77	82
Äquatorialguinea	1,8	30	38	22	29	59	3	4,0	61	64
Argentinien	46,1	113	22	16	23	65	12	1,9	75	81
Armenien	2,8	–	20	13	19	65	14	1,6	71	80
Aruba <sup>1</sup>	0,1	–	15	13	19	67	18	1,2	74	80
Aserbaidshchan <sup>2</sup>	10,5	–	22	16	22	70	8	1,6	71	77
Äthiopien	129,7	28	39	23	32	58	3	3,9	64	70
Australien <sup>3</sup>	26,7	71	18	12	18	65	18	1,6	82	86
Bahamas	0,4	111	18	14	23	72	10	1,4	71	78
Bahrain	1,5	79	20	13	18	76	4	1,8	80	82
Bangladesch	174,7	70	25	18	27	68	6	1,9	72	77
Barbados	0,3	–	16	12	19	66	17	1,6	76	80
Belarus	9,5	–	16	12	17	65	18	1,5	70	80
Belgien	11,7	–	16	12	17	63	20	1,6	81	85
Belize	0,4	50	27	18	28	68	5	2,0	72	78
Benin	14,1	26	42	23	31	55	3	4,7	60	63
Bhutan	0,8	111	21	17	26	73	7	1,4	71	75
Bolivien	12,6	49	30	20	29	65	5	2,5	66	72
Bosnien und Herzegowina	3,2	–	15	10	16	66	19	1,3	76	80
Botswana	2,7	43	32	20	28	64	4	2,7	64	69
Brasilien	217,6	127	20	14	21	70	11	1,6	73	79
Brunei Darussalam	0,5	97	21	15	22	72	7	1,7	73	77
Bulgarien	6,6	–	14	10	15	64	22	1,6	73	79
Burkina Faso	23,8	28	43	24	34	55	3	4,5	59	63
Burundi	13,6	26	44	26	34	53	3	4,8	61	65
Cabo Verde	0,6	72	25	18	26	69	6	1,9	73	81
Chile	19,7	–	18	12	19	68	14	1,5	79	84
China <sup>4</sup>	1.425,2	–	16	12	18	69	15	1,2	76	82
China, Hong Kong <sup>5</sup>	7,5	–	12	8	12	66	22	0,8	83	89
China, Macau <sup>6</sup>	0,7	55	15	8	13	71	14	1,2	83	88
Costa Rica	5,2	107	19	14	21	69	12	1,5	78	83
Côte d'Ivoire	29,6	28	41	24	33	57	2	4,2	59	62

# Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamtfertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Curaçao <sup>1</sup>	0,2	–	17	12	20	67	16	1,6	73	81
Dänemark <sup>7</sup>	5,9	–	16	11	17	63	21	1,7	80	84
Deutschland	83,3	–	14	9	14	63	23	1,5	80	85
Dschibuti	1,2	50	30	19	29	66	5	2,7	62	67
Dominica	0,1	–	19	14	22	71	10	1,6	71	78
Dominikanische Republik	11,4	79	27	17	26	66	8	2,2	71	78
Ecuador	18,4	68	25	17	26	67	8	2,0	76	81
El Salvador	6,4	–	25	17	27	67	9	1,8	69	78
Eritrea	3,8	37	38	25	35	58	4	3,6	67	71
Estland	1,3	–	16	11	16	63	21	1,7	75	83
Eswatini	1,2	67	34	22	31	62	4	2,7	58	65
Fidschi	0,9	97	28	18	26	66	6	2,4	67	71
Finnland <sup>8</sup>	5,5	–	15	11	17	61	24	1,4	80	85
Frankreich <sup>9</sup>	64,9	–	17	12	18	61	22	1,8	81	86
Französisch-Guayana <sup>10</sup>	0,3	29	32	18	27	62	6	3,4	75	81
Französisch-Polynesien <sup>10</sup>	0,3	88	20	15	22	69	11	1,7	82	86
Gabun	2,5	36	36	21	29	60	4	3,3	65	70
Gambia	2,8	29	42	24	34	55	2	4,4	63	66
Georgien <sup>11</sup>	3,7	–	21	13	19	64	15	2,0	69	79
Ghana	34,8	36	36	22	31	60	4	3,4	63	68
Grenada	0,1	129	24	15	22	66	11	2,0	73	79
Griechenland	10,3	–	13	10	16	63	24	1,4	80	85
Großbritannien und Nordirland <sup>12</sup>	68,0	–	17	12	18	63	20	1,6	81	84
Guadeloupe <sup>10</sup>	0,4	–	18	13	20	61	21	2,0	80	87
Guam <sup>13</sup>	0,2	105	26	17	25	62	13	2,5	75	82
Guatemala	18,4	46	31	21	31	64	5	2,3	71	77
Guinea	14,5	29	41	23	33	56	3	4,1	59	62
Guinea-Bissau	2,2	32	39	24	33	58	3	3,8	60	64
Guyana	0,8	101	28	18	27	65	7	2,3	66	73
Haiti	11,9	58	31	20	29	64	5	2,7	62	68
Honduras	10,8	45	29	19	29	66	5	2,3	71	76
Indien	1.441,7	77	24	17	26	68	7	2,0	71	74
Indonesien	279,8	87	25	17	25	68	7	2,1	69	73
Irak	46,5	32	37	22	32	60	3	3,3	70	74
Iran	89,8	101	23	15	21	69	8	1,7	75	80
Irland	5,1	111	19	14	20	65	16	1,8	81	85
Island	0,4	111	18	13	19	66	16	1,7	82	85
Israel	9,3	47	28	17	24	60	12	2,9	82	85
Italien	58,7	–	12	9	14	63	25	1,3	82	86
Jamaika	2,8	–	19	15	23	73	8	1,3	70	75
Japan	122,6	–	11	9	13	58	30	1,3	82	88
Jemen	35,2	31	39	23	32	59	3	3,6	63	70
Jordanien	11,4	–	31	20	29	65	4	2,7	75	79
Jungferninseln (USA) <sup>13</sup>	0,1	–	19	13	18	60	21	2,1	71	82
Kambodscha	17,1	68	28	19	27	65	6	2,3	69	74
Kamerun	29,4	27	42	23	32	56	3	4,2	61	64
Kanada	39,1	84	15	11	17	65	20	1,5	81	85
Kasachstan	19,8	60	29	17	23	62	8	3,0	68	76
Katar	2,7	93	15	10	13	83	2	1,8	81	83
Kenia	56,2	35	37	23	33	60	3	3,2	62	67

# Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamtfertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Kirgisistan	6,8	46	34	20	27	61	5	2,9	68	76
Kiribati	0,1	42	36	21	29	60	4	3,2	66	70
Kolumbien	52,3	–	21	14	22	69	10	1,7	75	81
Komoren	0,9	39	37	21	30	58	4	3,8	63	68
Kongo	6,2	31	40	24	32	57	3	4,0	62	65
Kongo, Dem. Rep.	105,6	21	46	23	32	51	3	6,0	59	63
Korea	51,7	–	11	9	14	70	19	0,9	81	87
Korea, Dem. Volksrep.	26,2	–	19	12	19	69	13	1,8	71	76
Kroatien	4,0	–	14	10	15	63	23	1,4	77	82
Kuba	11,2	–	15	11	17	68	16	1,5	76	81
Kuwait	4,3	78	19	14	19	75	6	2,0	79	83
Laos	7,7	52	30	19	28	65	5	2,4	67	72
Lesotho	2,4	64	34	21	30	62	4	2,9	52	58
Lettland	1,8	–	15	11	15	62	23	1,6	72	80
Libanon	5,2	–	27	20	27	62	11	2,0	78	82
Liberia	5,5	32	40	24	34	57	3	3,9	61	64
Libyen	7,0	65	27	19	28	68	5	2,3	70	77
Litauen	2,7	–	15	10	15	63	22	1,6	73	81
Luxemburg	0,7	69	16	11	16	69	16	1,4	81	85
Madagaskar	31,1	29	38	22	32	58	3	3,7	65	70
Malawi	21,5	27	42	25	35	56	3	3,7	62	69
Malaysia <sup>14</sup>	34,7	67	22	15	23	70	8	1,8	74	79
Malediven	0,5	–	22	13	19	73	5	1,7	81	82
Mali	24,0	23	47	25	34	51	2	5,7	60	62
Malta	0,5	–	13	8	13	67	20	1,2	82	86
Marokko	38,2	72	26	17	25	66	8	2,2	73	78
Martinique <sup>10</sup>	0,4	–	15	12	18	60	24	1,9	81	86
Mauretanien	5,0	26	41	24	33	56	3	4,2	65	69
Mauritius <sup>15</sup>	1,3	–	16	12	20	70	14	1,4	73	79
Mexiko	129,4	97	24	17	25	68	9	1,8	72	79
Mikronesien	0,1	74	30	20	30	64	7	2,6	68	76
Moldau, Rep. <sup>16</sup>	3,3	–	19	12	18	67	13	1,8	67	76
Mongolei	3,5	53	32	18	25	63	5	2,7	69	78
Montenegro	0,6	–	18	12	18	65	17	1,7	75	81
Mosambik	34,9	25	43	24	33	54	3	4,4	60	65
Myanmar	55,0	100	24	16	24	69	7	2,1	65	71
Namibia	2,6	41	36	21	30	60	4	3,2	60	68
Nepal	31,2	64	28	19	29	66	6	2,0	69	73
Neukaledonien <sup>10</sup>	0,3	70	22	15	22	67	12	2,0	78	85
Neuseeland <sup>17</sup>	5,3	89	18	13	19	65	17	1,7	82	85
Nicaragua	7,1	52	29	19	28	65	6	2,2	72	78
Niederlande <sup>18</sup>	17,7	–	15	11	17	64	21	1,6	81	84
Niger	28,2	18	49	24	33	49	2	6,6	63	65
Nigeria	229,2	29	42	23	33	55	3	5,0	54	55
Nordmazedonien	2,1	–	16	11	17	69	16	1,4	76	80
Norwegen <sup>19</sup>	5,5	95	16	12	18	65	19	1,5	82	85
Oman	4,7	48	27	15	21	70	3	2,5	78	81
Österreich	9,0	–	14	10	15	65	21	1,5	81	85
Pakistan	245,2	36	36	22	32	60	4	3,3	65	70
Palästina <sup>20</sup>	5,5	30	38	22	32	58	4	3,3	74	78

# Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamtfertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Panama	4,5	53	26	17	24	65	9	2,3	76	82
Papua-Neuguinea	10,5	39	34	21	30	63	3	3,1	64	69
Paraguay	6,9	57	28	18	26	65	7	2,4	71	77
Peru	34,7	73	25	17	25	66	9	2,1	75	79
Philippinen	119,1	47	30	19	28	65	6	2,7	70	74
Polen	40,2	–	15	10	16	66	19	1,5	75	82
Portugal	10,2	–	13	10	15	63	24	1,4	80	85
Puerto Rico <sup>13</sup>	3,3	–	13	10	17	63	24	1,3	76	84
Réunion <sup>10</sup>	1,0	92	22	15	23	64	14	2,2	80	86
Ruanda	14,4	31	38	23	32	59	3	3,6	65	70
Rumänien	19,6	–	16	11	16	65	19	1,7	74	81
Russland	144,0	–	17	12	17	66	17	1,5	70	79
Salomonen	0,8	32	39	22	31	58	4	3,8	69	73
Sambia	21,1	26	42	24	34	56	2	4,1	61	66
Samoa	0,2	48	37	22	30	57	5	3,8	70	76
San Marino	0,03	–	12	10	16	67	21	1,2	82	85
Sao Tome und Principe	0,2	36	38	24	34	58	4	3,6	66	72
Saudi-Arabien	37,5	50	25	16	23	71	3	2,3	77	80
Schweden	10,7	121	17	12	18	62	21	1,7	82	85
Schweiz	8,9	113	15	10	15	65	20	1,5	83	86
Senegal	18,2	27	41	23	33	56	3	4,2	67	73
Serbien <sup>21</sup>	7,1	–	15	10	15	65	21	1,5	74	80
Seychellen	0,1	128	23	14	21	68	9	2,3	72	80
Sierra Leone	9,0	33	38	23	33	59	3	3,7	60	63
Simbabwe	17,0	33	40	24	34	57	3	3,3	59	65
Singapur	6,1	112	12	8	13	71	17	1,1	82	87
Sint Maarten <sup>1</sup>	0,0	–	10	12	24	77	13	1,6	73	79
Slowakei	5,7	–	16	10	16	67	18	1,6	75	82
Slowenien	2,1	–	15	10	15	63	22	1,6	80	85
Somalia	18,7	23	47	24	33	51	3	6,0	56	60
Spanien <sup>22</sup>	47,5	–	13	10	16	66	21	1,3	82	87
Sri Lanka	21,9	–	22	16	23	66	12	1,9	73	81
St. Kitts und Nevis	0,0	–	19	13	20	70	11	1,5	69	76
St. Lucia	0,2	–	17	13	20	73	10	1,4	71	78
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	–	21	15	22	67	11	1,8	71	77
Südafrika	61,0	64	28	18	25	66	6	2,3	64	70
Sudan	49,4	27	40	22	31	56	4	4,3	64	69
Südsudan	11,3	41	42	28	38	55	3	4,1	56	59
Suriname	0,6	79	26	17	26	66	8	2,3	70	76
Syrien	24,3	15	28	23	35	67	5	2,6	69	76
Tadschikistan	10,3	38	36	21	29	60	4	3,1	69	74
Tansania <sup>23</sup>	69,4	24	43	23	33	54	3	4,5	66	70
Thailand	71,9	–	15	11	17	68	17	1,3	76	84
Timor-Leste	1,4	50	34	22	33	61	5	2,9	68	71
Togo	9,3	31	39	23	32	57	3	4,1	61	63
Tonga	0,1	83	34	22	31	60	6	3,1	69	74
Trinidad und Tobago	1,5	–	18	13	19	69	12	1,6	72	78
Tschad	18,8	23	47	24	33	51	2	6,0	52	56
Tschechien	10,5	–	16	11	16	64	21	1,7	77	83
Tunesien	12,6	84	24	15	22	66	10	2,0	74	80

# Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamt- bevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamt- fertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Türkei	86,3	137	23	15	22	68	9	1,9	76	82
Turkmenistan	6,6	57	31	18	26	64	6	2,6	66	73
Turks- und Caicosinseln	0,0	87	17	11	16	73	11	1,6	73	79
Tuvalu	0,0	95	32	19	27	61	7	3,1	61	70
Uganda	49,9	26	44	25	35	54	2	4,2	62	66
Ukraine <sup>24</sup>	37,9	25	15	12	15	65	20	1,3	70	80
Ungarn	10,0	–	14	10	16	65	20	1,6	74	80
Uruguay	3,4	–	18	14	21	66	16	1,5	75	82
USA <sup>25</sup>	341,8	132	17	13	19	65	18	1,7	77	82
Usbekistan	35,7	50	30	17	24	64	6	2,7	69	75
Vanuatu	0,3	30	39	22	31	58	4	3,6	69	73
Venezuela	29,4	37	26	19	28	65	9	2,1	69	77
Vereinigte Arabische Emirate	9,6	90	15	9	14	83	2	1,4	79	83
Vietnam	99,5	111	22	14	21	68	10	1,9	70	80
Westsahara	0,6	38	24	15	22	70	6	2,2	70	74
Zentralafrikanische Republik	5,9	23	48	26	37	50	3	5,7	54	58
Zypern <sup>26</sup>	1,3	107	16	10	16	69	16	1,3	80	84

## ANMERKUNGEN

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

## DEFINITIONEN

**Gesamtbevölkerung:** Geschätzte Bevölkerung von Nationalstaaten zur Mitte des Jahres.

**Jährliche Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren:** Die Anzahl der Jahre, die es dauert, bis sich die Gesamtbevölkerung verdoppelt hat, wenn die jährliche Rate der Bevölkerungsentwicklung konstant bleibt. Sie wird berechnet als  $\ln(2)/r$ , wobei  $r$  für die jährliche Wachstumsrate der Bevölkerung steht. Die Verdopplungszeit wird nur für schnell wachsende Bevölkerungen mit Wachstumsraten von mehr als 0,5 Prozent berechnet.

**Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %:** Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

**Bevölkerung im Alter 10–19 Jahre, in %:** Anteil der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

**Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %:** Anteil der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

**Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %:** Anteil der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

**Bevölkerung im Alter  $\geq 65$  Jahre, in %:** Anteil der Gesamtbevölkerung, der 65 Jahre alt oder älter ist.

**Gesamtfruchtbarkeitsrate:** Durchschnittliche Anzahl der Kinder, die eine Frau im Lauf ihres Lebens bekäme, wenn sie das Ende ihrer Reproduktionsfähigkeit erleben würde und in jedem Alter so viele Kinder bekäme, wie es den bestehenden altersspezifischen Fertilitätsraten entspricht.

**Lebenserwartung bei der Geburt:** Durchschnittlich zu erwartendes Lebensalter in Jahren, das Neugeborene erreichen würden, wenn die zum Zeitpunkt ihrer Geburt im Bevölkerungsquerschnitt bestehenden Mortalitätsrisiken konstant blieben.

## QUELLEN

**Gesamtbevölkerung:** World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Verdopplungszeit der Bevölkerung:** World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Bevölkerung im Alter 10–19 Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Bevölkerung im Alter  $\geq 65$  Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Gesamtfruchtbarkeitsrate:** World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

**Lebenserwartung bei der Geburt:** World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

# Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2023 enthalten Indikatoren, die aufzeigen, welche Fortschritte in Bezug auf die Ziele des Aktionsrahmens zur Weiterverfolgung des Aktionsprogramms der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) und die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in den Bereichen Müttergesundheit, Bildungszugang sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit erreicht wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demografischer Indikatoren. Die statistischen Tabellen untermauern die Fokussierung von UNFPA auf Fortschritte und Ergebnisse bei der Verwirklichung einer Welt, in der jede Schwangerschaft erwünscht ist, jede Geburt unter sicheren Bedingungen stattfindet und jeder junge Mensch sein persönliches Potenzial voll entfalten kann.

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

Die statistischen Tabellen beruhen auf repräsentativen Haushaltsbefragungen, die für die jeweiligen Länder repräsentativ sind, wie zum Beispiel auf Demographic and Health Surveys (DHS) und Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), auf Schätzungen der Vereinten Nationen und auf interinstitutionellen Schätzungen. Sie berücksichtigen außerdem die neuesten Bevölkerungsschätzungen aus World Population Prospects: The 2022 Revision und der Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022 (Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen, Abteilung Bevölkerungsfragen). Die Daten werden durch Definitionen, Quellen und Anmerkungen ergänzt. Im Allgemeinen spiegeln die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2024 den Kenntnisstand vom März 2024 wider.

## Überwachung der ICPD-Ziele

### Sexuelle und reproduktive Gesundheit

**Müttersterblichkeitsrate (MMR).** Quelle: Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG) der Vereinten Nationen (WHO, UNICEF, UNFPA, die Weltbank und die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen), 2023. Der Indikator gibt die Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten in einem bestimmten Zeitraum an. Die Schätzungen und Methoden werden regelmäßig von der MMEIG und anderen Behörden und akademischen Einrichtungen überprüft und überarbeitet, um die Datenlage zur Müttersterblichkeit weiter zu verbessern. Die Schätzungen sollten nicht mit früheren Schätzungen verglichen werden.

**Durch medizinisches Personal betreute Geburten.** Quelle: Gemeinsame globale Datenbank zur Betreuung durch medizinisches Personal bei der Geburt. UNICEF und WHO, 2023. Prozentsatz an Geburten, die von geschultem medizinischem Personal durchgeführt werden; dieses Personal ist ausgebildet in lebensrettender Geburtshilfe, einschließlich der notwendigen Überwachung, Betreuung und Beratung während der Schwangerschaft, der Wehen und dem Wochenbett, der selbstständigen Anleitung von Geburten und der Versorgung von Neugeborenen. Traditionelle Geburtshelfer\*innen sind darin nicht erfasst, selbst dann nicht, wenn sie eine kurze Schulung erhalten haben.

**Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung.** Quelle: HIV Schätzungen, UNAIDS, 2023. Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro 1.000 Personenjahren der nicht-infizierten Bevölkerung (SDG Indikator 3.3.1).

**Kontrazeptive Prävalenz, alle Methoden.** Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022. Modellbasierte Schätzungen basieren auf Daten, die aus Stichprobenuntersuchungen abgeleitet wurden. Anteil aller Frauen im gebärfähigen Alter, die verheiratet oder liiert sind, die gegenwärtig irgendeine Methode oder eine moderne Methode der Verhütung verwenden. Zu den modernen Methoden zählen die Sterilisation von Frau und Mann, das Intrauterinpressar (IUP), Implantate, Injektionspräparate, orale Verhütungspillen, Kondome für Mann und Frau, vaginale Barrieremethoden (einschließlich Diaphragma, Portiokappe und spermizide Schäume, Gels, Cremes und Schwämme), die Laktationsamenorrhö-Methode (LAM), Notfallverhütung und andere moderne Methoden, die nicht separat erhoben werden (z. B. das Verhütungspflaster oder der Vaginalring).

### Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (alle Methoden).

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022. Modellbasierte Schätzungen beruhen auf Daten, die aus Stichprobenerhebungen stammen. Frauen, die eine traditionelle Verhütungsmethode anwenden, werden nicht als Frauen mit ungedecktem Bedarf an Familienplanung betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass alle Frauen bzw. alle verheirateten und in einer Partnerschaft lebenden Frauen sexuell aktiv und schwangerschaftsgefährdet sind. Die Annahme, dass alle Frauen schwanger werden könnten kann zu niedrigeren Schätzungen im Vergleich zu den tatsächlichen Risiken unter den Exponierten führen. Es ist möglich, dass insbesondere bei einer niedrigen Prävalenz von Verhütungsmitteln auch der ungedeckte Bedarf an Familienplanung Familienplanung zunimmt. Beide Indikatoren müssen daher gemeinsam interpretiert werden.

### Anteil der gedeckten Nachfrage, alle modernen Methoden.

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022. Prävalenz moderner Verhütungsmethoden geteilt durch die Gesamtnachfrage nach Familienplanung. Die Gesamtnachfrage nach Familienplanung ist die Summe aus kontrazeptiver Prävalenz und dem ungedeckten Bedarf an Familienplanung.

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

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

### Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex.

Quelle: WHO, 2023. Durchschnittliche Versorgung mit grundlegenden Diensten auf der Grundlage von Tracer-Interventionen, die reproduktive Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit, Infektionskrankheiten, nicht übertragbare Krankheiten sowie Dienstleistungskapazität und -zugang in der allgemeinen und am stärksten benachteiligten Bevölkerung umfassen (SDG-Indikator 3.8.1).

## Würde und Menschenrechte

### Geburtenrate der Jugendlichen

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Regionale Daten stammen aus den World Population Prospects 2022 der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Die Geburtenrate der Jugendlichen beziffert das Risiko von Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, Mutter zu werden. Die Geburtenraten können insoweit fehlerbehaftet sein, als sie von der Vollständigkeit der Geburtsregister, dem Verfahren bei Neugeborenen, die lebend geboren wurden, aber innerhalb 24 Stunden nach der Geburt verstorben sind, der Zuverlässigkeit der Altersangabe der Mutter und der Berücksichtigung früherer Geburten abhängig sind. Bevölkerungsbezogene Schätzungen können durch eingeschränkte Reichweiten verfälscht sein. Bei Umfrage- und Zensusdaten stammen Zähler und Nenner aus derselben Bevölkerung. Abweichungen sind v. a. falschen Altersangaben, nicht berücksichtigten Geburten, falschen Angaben zum Geburtsdatum des Kindes und – bei Befragungen – unterschiedlichen Stichproben geschuldet.

### Ehen von unter 18-Jährigen, in %

Quelle: UNICEF, 2024. Anteil der 20- bis 24-jährigen Frauen, die bereits vor dem 18. Lebensjahr verheiratet oder in einer festen Partnerschaft liiert waren (SDG Indikator 5.3.1).

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

Quelle: UNICEF, 2024. Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden. (SDG Indikator 5.3.2).

### Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %

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

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

Quelle: UNFPA, 2024. Anteil verheirateter (oder liierter) Frauen (15 bis 49 Jahre), selbst über ihre Gesundheitsversorgung, die Nutzung von Verhütungsmitteln und Sex mit ihrem Partner entscheiden (SDG Indikator 5.6.1).

### Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %

Quelle: UNFPA, 2024. Anteil verheirateter (oder liierter) Frauen (15 bis 49 Jahre), die über ihre Gesundheitsversorgung selbst entscheiden.

### Entscheidungsmacht über Verhütung, in %

Quelle: UNFPA, 2024. Anteil verheirateter (oder liierter) Frauen (15 bis 49 Jahre), die über Verhütung selbst entscheiden.

### Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %

Quelle: UNFPA, 2024. Anteil verheirateter (oder liierter) Frauen (15 bis 49 Jahre), die über Sex selbst entscheiden.

### Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2024. Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer Sekundarschule angemeldet sind.

### Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2024. Verhältnis zwischen Mädchen u. Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der Sekundarstufe.

### Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2024. Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer höheren Sekundarschule angemeldet sind.

### Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2024. Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe.

## Demografische Indikatoren

### Bevölkerung

#### Gesamtbevölkerung, in Millionen

Quelle: World Population Prospects: The 2022 revision, Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.  
Geschätzte Bevölkerung der jeweiligen Länder zur Jahresmitte.

### Bevölkerungswachstum

#### Jährliche Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren

Quelle: World Population Prospects: The 2022 revision, Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Die Anzahl der Jahre, die es dauert, bis sich die Gesamtbevölkerung verdoppelt hat, wenn die jährliche Rate der Bevölkerungsentwicklung konstant bleibt. Sie wird berechnet als  $\ln(2)/r$ , wobei  $r$  für die jährliche Wachstumsrate der Bevölkerung steht. Die Verdopplungszeit wird nur für schnell wachsende Bevölkerungen mit Wachstumsraten von mehr als 0,5 Prozent berechnet.

### Zusammensetzung der Bevölkerung

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

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022. Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung..

#### Bevölkerung im Alter 10–19 Jahre, in %

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022. Anteil der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen an der Gesamtbevölkerung

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

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022. Anteil der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung

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

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022. Anteil der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

#### Bevölkerung im Alter >65 Jahre, in %

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022. Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

### Fertilität

#### Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau

Quelle: World Population Prospects: The 2022 revision, Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Durchschnittliche Anzahl der Kinder, die eine Frau im Laufe ihres Lebens bekäme, wenn sie das Ende ihrer Reproduktionsfähigkeit erleben würde und in jedem Alter so viele Kinder bekäme, wie es den bestehenden altersspezifischen Fertilitätsraten entspricht.

### Lebenserwartung

#### Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren

Quelle: World Population Prospects: The 2022 revision, Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Durchschnittlich zu erwartendes Lebensalter in Jahren, das Neugeborene erreichen würden, wenn die zum Zeitpunkt ihrer Geburt im Bevölkerungsquerschnitt bestehenden Mortalitätsrisiken konstant blieben.

## Regionale Eingruppierung

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

### Arabische Staaten

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

### Asien und Pazifik

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

### Lateinamerika und Karibik

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

### Osteuropa und Zentralasien

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

### Ost- und südliches Afrika

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

### West- und Zentralafrika

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

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

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

**Am wenigsten entwickelte Länder** umfassen gemäß Definition der Generalversammlung der Vereinten Nationen in ihren Resolutionen (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 und 68/18), Stand Januar 2022, 46 Staaten: 33 in Afrika, 8 in Asien, 4 in Ozeanien und eines in der Region Südamerika und Karibik: Afghanistan, Angola, Äthiopien, Bangladesch, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Dem. Rep. Kongo, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Jemen, Kambodscha, Kiribati, Komoren, Laos, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Myanmar, Nepal, Niger, Ruanda, Sambia, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Salomonen, Somalia, Südsudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tschad, Tuvalu, Tansania, Uganda und Zentralafrikanische Republik. Diese Länder zählen auch zur Gruppe der weniger entwickelten Regionen.

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

Weitere Informationen: [www.un.org/en/conferences/least-developed-countries](http://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries)

## Anmerkungen

### Anmerkung zu den höchsten und niedrigsten Müttersterblichkeitsrisiken, Vergleich 1990 bis 2020 (S. 50)

Bei der Untersuchung der Trends in der Müttersterblichkeit von 1990 bis 2020 in Kapitel 3 haben die Autor\*innen ihre eigenen Berechnungen auf der Grundlage von Daten durchgeführt, die neben den neuesten offiziellen Müttersterblichkeitsstatistiken von der WHO veröffentlicht wurden. Die Veröffentlichung selbst konzentriert sich auf die Trends von 2000 bis 2020, aber die begleitenden Datensätze enthalten Schätzungen ab 1985. Die in Kapitel 3 erwähnten Schätzungen für 1990 und 2020 wurden mit derselben Methodik und denselben Eingabedaten erstellt. Beim Vergleich der zehn Prozent der Länder mit dem höchsten und niedrigsten Risiko für Frauen, während Schwangerschaft oder Geburt zu sterben, wurden die Durchschnittswerte nicht nach der Bevölkerungsgröße gewichtet.

### Anmerkung zur Entwicklung der Müttersterblichkeit in den USA (S. 50)

In den Vereinigten Staaten gibt es zwar deutliche auf Hautfarbe und ethnischer Zugehörigkeit basierende Ungleichheiten bei den Müttersterblichkeitsraten, die Zahlen sind aber für die meisten Frauen im Land gestiegen. Es ist umstritten, inwieweit der Anstieg auf veränderte Definitionen und Überwachungsmaßnahmen zurückzuführen ist; diese Fragen können ohne verbesserte Datensysteme, wie z. B. systematische und standardisierte Erhebungen aller Todesfälle in allen Bundesstaaten, nicht beantwortet werden. Untersuchungen deuten jedoch darauf hin, dass der fehlende universelle Zugang zu Gesundheitsversorgung eine Rolle spielt. Ein großer Teil der Todesfälle bei Müttern tritt zwischen sechs Wochen und einem Jahr nach der Geburt auf, viele davon im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern mit hohem Einkommen garantieren die USA keine bezahlte Elternzeit oder Hausbesuche von Gesundheitspersonal in der Zeit nach der Geburt.

### Anmerkung zum ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln in Ländern, die von humanitären Krisen betroffen sind (S. 69)

Die Autor\*innen stützen sich bei dieser Schätzung auf Angaben zum prozentualen Anteil der Frauen mit gedecktem und ungedecktem Bedarf an Verhütungsmitteln in von humanitären Krisen betroffenen Ländern im Jahr 2015. Die Prozentsätze mit gedecktem und ungedecktem Bedarf wurden addiert, um den Gesamtprozentsatz der Frauen, die eine Schwangerschaft verhindern wollen, pro Land zu berechnen. Der Anteil an Frauen, die eine Schwangerschaft verhindern wollen und nicht verhüten, wurde als Prozentsatz mit ungedecktem Bedarf geteilt durch den Gesamtprozentsatz mit Bedarf berechnet. Der ungewichtete Durchschnitt der Schätzungen für die Länder beträgt 51 Prozent.

### Anmerkung zum geschätzten Pro-Kopf-Einkommen in Kenia, Nigeria und Senegal (S. 71)

Die Autor\*innen haben die Werte mittels Angaben zum unter verschiedenen Szenarien geschätzten Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt (BIP) ermittelt. Demnach würde das BIP 3.480 internationale Dollar betragen, wenn zwei Drittel des ungedeckten Bedarfs an modernen Verhütungsmitteln gedeckt wären (moderates Szenario) und 2.310 internationale Dollar im Basisszenario.

# Impressum

<b>Herausgeberin der deutschen Fassung:</b>	Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) Loebensteinstr. 25   30175 Hannover Telefon: 0511 94373-0   Fax: 0511 94373-73 E-Mail: hannover@dsw.org   Internet: www.dsw.org Spendenkonto: IBAN: DE56 2504 0066 0383 8380 00   BIC: COBADEFFXXX
<b>Übersetzung:</b>	Marion Schweizer (Textpraxis, Hamburg), Isabel Meyke (Berlin)
<b>Koordination/Verantwortlichkeit:</b>	Nicole Langenbach (DSW)
<b>Redaktion:</b>	Uwe Kerkow, Nicole Langenbach und Marei Hückelheim (DSW)
<b>Gestaltung/Satz:</b>	grafik.design, Simone Schmidt (Hannover)
<b>Herausgeber des Berichts:</b>	© UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen – 17. April 2024  Dieser Bericht entstand unter Federführung der Abteilung für Kommunikation und strategische Partnerschaften bei UNFPA
<b>Chefredaktion:</b>	Ian McFarlane
<b>Redaktionsteam:</b>	Redaktionsleitung: Rebecca Zerzan Produktionsredaktion/Creative Director: Katherine Black Autor*innen Exkurse: Katherine Black, Richard Kollodge, Dalia Rabie, Lisa Ratcliffe, Catherine Trautwein, Rebecca Zerzan Redaktion Exkurse: Richard Kollodge Management der digitalen Ausgabe: Katherine Black Beratung für die digitale Ausgabe: Enes Champo Faktenprüfung: Ralph Hakkert Redaktionelle Unterstützung und Beratung: Jacqueline Daldin, Lisa Ratcliffe, Catherine Trautwein
<b>Technische Beratung UNFPA:</b>	Emilie Filmer-Wilson, Mengjia Liang
<b>Leitende Forschungsberaterin:</b>	Dr. Gita Sen
<b>Forscher*innen und Autor*innen:</b>	Daniel Baker, Ann Garbett, Gretchen Luchsinger, Dr. Tlaleng Mofokeng, Letlhogonolo Mokgoroane, Gilda Sedgh, Claire Thomas
<b>Kunst und künstlerische Beratung:</b>	Bayombe Endani, Philip Fimmano, Higinia Gonzáles, Iain Guest at the Advocacy Project, Nadia Hamid at the International Folk Art Market, Rosie James, Nneka Jones, Cristin Knight-Sethi, Rosalia Sciortino, Pankaja Sethi, The Sussex Archaeological Society (www.sussexpast.co.uk), Tally Assuit Women's Collective, Woza Moya
<b>Gestaltung der Chronik:</b>	American Association of University Women, United Nations Conference on Population and Development/ Robert Rauschenberg
<b>Titelbild:</b>	Nneka Jones (@artyouhungry).  Alle anderen Werke, sofern nicht anders angegeben, von Rosie James (@rosiejamestextileartist)
<b>Anmerkung zur Kunst:</b>	Seit Tausenden von Jahren haben Frauen und indigene Gemeinschaften durch Weben und Sticken die Grenzen zwischen Kunst und Funktion, Zweckmäßigkeit und Schönheit verschmelzen lassen. Dennoch wurde ihre Arbeit lange Zeit eher als Kunsthandwerk denn als bildende Kunst angesehen und von den offiziellen Kunstinstitutionen und -märkten ausgeschlossen. Aus diesem Grund haben sich Frauenbewegungen und indigene Völker diese Kunstformen zu eigen gemacht, um auf Themen aufmerksam zu machen, die mit ihrer Ausgrenzung zusammenhängen, wie geschlechtsspezifische Gewalt, reproduktive Gerechtigkeit und systemischer Rassismus – und auch, um zu Solidarität miteinander aufzurufen. Die in diesem Bericht vorgestellten Künstlerinnen und Textilkollektive setzen diese Tradition fort, indem sie aktuelle Anliegen mit Fähigkeiten zum Ausdruck bringen, die von Generationen von Frauen weitergegeben wurden. Ihre Kunst zeigt, wie die Rechte, die Würde und die Zukunft einer jeden Frau mit denen ihrer Schwestern, Töchter, Mütter und Freundinnen verwoben sind.
<b>Karten und Bezeichnungen:</b>	Die Bezeichnungen und die Darstellung des Materials geben nicht die Meinung von UNFPA bezüglich des rechtlichen Status von Ländern, Hoheitsgebieten, Städten, Regionen, ihrer Behörden oder ihrer Grenzverläufe wider.





Deutsche Kurzfassung



## Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle

United Nations Population Fund  
605 Third Avenue  
New York, NY 10158  
Tel. +1 212-297-5000  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)  
 @UNFPA

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)  
Loebensteinstr. 25  
30175 Hannover  
Tel. 0511 94373-0  
E-Mail: [hannover@dsw.org](mailto:hannover@dsw.org)  
[www.dsw.org](http://www.dsw.org)