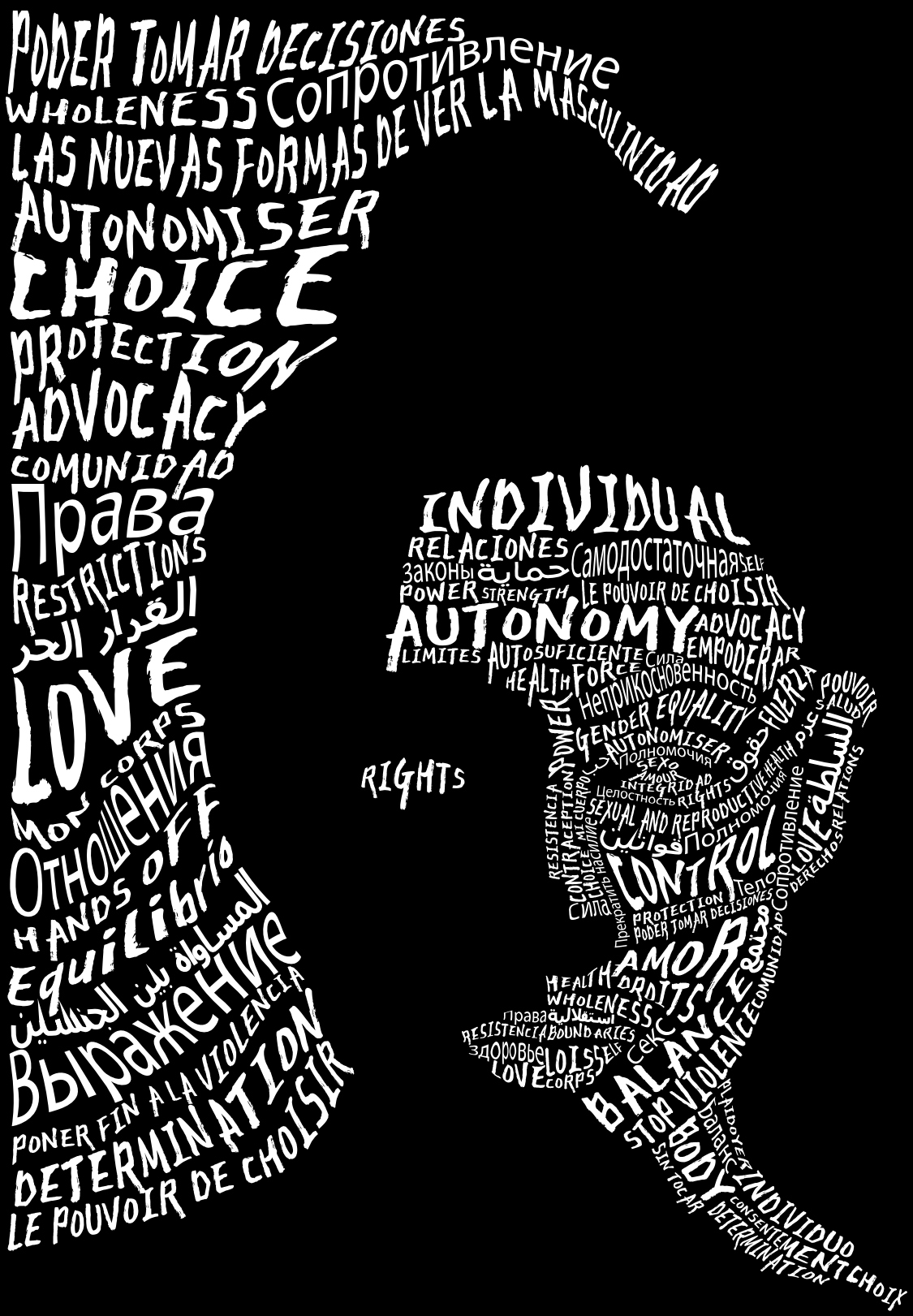
MEIN KÖRPER GEHÖRT MIR

DAS RECHT AUF AUTONOMIE UND SELBSTBESTIMMUNG EINFORDERN



UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

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

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

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

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

Mehr Informationen unter www.dsw.org

UNFPA

Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle seit 1969

Klimaneutral Druckprodukt ClimatePartner.com/53326-2103-1013

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

MEIN KÖRPER GEHÖRT MIR

DAS RECHT AUF AUTONOMIE UND SELBSTBESTIMMUNG EINFORDERN

Deutsche Kurzfassung

INHALT

UNSERE SELBSTBESTIMMUNG, UNSER LEBEN

Die Macht einer Frau, ihren eigenen Körper zu kontrollieren, entscheidet mit darüber, wie viel Kontrolle sie in anderen Bereichen ihres Lebens hat **7**

DIE DREI DIMENSIONEN DER AUTONOMIE

Selbstbestimmung in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Empfängnisverhütung und Sex messen **15**

WENN ENTSCHEIDUNGEN VON ANDEREN GETROFFEN WERDEN

Die Verweigerung von körperlicher Selbstbestimmung und Unversehrtheit nimmt viele Formen an **27**

MEIN KÖRPER, MEINE RECHTE

Internationale Verträge und Erklärungen untermauern das Recht auf körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit **39**

GESETZE, DIE STÄRKEN, UND GESETZE, DIE KONTROLLIEREN

Ein Blick darauf, wie Gesetze und Vorschriften die körperliche Selbstbestimmung beeinflussen **55**

DIE MACHT, JA ZU SAGEN UND DAS RECHT, NEIN ZU SAGEN

Die Gleichstellung der Geschlechter sowie mehr Wahlfreiheit und Chancen für Frauen, Mädchen und ausgegrenzte Gruppen sind Voraussetzungen für körperliche Selbstbestimmung **69**

Künstlerische Illustration von Rebeka Artim

VORWORT

Mein Körper gehört mir.

Wie viele Frauen und Mädchen können das ohne Wenn und Aber von sich behaupten?

Wir alle haben ein Recht auf körperliche Selbstbestimmung. Daher sollten wir auch die Macht haben, unsere eigenen Entscheidungen über unseren Körper zu treffen. Und wir sollten erwarten können, dass diese Entscheidungen von allen Menschen um uns herum und von der Gesellschaft insgesamt respektiert werden.

Dennoch wird Millionen Menschen das Recht vorenthalten, nein zu Sex zu sagen. Oder ja bei der Partner*innenwahl oder dem Zeitpunkt ein Kind zu bekommen. Immer noch wird vielen Menschen dieses Recht aufgrund ihrer Hautfarbe, ihres Geschlechts, ihrer sexuellen Orientierung, ihres Alters oder ihrer Fähigkeiten verwehrt.

Ihre Körper gehören ihnen nicht.

Frauen und Mädchen ihre körperliche Selbstbestimmung vorzuenthalten, ist falsch. Es verursacht und verstärkt Ungleichheiten und Gewalt, die ausnahmslos aus geschlechtsspezifischer Diskriminierung resultieren.

Können Frauen und Mädchen grundlegende Entscheidungen über ihren Körper treffen, stärkt das nicht nur ihre Souveränität, sondern auch ihre Gesundheit und Bildung, ihr Einkommen und ihre Sicherheit. In der Summe entsteht so eine gerechtere Welt mit mehr menschlichem Wohlergehen. Und das kommt uns allen zugute.

Wir vom Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) stehen an der Seite von Frauen und Mädchen, wenn es darum geht, ihre Rechte und Entscheidungsfreiheit einzufordern – ein Leben lang. Seit 1994 orientieren sich unsere Programme am Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD), in dem die Stärkung und Selbstbestimmung von Frauen zur Grundlage für globales Handeln für nachhaltigen, wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt erklärt wurde. UNFPA steht auch an der Seite von zahllosen anderen Menschen, denen allzu oft die Möglichkeit verwehrt wird, autonome Entscheidungen über ihren Körper zu treffen: Menschen aller sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten, Menschen mit Behinderungen sowie ethnische Minderheiten.

Die Familienplanungsprogramme, die wir unterstützen, erhöhen die Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln, bauen Barrieren für entsprechende Dienstleistungen ab und befähigen so Frauen, über ihren eigenen Körper zu bestimmen. Im Jahr 2019 zum Beispiel hat UNFPA über 128 Millionen Zyklen der Pille und Dosen von Notfall- und reversiblen Langzeitverhütungsmitteln ausgeliefert.

Wir unterstützen Programme, die die gleichberechtigte Beteiligung von Männern an der Kindererziehung fördern und sie ermutigen, besser mit ihren Partnerinnen in Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu kommunizieren. So wird Frauen ermöglicht, Entscheidungen über ihre eigene sexuelle und reproduktive Gesundheit zu treffen.

Der Themenfonds für Müttergesundheit von UNFPA trägt dazu bei, lebensrettende Dienste zugänglicher und erschwinglicher zu machen, indem er Geburtshelfer*innen ausbildet und in

Künstlerische Illustration von Naomi Vona

unterversorgten Gebieten einsetzt. Unsere gemeinsamen Programme mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) helfen, Kinderehen zu beenden, eine Praktik, die Mädchen ihre Selbstbestimmung verweigert, und die schädliche Praktik der weiblichen Genitalverstümmelung zu beseitigen, die eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit darstellt.

Bei der Weltbevölkerungskonferenz in Nairobi (ICPD25) im Jahr 2019 riefen Staaten, Zivilgesellschaft, Entwicklungsinstitutionen und andere Akteur*innen zum Schutz des Rechts auf körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit auf, wie es auch die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung vorsieht. Weitere Impulse kamen 2021 vom Generation Equality Forum, das auf den Errungenschaften der Vierten Weltfrauenkonferenz 1995 aufbaut, um die Gleichstellung der Geschlechter bis 2030 zu erreichen.

Durch unsere Führungsrolle in der neuen „Generation Equality Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights" und durch diese Ausgabe des Weltbevölkerungsberichts unterstreicht UNFPA, warum körperliche Selbstbestimmung ein universelles Recht ist, das aufrechterhalten werden muss. Der Bericht zeigt, wie gravierend viele der Missstände im Bereich der körperlichen Autonomie sind, von denen sich viele unter dem Druck der COVID-19-Pandemie noch verschlimmert haben. So sind seit Ausbruch der Pandemie mehr Frauen und Mädchen als je zuvor von geschlechtsspezifischer Gewalt und schädlichen Praktiken wie Frühverheiratung bedroht.

Der Bericht skizziert Lösungen, die bereits existieren, macht zugleich aber deutlich, dass ein Erfolg weit mehr erfordert als eine Reihe von Projekten und Diensten, so wichtig diese auch sein mögen. Echter, nachhaltiger Fortschritt hängt in weiten Teilen davon ab, dass die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und alle Formen der Diskriminierung beseitigt und die sozialen und wirtschaftlichen Strukturen, die sie aufrechterhalten, verändert werden.

Dabei kommt es darauf an, Männer zu Verbündeten zu machen. Viel mehr Männer als bisher müssen die überkommenen Muster von Privilegien und Dominanz überwinden, welche die körperliche Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen massiv untergraben, und sich auf eine gerechtere und harmonischere Lebensweise hinbewegen, von der wir alle profitieren. Und wir alle müssen Diskriminierungen entgegentreten, wo und wann immer wir ihnen begegnen. Gleichgültigkeit ist gleichbedeutend mit Mitschuld.

Unsere Gemeinschaften und Länder können nur dann gedeihen, wenn jede*r Einzelne die Macht hat, Entscheidungen über den eigenen Körper zu treffen und die eigene Zukunft selbst zu gestalten.

Lassen Sie uns daher das Recht für jede*n Einzelne*n beanspruchen, Entscheidungen über den eigenen Körper zu treffen und die Freiheit der informierten Wahl zu genießen. Wir alle wollen dieses Recht. Und wir alle sollten es haben. Es ist der Kern des Menschseins, und wir sollten nie aus den Augen verlieren, wie viel davon abhängt – für uns alle.

Dr. Natalia Kanem
UN-Untergeneralsekretärin und
Exekutivdirektorin UNFPA,
die Organisation der Vereinten Nationen
für sexuelle und reproduktive Gesundheit

Künstlerische Illustration
von Rebeka Artim

UNSERE SELBSTBESTIMMUNG, UNSER LEBEN

Die Macht einer Frau, ihren eigenen Körper zu kontrollieren, entscheidet mit darüber, wie viel Kontrolle sie in anderen Bereichen ihres Lebens hat

Wir haben das angeborene Recht, selbst darüber zu bestimmen, was wir mit unserem Körper tun, wie wir ihn schützen, für ihn sorgen und uns über ihn ausdrücken. Unsere Lebensqualität hängt davon ab. Mehr noch, unser Leben selbst hängt davon ab.

Das Recht auf körperliche Selbstbestimmung bedeutet, dass wir die Fähigkeit und das Recht haben, Entscheidungen zu treffen, ohne Angst vor Gewalt oder davor, dass jemand anderes für uns entscheidet. Es bedeutet, selbst bestimmen zu können, ob, wann und mit wem wir Sex haben wollen. Es bedeutet, dass Frauen und Mädchen selbst entscheiden können, ob und wann sie schwanger werden möchten. Und es bedeutet die Freiheit, medizinische Dienste in Anspruch zu nehmen, wann immer man sie benötigt.

Nein sagen zu können, ja sagen zu können, und sagen zu können „So entscheide ich über meinen Körper!“ ist die Grundlage für ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben und dafür, uns in vollem Umfang zu verwirklichen, wie wir sind. Wir müssen uns nicht kleiner machen, nur um uns an Entscheidungen anzupassen, die nicht die unseren sind, die uns auf irgendeine Weise „kleiner als“ sein lassen. Die Verwirklichung von körperlicher Selbstbestimmung ist die Grundlage, um auch alle anderen Menschenrechte in Anspruch zu nehmen. Deshalb sind die Institutionen unserer Gesellschaft verpflichtet, uns die Unterstützung und Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die wir benötigen, um unsere Entscheidungsmacht nachhaltig zu verwirklichen.

Eng verknüpft mit körperlicher Selbstbestimmung ist das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit, wonach Menschen keine Eingriffe an ihrem Körper erfahren dürfen, denen sie nicht zustimmen.

Mein Körper, aber nicht meine Entscheidung

Viele Menschen, insbesondere aber Frauen und Mädchen, leben mit der Gefahr, ihre körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit zu verlieren. Das tritt zum Beispiel ein, wenn ein Mangel an Verhütungsmöglichkeiten zu ungeplanten Schwangerschaften führt. Oftmals sind diese Verluste die Folge eines abscheulichen Tauschhandels, bei dem erzwungener Sex gegen ein Dach über dem Kopf und eine Mahlzeit eingetauscht wird.

In anderen Fällen resultieren sie aus Menschenrechtsverletzungen wie weiblicher Genitalverstümmelung und Kinderehen. Sie treten auch auf, wenn Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität nicht auf die Straße gehen können, ohne Demütigungen oder Übergriffe befürchten zu müssen. Und sie zeigen sich darin, dass Menschen mit Behinderungen ihres Rechtes auf Selbstbestimmung, auf Freiheit von Gewalt und auf ein sicheres und befriedigendes Sexualleben beraubt werden.

FRAUEN HABEN NUR 75% DER RECHTE DIE MÄNNER HABEN.

Die Faktoren, die Frauen und heranwachsende Mädchen daran hindern, körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit zu genießen, sind vielfältig. Aber eine Hauptursache ist die Geschlechterdiskriminierung, die patriarchale Machtsysteme widerspiegelt, aufrechterhält und zu einer Ungleichheit der Geschlechter und Entmündigung führt.

Wo geschlechterdiskriminierende soziale Normen vorherrschen, laufen Frauen und Mädchen Gefahr, dass ihre Körper Entscheidungen unterworfen werden, die andere für sie treffen – angefangen bei Intimpartnern bis hin zu Gesetzgebenden. Wenn die Kontrolle über den eigenen Körper bei anderen liegt, bleibt Selbstbestimmung für die Betroffenen unerreichbar – oftmals ihr ganzes Leben lang. Geschlechterdiskriminierende Normen sind für sich allein genommen schon schädlich. Dies summiert sich, wenn sie durch andere Formen der Diskriminierung, beispielsweise aufgrund von Hautfarbe, ethnischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung, Alter oder einer Behinderung, verstärkt werden.

Diskriminierende Normen werden von der Gesellschaft aufrechterhalten. Sie können durch politische, wirtschaftliche, rechtliche und soziale Institutionen wie Schulen, Medien und sogar durch Gesundheitsdienste verstärkt werden, einschließlich Anbieter*innen von sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung. Sie können Selbstbestimmung zum Beispiel untergraben, indem sie qualitativ minderwertige Leistungen anbieten und nicht alle Bedürfnisse von Frauen und Mädchen erfüllen.

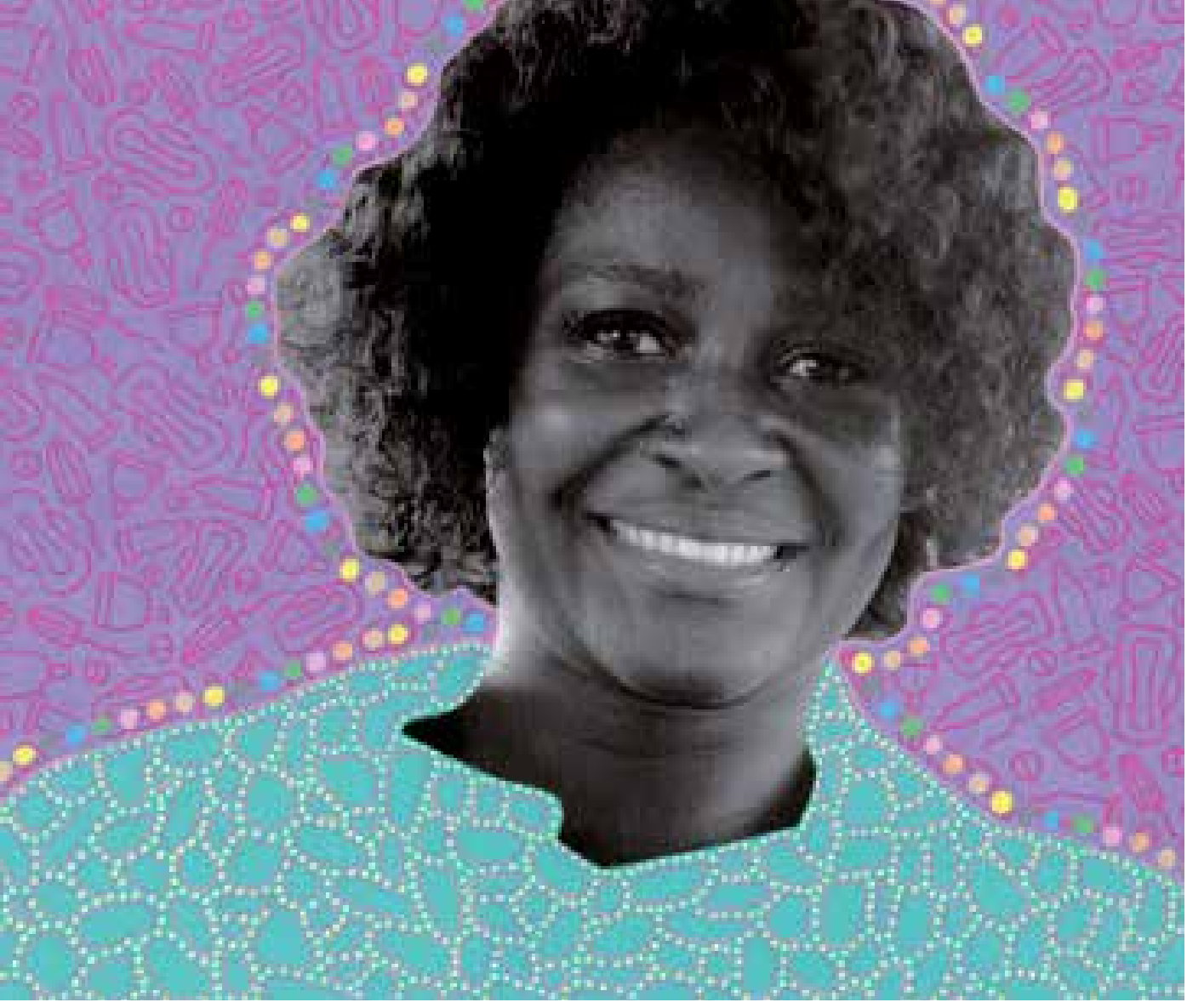
Obwohl die Verfassungen vieler Länder die Gleichstellung der Geschlechter vorgeben, haben Frauen weltweit im Durchschnitt nur 75 Prozent der gesetzlichen Rechte, die Männer genießen. Frauen und Mädchen fehlt oft die Macht, diese Ungleichheiten anzugehen, weil sie immer noch zu wenig an politischen und anderen Formen der Entscheidungsfindung beteiligt sind. Wirtschaftliche Marginalisierung kann die finanzielle Unabhängigkeit von Frauen mindern, was wiederum zu Lasten ihrer Möglichkeiten gehen kann, selbstbestimmt über Dinge wie Sex, Gesundheitsversorgung und Verhütung zu entscheiden. Die COVID-19-Pandemie hat das noch verstärkt.

Bis heute kann kein Land von sich behaupten, eine vollständige Gleichstellung der Geschlechter erreicht zu haben. Wenn dem so wäre, gäbe es dort keine Gewalt gegen Frauen und Mädchen, keine Lohnunterschiede, kein Führungsgefälle, keine unfaire Verteilung unbezahlter Pflegearbeit, keinen Mangel an hochwertigen und umfassenden reproduktiven Gesundheitsdiensten und keine Verluste der körperlichen Selbstbestimmung.

Einfluss, Entscheidungsfreiheit und Handlungsfähigkeit

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte wirken sich direkt auf die körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit von Frauen und Mädchen aus, wobei der Körper das Zentrum aller sexuellen und reproduktiven Funktionen und Entscheidungen darstellt. Doch diese Entscheidungen sind oft von einer massiven und diskriminierenden Missachtung der Rechte von Frauen und Mädchen geprägt. Denn ihre Körper werden allzu oft wie Waren getauscht, gekauft oder verkauft.

Künstlerische Illustration von Rebeka Artim anhand einer Fotografie von Kingsley Osei-Abrah/Unsplash



Olga Lourenço ist es gewöhnt, sich bei ihrer sexuellen Aufklärungsarbeit gegen Widerstände durchsetzen zu müssen. Aber sie lässt sich nicht abschrecken. Künstlerische Illustration von Naomi Vona; Foto: © UNFPA/C. Cesar

Aus der Perspektive des Patriarchats hat die Kontrolle über sexuelle und reproduktive Entscheidungen effektiv auch die Kontrolle über viele andere Lebensbereiche zur Folge. Das Interesse an der Aufrechterhaltung solcher Muster kann tief in der Funktionsweise von Gesellschaften und Volkswirtschaften verwurzelt sein. In einigen Teilen der Welt zum Beispiel ist der Brautpreis, bei dem ein Mann Geld, Liegenschaften oder andere Vermögenswerte anbietet, um eine Frau zu „kaufen" – ein wichtiger wirtschaftlicher Mechanismus, um Macht und Reichtum auszutauschen.

Eine Frau, die nicht selbst darüber bestimmen kann, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommt oder ob sie lieber in der Schule bleiben möchte, statt in jungen Jahren zu heiraten, hat kaum eine Chance, in der Arbeitswelt, bei der Entscheidungsfindung in ihrer Gesellschaft und anderen Bereichen eine Rolle zu spielen. Genau genommen verliert sie nicht nur in einem Teil ihres Lebens Rechte, sondern in vielen oder gar allen Bereichen.

Wird die körperliche Selbstbestimmung nicht gewahrt, führt das also zu tiefgreifenden Verlusten für

die Frauen und Mädchen selbst. Diese summieren sich zu umfassenderen, gesamtgesellschaftlichen Defiziten, die die wirtschaftliche Produktivität mindern, wertvolle Kompetenzen untergraben und zusätzliche Kosten für das Gesundheits- und Rechtssystem verursachen. Darunter zum Beispiel medizinische und juristische Maßnahmen bei Gewalt gegen Frauen und Mädchen.

Eine Mischung aus einem geringen Ausmaß körperlicher Selbstbestimmung und den damit verbundenen Verlusten an Humankapital kann soziale Stabilität und Resilienz untergraben, sodass Gesellschaften weniger gut gerüstet sind, um Krisen und Herausforderungen wie die COVID-19-Pandemie zu meistern und sich davon zu erholen.

Wenn Frauen und Mädchen mehr Entscheidungsfreiheit bei der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsfürsorge erhalten, resultieren daraus vielfältige gesundheitliche Vorteile, einschließlich eines besseren Verständnisses für HIV-Prävention. Auch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere wahrnehmen sowie in Begleitung von medizinischem Fachpersonal gebären.

In den letzten Jahren haben Länder auf der ganzen Welt begonnen, den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung als wichtiges Mittel zur Förderung der Gleichstellung der Geschlechter zu priorisieren. Die Fortschritte stehen im Einklang mit dem Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) von 1994, der umfassendsten internationalen Zusage an reproduktive Rechte. Das Aktionsprogramm lenkt die Aufmerksamkeit unter anderem auf die Hürden von Frauen und Mädchen, ihre eigenen Entscheidungen – nicht nur über ihren Körper, sondern in allen Lebensbereichen – zu treffen.

Darüber hinaus haben 2015 die meisten Länder der Welt die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung verabschiedet, in der die Gleichstellung der Geschlechter als Ziel 5 von insgesamt 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs) enthalten ist. Das Ziel der Geschlechtergleichstellung enthält eine Reihe von Vorgaben, darunter die Forderung des universellen Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten aus dem ICPD-Aktionsprogramm. Doch die Agenda 2030 geht noch einen entscheidenden Schritt weiter. Zum ersten Mal wurde in einem internationalen Rahmenwerk festgelegt, den Fortschritt anhand von zwei Indikatoren zu messen: Ein Indikator, der über die Bereitstellung von Dienstleistungen hinausgeht und zusätzlich erfasst, inwieweit Mädchen und Frauen tatsächlich ihre eigenen Entscheidungen bezüglich sexueller Beziehungen, der Verwendung von Verhütungsmitteln und der reproduktionsmedizinischen Versorgung treffen können. Der zweite Indikator misst, inwieweit Gesetze und Vorschriften Frauen und Männern in den einzelnen Ländern einen uneingeschränkten und gleichberechtigten Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsleistungen und Informationen gewähren.

Daten aus 57 Ländern zeigen, dass nur rund die Hälfte der Mädchen und Frauen selbstbestimmt Entscheidungen treffen können, die sich auf ihre körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit auswirken. In einigen Ländern gilt das sogar nur für eine von zehn Frauen. Dabei fällt auf, dass Frauen häufiger Entscheidungen über die Verwendung von Verhütungsmitteln treffen können, als dass sie nein zu Sex sagen können.

Körperliche Selbstbestimmung bezieht sich jedoch auch auf eine Reihe weiterer Aspekte, darunter Schwangerschaftsabbrüche, Schutzalter, Leihmutterschaft und Sexarbeit. Darüber hinaus ist sie auch für andere Gruppen von Belang, beispielsweise unverheiratete Frauen und Mädchen, LGBTI-Personen, Menschen mit Behinderungen und andere aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit, Armut oder Wohnort marginalisierte oder diskriminierte Gruppen.

Körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit beeinflussen viele Aspekte der Gesundheit und machen ein menschenwürdiges Leben möglich. Fortschritte bei ihrer Verwirklichung helfen also nicht nur dabei, die sexuelle und reproduktive Gesundheit zu fördern und SDG 5, die Gleichstellung der Geschlechter, zu verwirklichen. Sie tragen auch zu vielen anderen SDGs bei, einschließlich SDG 3 zur Förderung der Gesundheit für alle und SDG 1, Beendigung der Armut. Würde zum Beispiel die diskriminierende Kluft zwischen den Geschlechtern bei den Einkommen geschlossen, könnte dies Humankapital im Wert von 172 Billionen Dollar generieren und Millionen von Menschen aus der Armut befreien.

Dazu müssen jedoch jetzt schnelle Fortschritte erzielt werden – immerhin bleibt nur noch eine „Aktionsdekade“ bis 2030, dem Jahr, in dem die SDGs erfüllt und alle Frauen und Mädchen die volle Entscheidungsmacht über ihr Leben haben sollen.

Neue Allianzen für die körperliche Selbstbestimmung

2019 markierte die Weltbevölkerungskonferenz in Nairobi den 25. Jahrestag der ICPD (ICPD25). Ein Anlass, darüber nachzudenken, wie viel noch getan werden muss, um die körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit von Frauen zu erreichen. Während sich die Nutzung moderner Verhütungsmittel seit 1994 mehr als verdoppelt hat, haben weltweit immer noch 217 Millionen Frauen einen ungedeckten Bedarf an moderner Verhütung. Die Rate von Fällen weiblicher Genitalverstümmelung ist zurückgegangen. Und der Anteil der Mädchen, die als Kinder verheiratet werden, ist gesunken. Dennoch wurden im Jahr 2020 immer noch vier Millionen Mädchen einer weiblichen Genitalverstümmelung unterzogen. Schätzungsweise zwölf Millionen minderjährige Mädchen wurden verheiratet, die Dunkelziffer ist vermutlich deutlich höher.

Im Rahmen der ICPD25 sagten Regierungen und andere Akteure*innen zu, die Maßnahmen zum Schließen von Lücken zu beschleunigen und bis 2030 in drei Bereichen auf null zu stellen: Müttersterblichkeit, ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln sowie sexualisierte und geschlechtsspezifische Gewalt und schädliche Praktiken. Darin ist die vollständige Verwirklichung von körperlichen Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen impliziert.

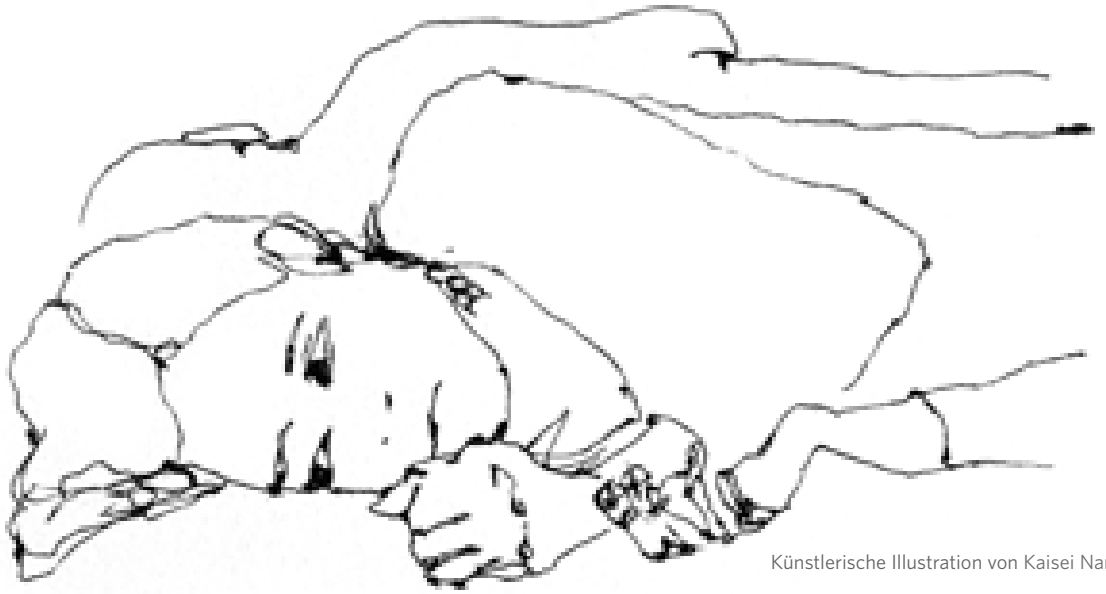
Ein weiterer Meilenstein im Jahr 2020 war der 25. Jahrestag der Vierten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen von 1995, auf der 189 Länder die Pekinger Erklärung verabschiedet und sich auf eine Aktionsplattform geeinigt haben, die die Stärkung und Selbstbestimmung von Frauen als

wesentlich für eine nachhaltige Entwicklung bezeichnet. Anlässlich dieses Jubiläums hat eine „Generation Equality“-Kampagne der Vereinten Nationen junge und erfahrene Aktivist*innen zusammengebracht, um die bisherigen Erfolge zu feiern und einzufordern, dass die nächste Generation diejenige ist, in der die Versprechen zur Gleichstellung der Geschlechter endlich erfüllt werden.

Der verstärkte Aktivismus lässt auf wahre Fortschritte hoffen, aber er wird von einer besorgniserregenden Entwicklung ausgebremst: Die COVID-19-Pandemie erschüttert die Welt und die gegenwärtigen wirtschaftlichen Wachstumsmodelle führen zu extremen und destabilisierenden Ungleichheiten. Der Widerstand gegen die Gleichstellung der Geschlechter hat zugenommen, was zu neuen Einschränkungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte führt und damit den Fortschritt in Bezug auf körperliche Autonomie für Frauen und Mädchen weltweit bedroht. So gibt es zum Beispiel Versuche, umfassende Sexualaufklärung aus den Lehrplänen von Schulen zu streichen. Und es mehren sich die Belege dafür, dass wichtige Dienste der sexuellen und reproduktiven Gesundheit als weniger wichtig eingestuft werden und ihnen aufgrund der Eindämmung von COVID-19 Kapazitäten und Finanzmittel entzogen wurden.

Die Verwirklichung der körperlichen Selbstbestimmung und Unversehrtheit von Frauen und Mädchen hängt jedoch davon ab, dass die Gleichstellung der Geschlechter an allen Fronten erreicht wird. Dabei gehören die sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie sexuelle und reproduktive Rechte zu den wichtigsten Anfängen. Fortschritte in diesen Bereichen können wiederum auf anderen Bemühungen aufbauen und diese unterstützen, um Frauen in der Wirtschaft und in Entscheidungsprozessen zu stärken und ihnen Zugang zu ihren Rechten zu gewährleisten.

Die vollständige Verwirklichung von körperlicher Selbstbestimmung kann die Zukunft der Menschen grundlegend ändern. Rechte führen zu Entscheidungsfreiheiten, die es den Menschen erlauben, mit ihrem Leben und ihrem Körper so umzugehen und ihn so zu lieben, wie sie es für richtig halten.



Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

Künstlerische Illustration von Hülya Özdemir anhand einer Fotografie von Bushra Noor

DIE DREI DIMENSIONEN DER AUTONOMIE

Selbstbestimmung in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Empfängnisverhütung und Sex messen

Sollen Frauen nachhaltig gestärkt werden, dann ist die Selbstbestimmung, respektive Autonomie, über die eigene Sexualität und Reproduktion von elementarer Bedeutung. Eine Frau, die über ihren Körper entscheiden kann, hat auch mehr Einfluss auf andere Lebensbereiche. Frauen – oder Mädchen –, die nicht selbst über ihren Körper bestimmen können, haben auch weniger Entscheidungsmacht über ihr Leben zuhause, ihre Gesundheit und ihre Zukunft. Sie sind weniger in der Lage, ihre Rechte wahrzunehmen. Aber was genau ist Selbstbestimmung über den eigenen Körper? Und wie lässt sich feststellen, ob jemand darüber verfügt? Kann man das messen?

Der Begriff der Selbstbestimmung kam im Zusammenhang mit der Stärkung der Frau erstmals in den 1970er-Jahren auf und wurde später von der Bewegung für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte aufgegriffen. Auch in dem bahnbrechenden Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 (ICPD) taucht dieser Begriff auf. Darin wurde anerkannt: „Die Stärkung und Selbstbestimmung der Frauen und die Verbesserung ihrer politischen, sozialen und wirtschaftlichen Stellung und ihres Gesundheitszustandes sind schon für sich allein ein überaus wichtiges Ziel. Darüber hinaus sind sie für die Verwirklichung einer nachhaltigen Entwicklung unerlässlich."

Seitdem ist die Verbindung von „Körper" und „Selbstbestimmung" oder „Autonomie" ein Begriff mit weitreichender Bedeutung. Heute wird er im Zusammenhang mit Themen wie Sexualität, Gesundheit, reproduktiven Rechten, sexueller Orientierung, geschlechtlicher Identität, Transaktionssex, Leihmutterschaft, Behindertenstatus und Schwangerschaftsabbruch verwendet.

Noch größere Bedeutung erlangte der Begriff im Jahr 2019, als sich Regierungen, zivilgesellschaftliche Organisationen, Wissenschaftler*innen und Unternehmer*innen zum ICPD25-Gipfel in Nairobi trafen und sich verpflichteten, nun endlich all die im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 festgelegten Ziele zu erreichen. Viele der Delegierten verabschiedeten die freiwillige Erklärung von Nairobi, in der es heißt, dass „das Recht jedes Menschen auf körperliche Unversehrtheit, Autonomie und reproduktive Rechte geschützt und gewährleistet und der Zugang zu lebenswichtigen Dienstleistungen ermöglicht werden muss, um diese Rechte zu stärken".

Auch wenn der Begriff in den Sprachgebrauch der Frauenbewegung und der Bewegung für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte eingegangen ist, entzieht er sich weiterhin einer simplen Definition und lässt sich nicht so leicht messen. Doch als die Vereinten Nationen die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung samt ihrer 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) verabschiedeten, legten sie Indikatoren fest, mit deren Hilfe die Regierungen ihre Fortschritte im Hinblick auf die Verwirklichung der Ziele nachverfolgen können – so zum Beispiel die Zielvorgabe 5.6, die die Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte aller Menschen beinhaltet.

Zwei Indikatoren sollen Fortschritte in diesem Bereich messen: Der erste, Indikator 5.6.1, quantifiziert den Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die selbstbestimmt sachlich fundierte Entscheidungen in Bezug auf sexuelle Beziehungen, die Anwendung von Verhütungsmitteln und die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Dienstleistungen treffen können. Der zweite Indikator, 5.6.2, misst

Künstlerische Illustration von Rebeka Artim

die Anzahl der Staaten, die Frauen und Männern ab 15 Jahren auf der Grundlage von Gesetzen und Vorschriften den uneingeschränkten und gleichberechtigten Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie zu Informationen und Bildung garantieren.

Indikator 5.6.1 basiert auf den Antworten zu den Fragen, die Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren in Umfragen zu Demografie und Gesundheit im Rahmen des Programms für demografische und gesundheitliche Erhebungen (Demographic and Health Surveys Program, DHS-Programm) in 57 Ländern gestellt wurden:

- Wer entscheidet normalerweise über Ihre Gesundheitsversorgung?
- Wer entscheidet normalerweise darüber, ob Sie Verhütungsmittel anwenden oder nicht?
- Können Sie gegenüber Ihrem Ehemann oder Partner den Geschlechtsverkehr verweigern?

Nur Frauen, die angeben, in allen drei Bereichen selbstbestimmt entscheiden zu können, gelten als autonom, was Entscheidungen über ihre reproduktive Gesundheit betrifft, und als ausreichend gestärkt, ihre reproduktiven Rechte wahrzunehmen.

DHS-Erhebungen basieren auf standardisierten Fragebögen und liefern repräsentative Daten über Eheschließungen, Fertilität, Mortalität, Familienplanung, reproduktive Gesundheit, die Gesundheit von Kindern, Ernährung sowie HIV und Aids für die einzelnen Staaten. Das DHS-Programm wird von ICF International umgesetzt und von der US- Agentur für Internationale Entwicklung (USAID) sowie durch Beiträge internationaler Organisationen wie zum Beispiel UNFPA finanziert.

Mit Indikator 5.6.1 wird die sexuelle und reproduktive Gesundheit – und die körperliche Selbstbestimmung – zum ersten Mal nach den Vorgaben eines internationalen Rahmenwerks gemessen. Dabei wird nicht nur der Zugang zu Dienstleistungen betrachtet, sondern auch untersucht, in welchem Maße Mädchen und Frauen in der Lage sind, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Für die Verwaltung der mit diesem Indikator erfassten Daten ist UNFPA zuständig, ebenso wie für die Daten zum Indikator 5.6.2, der in Kapitel 5 dieses Berichts behandelt wird.

Ein Blick auf die Zahlen

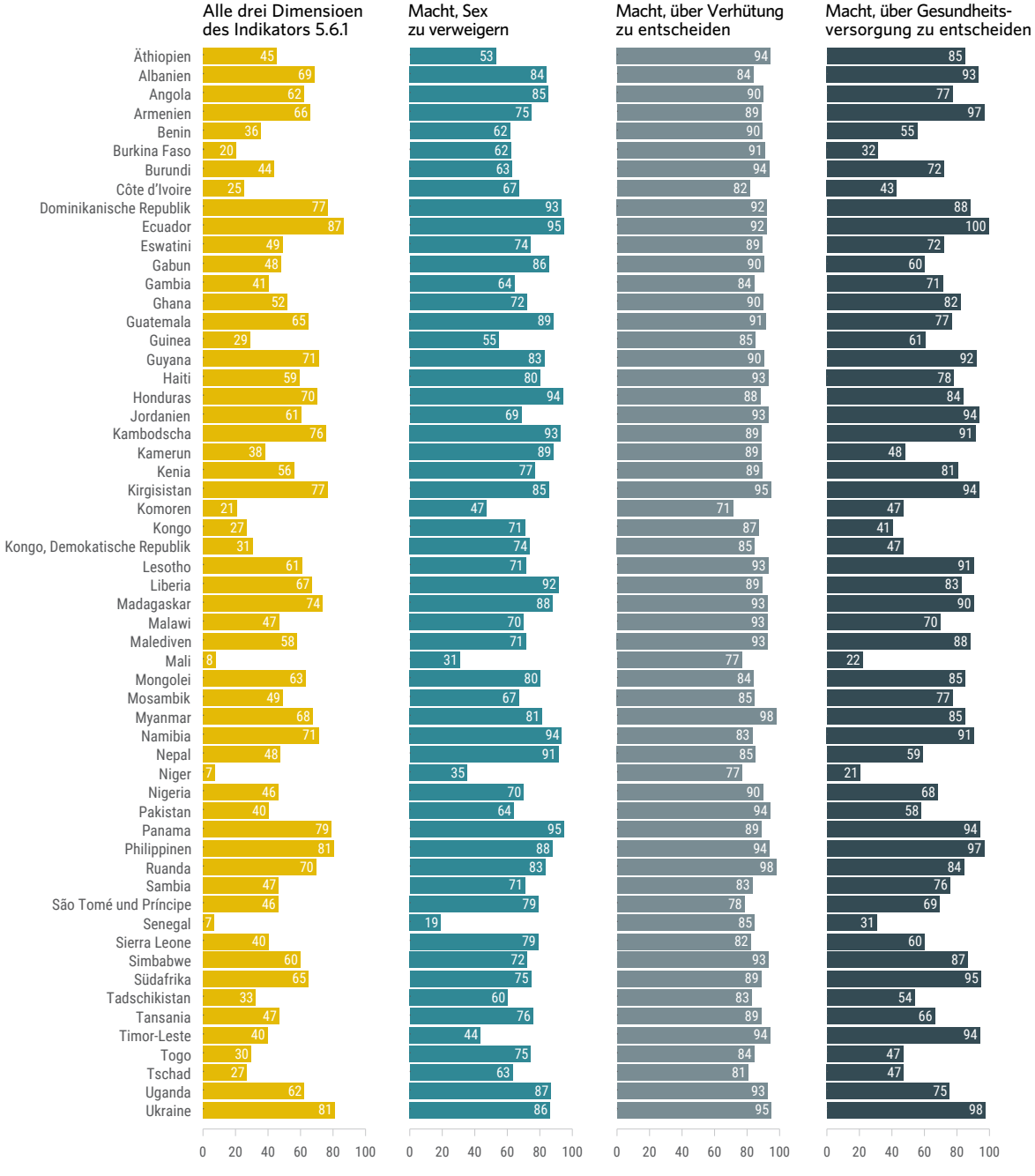
Vollständige Daten zu allen drei Dimensionen des Indikators 5.6.1 liegen für 57 Länder vor, die meisten aus Afrika südlich der Sahara. Diese zeichnen jedoch ein alarmierendes Bild vom Stand der körperlichen Selbstbestimmung von Millionen Frauen und Mädchen: Nur 55 Prozent der Mädchen und Frauen können in allen drei Dimensionen der körperlichen Autonomie selbstbestimmte Entscheidungen treffen.

Das bedeutet, dass kaum mehr als eine von zwei Frauen und Mädchen frei darüber bestimmen kann, ob und wann sie medizinische Versorgung einschließlich Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Anspruch nehmen möchte, ob sie Verhütungsmittel einsetzen und ob und wann sie mit ihrem Partner oder Ehemann Sex haben will.

Die prozentualen Anteile variieren von Region zu Region. Während beispielsweise 76 Prozent der jugendlichen Mädchen und Frauen in Ost- und Südostasien sowie in Lateinamerika und der Karibik in allen drei Dimensionen des Indikators 5.6.1 autonome Entscheidungen treffen, liegt

GRAFIK 2.1

Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die selbst über Gesundheitsversorgung, Verhütung und Sex mit ihrem Mann oder Partner entscheiden, aktuellste Daten nach Land, 2007–2018



Quelle: UNFPA, 2020. Basierend auf Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) und anderen Erhebungen aus den Jahren 2007–2018.

dieser Wert in Afrika südlich der Sahara und in Zentral- und Südasien bei unter 50 Prozent.

Hinter regional aggregierten Zahlen verbergen sich substanzielle Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. In Afrika südlich der Sahara zum Beispiel treffen etwa 50 Prozent der Frauen autonome Entscheidungen. In drei Ländern allerdings – Mali, Niger und Senegal – gilt dies für weniger als zehn Prozent.

Die Daten zeigen auch Widersprüche zwischen den drei Dimensionen auf: Ein hoher Prozentsatz in einer Dimension bedeutet nicht automatisch auch hohe Prozentsätze in den anderen Dimensionen. In Mali zum Beispiel entscheiden 77 Prozent der Frauen eigenständig oder gemeinsam mit ihrem Partner über die Anwendung von Verhütungsmitteln, aber nur 22 Prozent können mitbestimmen, wenn es um die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung geht. In Äthiopien können nur 53 Prozent der Frauen Sex ablehnen, aber 94 Prozent können eigenständig oder gemeinsam mit dem Partner über Verhütung entscheiden. Diese Diskrepanzen erklären auch die niedrigeren Werte bei zusammengesetzten Gesamtindikatoren in manchen Ländern: Es werden nur Frauen gezählt, die angeben, in allen drei Dimensionen autonom entscheiden zu können. Eine Frau, die sich frei entscheidet, Verhütungsmittel anzuwenden, aber zum Beispiel ihrem Mann gegenüber nicht den Sex verweigern kann, würde im Gesamtindikator 5.6.1 nicht als körperlich selbstbestimmt gewertet.

Wie sehen die Trends aus?

Eine Trendanalyse aus 22 Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, in denen Frauen in mindestens zwei aufeinander folgenden DHS-Erhebungen nach allen drei Dimensionen ihrer körperlichen Autonomie gefragt wurden, zeigt, dass Investitionen in Programme oder Dienstleistungen in einer Dimension nicht unbedingt auch in den anderen Dimensionen zu positiven Veränderungen führen. Tatsächlich tendieren die Antworten auf die drei Standardfragen zum Indikator 5.6.1 häufig in verschiedene Richtungen.

In Ghana zum Beispiel wurden enorme Summen investiert, um die Gesundheit von Müttern zu verbessern. Mit dem Geld wurden Erschwinglichkeit, Qualität und Reichweite von Dienstleistungen verbessert und diese mit gemeindenahen Förderprogrammen verknüpft. Infolgedessen ist der prozentuale Anteil der Frauen, die selbstbestimmt über ihre Gesundheitsversorgung entscheiden können, kontinuierlich gestiegen. Im gleichen Zeitraum stagnierte der prozentuale Anteil der Frauen, die selbstbestimmt über die Anwendung von Verhütungsmitteln entscheiden, und der Prozentsatz der Frauen, die Sex verweigern können, ging beträchtlich zurück. Ganz ähnlich ist die Situation in Benin, wo sich der prozentuale Anteil der Frauen, die selbstbestimmt über Verhütung und Gesundheitsversorgung entscheiden, in den letzten zehn Jahren kaum verändert hat. Auf der anderen Seite verminderte sich die Entscheidungsmacht der Frauen über Sex im gleichen Zeitraum um 20 Prozent.

Von den 22 Ländern verzeichnen nur Uganda und Ruanda durchgängig positive Trends beim Anteil der Frauen, die in allen drei Dimensionen des Indikators 5.6.1 autonome Entscheidungen treffen. Uganda verzeichnet dabei den den stärksten Anstieg: 12,3 Prozent. Die positive Veränderung lässt sich auf ein günstiges rechtliches und politisches Umfeld (unter anderem wurden die Gebühren für Gesundheitsdienstleistungen für Mütter und Kinder unter fünf Jahren abgeschafft) im Zusammenspiel

mit gemeindenahen Programmen zur Bekämpfung ungerechter Geschlechternormen zurückführen.

Zusammengefasste Prozentsätze für den Gesamtindikator verschleiern zuweilen, dass innerhalb eines Landes negative und positive Entwicklungen gleichzeitig stattfinden. Positive Trends zeigen sich häufiger in den Antworten auf die Frage nach autonomen Entscheidungen über die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Hingegen sind bei den Antworten auf die Frage nach der Entscheidungsmacht über Sex häufiger negative Trends zu beobachten. Tatsächlich haben Frauen in mehr als der Hälfte der Länder, für die mindestens zweimal Daten erfasst wurden, zwischen 2005 und 2018 an Boden verloren, was ihre Freiheit betrifft, Sex abzulehnen. Die genaue Ursache für diesen negativen Trend bzw. für den offenkundigen Mangel an Fortschritten ist schwer auszumachen.

GRAFIK 2.2

Faktoren für die Entscheidungsfreiheit von Frauen

SOZIALES UMFELD

GESCHLECHTERROLLEN, STIGMA, ÜBERZEUGUNGEN

GESUNDHEITSSYSTEME

DISTANZ, KOSTEN, BEHANDLUNGSQUALITÄT, VORURTEILE

ZWISCHENMENSCHLICH

ROLLE DES PARTNERS, KOMMUNIKATION, EINFLUSS DER FAMILIE

SOZIOÖKONOMISCH

BILDUNG, WOHLSTAND, MEDIENNUTZUNG, LÄNDLICH/STÄDTISCH

Künstlerische Illustration von Hülya Özdemir

Hier könnten mehrere Faktoren zusammenspielen:

- Hartnäckige und durch gesellschaftliche Normen und Einstellungen verstärkte Tabus über Sex und Sexualität, die Frauen und jungen Mädchen kaum eine Möglichkeit geben, mit ihren Partnern oder Ehemännern offen über Sex zu verhandeln.

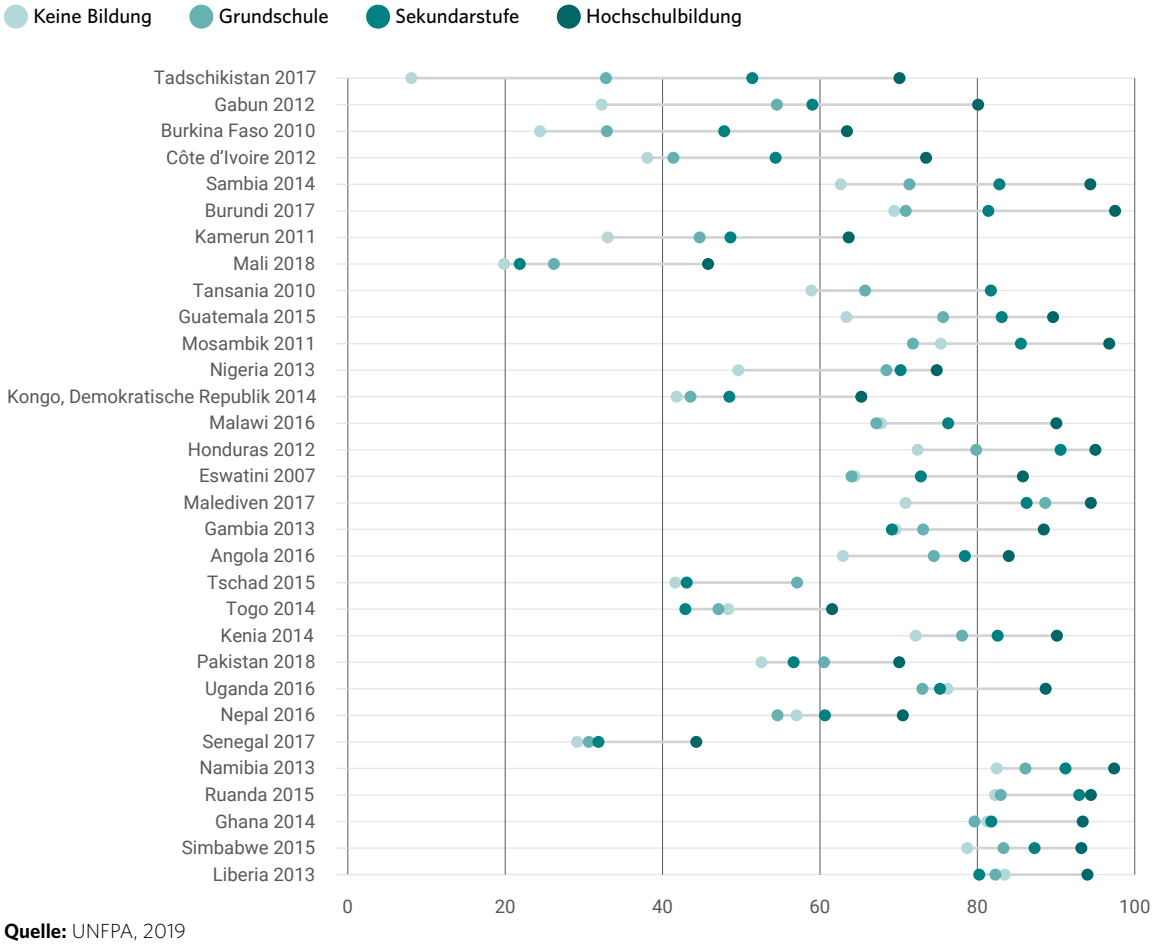
- Patriarchalische Gesellschaften, die ungleiche Machtverhältnisse in Beziehungen zementieren und die sexuellen Ansprüche der Männer höher bewerten als die der Frauen.

- Qualitative Untersuchungen deuten darauf hin, dass Frauen den sexuellen Ansprüchen von Männern teilweise auch deshalb nachkommen, weil sie damit im Gegenzug mehr Unabhängigkeit bei ihren wirtschaftlichen und persönlichen Vorhaben gewinnen.

GRAFIK 2.3 A

Die Entscheidungsfreiheit steigt mit dem Bildungsniveau

Anteil der Frauen, die selbst über ihre Gesundheitsversorgung entscheiden, nach Bildungsniveau der Frauen, ausgewählte Länder, in Prozent



Quelle: UNFPA, 2019

Die Grenzen des Indikators

Der Indikator 5.6.1 zeichnet nur ein grobes Bild von der körperlichen Selbstbestimmung von Frauen und vermittelt kaum differenzierte Informationen darüber, welche Kräfte zu den positiven oder negativen Trends geführt haben. Die Daten zur Anwendung von Verhütungsmitteln durch Frauen zum Beispiel beziehen sich nur auf Frauen, die entweder verheiratet sind oder in einer dauerhaften Partnerschaft leben und zum Zeitpunkt der Datenerhebung tatsächlich Verhütungsmittel eingesetzt haben. Des Weiteren bezieht sich die Frage nach der Inanspruchnahme von Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung nicht speziell auf die reproduktive Gesundheitsversorgung. Zudem werden alle drei Fragen nur Mädchen und Frauen von 15 bis 49 Jahren gestellt, sodass jüngere Mädchen und Frauen ab 50 unberücksichtigt bleiben.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass die Daten zur Empfängnisverhütung und Gesundheitsversorgung sowohl gemeinsame als auch individuelle

GRAFIK 2.3 B

Die Entscheidungsfreiheit steigt mit dem Bildungsniveau

Macht, Sex abzulehnen, nach Bildungsgrad der Frauen, ausgewählte Länder, in Prozent

Quelle: UNFPA, 2019

Entscheidungen umfassen. Manche Frauen geben beispielsweise an, dass sie die Entscheidung über Verhütung gemeinsam mit ihrem Mann oder Partner getroffen haben. Wahrscheinlich gibt es jedoch Fälle, in denen eine „gemeinsame" Entscheidung zunächst eine Entscheidung der Frau war, gegen die sich aber dann ihr Partner durchgesetzt hat. Darüber hinaus kann es vorkommen, dass Frauen, denen die Anwendung von Verhütungsmitteln durch ihren Ehemann verboten wurde, diese trotzdem heimlich einsetzen. Solche Situationen werden jedoch von dem Indikator über selbstbestimmte Entscheidungen zur Empfängnisverhütung nicht erfasst. Quantitative Erhebungen deuten darauf hin, dass zwischen vier und 29 Prozent der verhütenden Frauen ihre Verhütungsmethode ohne das Wissen ihres Ehemannes oder Partners anwenden. Zwar ist der heimliche Gebrauch von Schwangerschaftsverhütung eine eigene Entscheidung, doch die Frauen beschreiben dies im Allgemeinen als negative Erfahrung und sehen sich in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkt.

Sozioökonomische Gegebenheiten

Der Bildungsstand einer Frau ist ein Schlüsselfaktor für ihre Macht, Sex zu verweigern, korreliert aber auch mit ihren Entscheidungsbefugnissen über Empfängnisverhütung und Gesundheitsversorgung. Eine positive Korrelation besteht auch zwischen dem Bildungsniveau ihres Partners und ihrem Mitspracherecht bei Entscheidungen über Empfängnisverhütung und Gesundheitsversorgung. Frauen, die weniger gebildet sind als ihr Ehemann oder Partner, erleben häufiger sexualisierte Gewalt als Frauen, deren Bildungsniveau mehr oder weniger dem ihres Ehepartners entspricht. Zudem haben Mädchen und Frauen aus den zwei untersten Einkommensgruppen eine höhere Wahrscheinlichkeit bereits sexualisierte Gewalt erlebt zu haben.

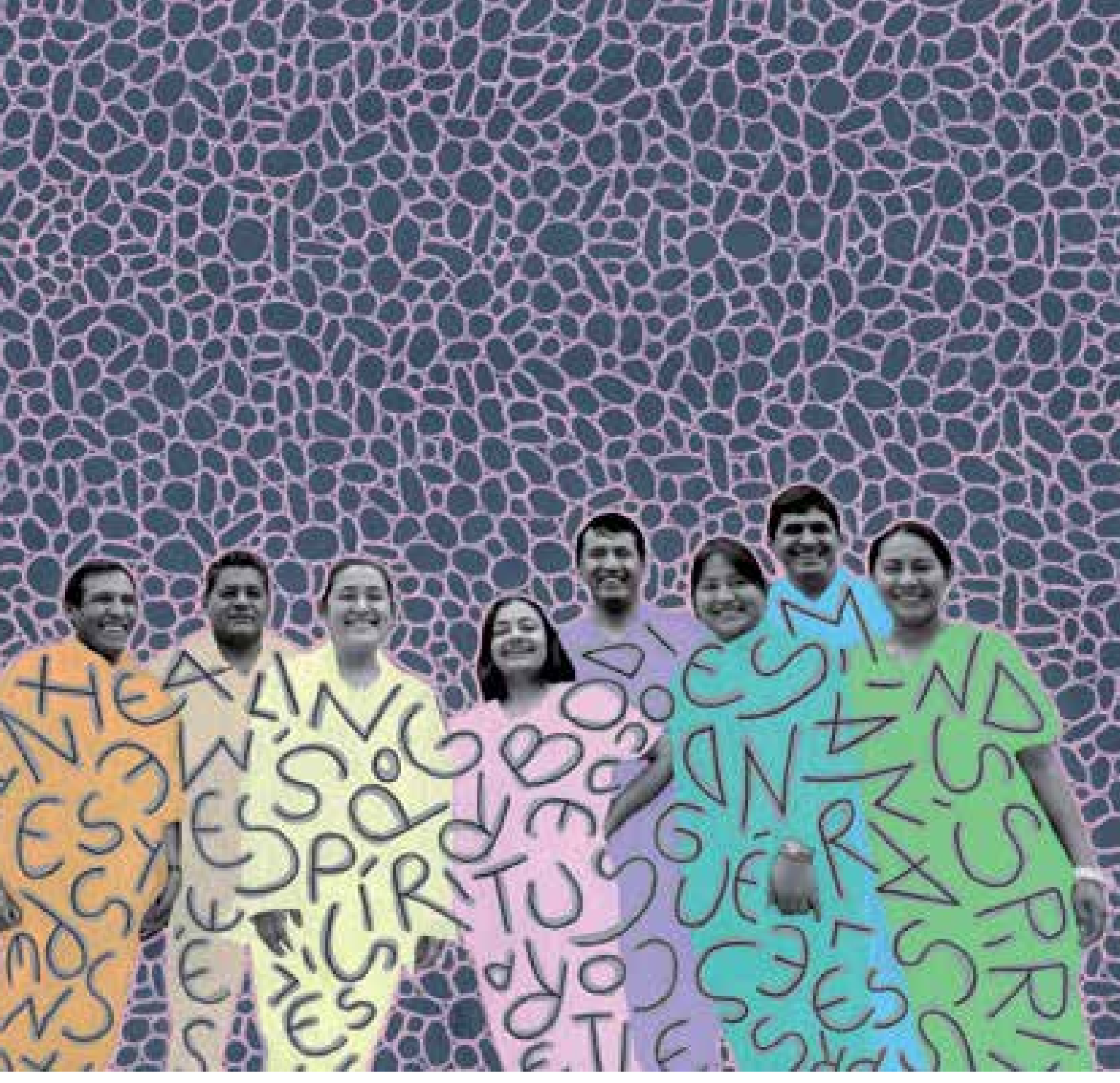
Zwischenmenschliche Beziehungen

Als Familienoberhäupter beanspruchen Männer oft die gesamte Macht für sich und treffen die meisten Entscheidungen, auch in Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, obwohl diese Dinge oft als „Frauensache" betrachtet werden. Aufgrund von Geschlechternormen wird Frauen üblicherweise die alleinige Verantwortung für die reproduktive Gesundheit zugeschoben, wobei ihnen jedoch die Entscheidungsbefugnis darüber verweigert wird.

Paare, die regelmäßig über Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sprechen, entscheiden eher gemeinsam über Empfängnisverhütung und reproduktive Gesundheitsversorgung. Auch die Meinungen von Verwandten, insbesondere von Schwiegermüttern, spielen bei diesen Entscheidungen eine wichtige Rolle.

Die Rolle des sozialen Umfelds

In manchen Bevölkerungsgruppen gilt die Vorstellung körperlicher Selbstbestimmung als unvereinbar mit den geltenden Normen und Werten. Manche Frauen werden durch ihr soziales Umfeld unter Druck gesetzt, Kinder zu bekommen. Manchmal wird auch die Vorstellung tradiert, Frauen hätten in sexuellen Beziehungen unterwürfig und passiv zu sein. Zugleich werden viele Frauen durch gemeinschaftliche Normen davon abgehalten, mit Männern über Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu sprechen. Dadurch wird es für diese Frauen oft schwierig, wenn nicht unmöglich, über sexuelle Beziehungen, die Anwendung von Verhütungsmitteln und reproduktive Gesundheitsversorgung zu verhandeln. Manche Männer bringen sogar offen ihre Überzeugung zum Ausdruck, es sei ihr Recht, Frauen zu beherrschen, und bekennen sich klar zu ungleichen Machtverhältnissen.



Geburtshelfer*innen aus einem Gesundheitszentrum in Peru. Künstlerische Illustration von Naomi Vona; Foto: © UNFPA/A. Castañeda

Aufgrund sozialer Normen, die sich gegen sexuelle Aktivitäten in nicht-ehelichen Beziehungen richten, stehen jugendliche Mädchen beim Zugang zu Informationen und Dienstleistungen rund um Sexualität und Reproduktion vor zusätzlichen Hürden. Dabei herrschen manchmal auch gesellschaftliche Normen vor, die es jugendlichen Mädchen gestatten – oder sie sogar dazu drängen – sich auf Transaktionssex einzulassen, um den eigenen Haushalt zu unterstützen oder die Kosten ihrer Ausbildung wieder hereinzuholen. Da diese Mädchen üblicherweise aus ärmeren Haushalten stammen, haben sie kaum die Macht, Sex abzulehnen. Ob sie verheiratet sind oder nicht – viele haben nur wenig Verhandlungsmacht, was die Anwendung von Kondomen betrifft. Verheiratete Mädchen wiederum werden zudem häufig von der Familie oder dem sozialen Umfeld unter Druck gesetzt, ihre Gebärfähigkeit unter Beweis zu stellen. Oft werden sie zum Sex gezwungen und dürfen keine Verhütungsmittel anwenden.

Barrieren im Gesundheitssystem

Vor allem im ländlichen Raum werden Entscheidungen über Empfängnisverhütung und reproduktive Gesundheitsversorgung zuweilen durch die größere Distanz zu Kliniken und anderen medizinischen Einrichtungen erschwert. Weitere Hindernisse sind unter anderem der Mangel an jugendgerechten Dienstleistungen, eine unzureichende Auswahl an Verhütungsmethoden, minderwertige oder schlecht organisierte Dienstleistungen, voreingenommenes Gesundheitspersonal und mangelnde Privatsphäre. Im Gegensatz dazu tragen Dienste mit günstigen Öffnungszeiten und medizinischem Personal, das den Patient*innen gegenüber positiv eingestellt ist und deren Privatsphäre respektiert, dazu bei, dass Frauen und jugendliche Mädchen bestärkt werden, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Auch leicht zugängliche und korrekte Informationen über Empfängnisverhütung wirken sich positiv aus, insbesondere wenn sie in einer respektvollen, vertraulichen und freundlichen Umgebung vermittelt werden. Wenn Dienstleistungen zur Familienplanung durch gemeindenahes, medizinisches Personal durchführt wird, werden die bereitgestellten Verhütungsmittel häufiger angewendet. Das gilt insbesondere, wenn dabei auch Männer aufgeklärt und über Familienplanung informiert werden.

Körperliche Autonomie für viele noch in weiter Ferne

Dass nur 55 Prozent der Frauen aus 57 Ländern selbstbestimmt über ihren Körper entscheiden können, sollte für Regierungen, Politiker*innen und Institutionen in der Entwicklungszusammenarbeit ein Weckruf sein. In Mali, in Niger und im Senegal wird mehr als 90 Prozent der Frauen ihre körperliche Autonomie verwehrt.

Die Daten zum Indikator 5.6.1 zeigen, mit welchen Herausforderungen Frauen konfrontiert sind, wenn sie ihr Recht auf körperliche Autonomie in Anspruch nehmen wollen. Die Daten müssen jedoch noch genauer analysiert werden, um zu verstehen, mit was für Hindernissen bestimmte Gruppen, wie zum Beispiel alleinstehende Frauen, Menschen mit Behinderungen oder ethnische Minderheiten, konfrontiert sind und wie groß diese Hindernisse sind.

Aus den Daten geht jedenfalls eindeutig hervor, dass Frauen in 57 Ländern – und wahrscheinlich auch in jedem anderen Land der Welt – nur eingeschränkt über ihren eigenen Körper bestimmen können.

Künstlerische Illustration
von Rebeka Artim

WENN ENTSCHEIDUNGEN VON ANDEREN GETROFFEN WERDEN

Die Verweigerung von körperlicher Selbstbestimmung und Unversehrtheit nimmt viele Formen an

Ungeachtet aller internationalen Vereinbarungen und Erklärungen über die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts für die Gesundheit und die allgemeine Autonomie von Frauen verfügen Millionen Frauen und Mädchen auf der ganzen Welt immer noch nicht über die Macht, frei von ihren Ehemännern oder Partnern selbstbestimmt über Gesundheitsversorgung, Verhütung und Sex zu entscheiden.

Allzu oft werden diese Entscheidungen von anderen getroffen oder beeinflusst, seien es Partner, Familie, Gesellschaft oder sogar der Staat. Diesen Frauen und Mädchen wird so ihre volle körperliche Selbstbestimmung verweigert. Von den vielen Hindernissen, die der körperlichen Selbstbestimmung im Wege stehen, ist die Ungleichheit der Geschlechter vielleicht das heimtückischste und am weitesten verbreitete von allen.

Ungleichheit der Geschlechter behindert selbstbestimmte Entscheidungen

Normen und Einstellungen, die Frauen Männern unterordnen, führen zu Machtungleichgewichten in Beziehungen. Das wiederum schränkt die Entscheidungsfreiheit von Frauen ein, insbesondere wenn es darum geht, nein zu Sex zu sagen. Patriarchalische Überzeugungen führen oft zu der Erwartung, dass Frauen sich in allen Aspekten ihres Lebens, einschließlich ihres Sexuallebens, ihren Ehemännern oder Partnern unterordnen. Eine Erwartung, der zufolge eine Frau nicht nur immer dann zum Sex bereit sein sollte, wenn ihr Mann es will, sondern auch, dass sie keinen Sex initiieren oder ihre Wünsche offen äußern darf. Gleichzeitig wird von Frauen erwartet, dass sie Konflikte vermeiden, was die ungleichen Machtverhältnisse zusätzlich verstärkt. Auch aus Angst vor verbaler Gewalt, dem Entzug von finanzieller Unterstützung, Scheidung oder sogar Misshandlungen und Vergewaltigung sagen Frauen nicht nein zu Sex.

FRAUEN UND MÄDCHEN WISSEN OFT NICHT, DASS SIE DAS RECHT HABEN, NEIN ZU SAGEN.

Untersuchungen zufolge wissen Mädchen und Frauen oft nicht, dass sie das Recht haben, nein zu sagen. Laut einer Studie in Indien etwa bezeichneten frisch verheiratete Frauen ihren ersten Sex seltener als erzwungen oder „gegen ihren Willen“, weil Sex innerhalb der Ehe erwartet würde.

Solche Normen und Einstellungen verhindern oftmals auch, dass Frauen selbstbestimmte Entscheidungen über Verhütung treffen können. In einer Reihe von Ländern, für die Daten zum Indikator 5.6.1 vorliegen (vgl. Kapitel 2), wünschen sich beispielsweise vor allem Ehemänner mehr Kinder als ihre Frauen. Viele Ehemänner betrachten es als ihr Recht, die Entscheidung über die Familiengröße und auch darüber zu treffen, ob Verhütungsmittel eingesetzt werden. Machtgefälle in Beziehungen hindern Frauen daran, mit ihren Ehemännern oder Partnern über Verhütung zu sprechen. Denn allein schon das Ansprechen des Themas kann von Männern als Eingeständnis außerehelicher Beziehungen aufgefasst werden. Das wiederum kann Konflikte nach sich ziehen, die in Gewalt, Trennung oder Scheidung münden können. Der Zusammenhang zwischen der Ungleichheit der Geschlechter und der Verweigerung von körperlicher Selbstbestimmung hat einen realen Einfluss auf das Leben von Frauen und Mädchen – überall und jeden Tag. Diese Dynamik kann sich auf vielerlei Weise auswirken. Besonders deutlich wird sie aber in Ehegesetzen und Ehepraktiken, die Frauen Männern unterordnen.

Zwangs- und Kinderehen

Die offensichtlichsten Heiratspraktiken, die Frauen ihr Selbstbestimmungsrecht absprechen, sind Ehen, in denen sie keine freie und informierte Entscheidung über ihren Partner treffen können, also Zwangs- und Kinderehen. Eine Zwangsehe ist jede Ehe, die von einem oder beiden Eheleuten ohne volle, freie und informierte Zustimmung geschlossen wird. Kinderehen sind eine Unterform der Zwangsehe, bei der mindestens eine Person unter 18 Jahre alt ist und damit keine volle, freie und informierte Zustimmung geben kann. Beide Formen dieser Ehen verletzen die Rechte eines Individuums, einschließlich der Rechte, die mit körperlicher Selbstbestimmung und Unversehrtheit verbunden sind.

Jüngsten Schätzungen zufolge leben heute 650 Millionen Frauen, die vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet wurden. Jedes Jahr werden weitere zwölf Millionen Mädchen verheiratet, bevor sie erwachsen sind.

Obwohl bis auf eine Ausnahme alle Länder der Welt die Kinderrechtskonvention unterzeichnet haben, erlauben viele Länder immer noch Eheschließungen unter 18 Jahren, manchmal mit der Zustimmung von einem Elternteil, einem Vormund oder von Regierungsbeamt*innen wie Richter*innen.

Doch selbst dort, wo Kinderehen gesetzlich auf dem Papier verboten sind, kommen sie weiterhin vor. Viele dieser Ehen werden niemals bei den Behörden registriert. Wenn wirkungsvolle Maßnahmen gegen Kinderehen ausbleiben, könnten Prognosen zufolge bis 2030 weltweit bis zu 120 Millionen weitere Mädchen unter 18 Jahren in eine Ehe gezwungen werden.

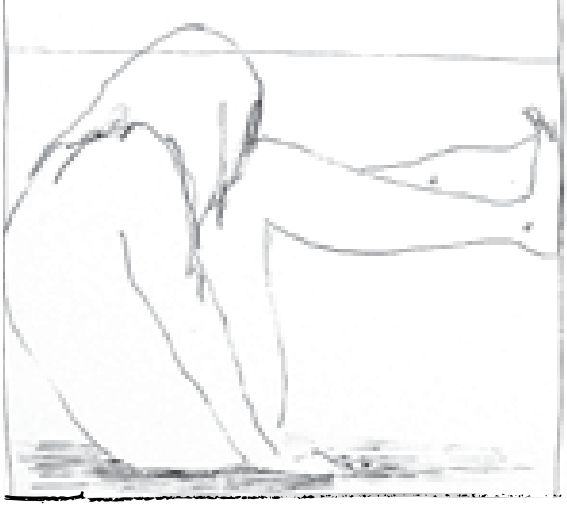
Künstlerische Illustration von Tyler Spangler

Gefördert werden Zwangsehen durch institutionalisierte patriarchalische Praktiken, einschließlich der Zahlung einer Mitgift oder eines Brautpreises, der Brautentführung, der „Witwenvererbung“ – sprich der Verheiratung von Witwen mit einem Verwandten des Toten – sowie der Verheiratung von Überlebenden einer Vergewaltigung mit den Tätern. Durch diese Praktiken werden Bräute zu einer Ware oder einem Eigentum, das besessen, gekauft, verkauft oder gehandelt werden kann, ohne jede Rücksicht auf ihre Rechte oder Autonomie.

Bei der Mitgift bezahlt die Brautfamilie die Familie des Bräutigams in bar oder in Form von Sachleistungen dafür, dass ihnen die Braut „abgenommen wird“. Das Gegenteil der Mitgift ist der Brautpreis: Bei diesem wird ein Mädchen oder eine Frau von der Familie des Bräutigams „abgekauft“, um sie mit diesem zu verheiraten. Beide Praktiken machen Frauen zu einer Ware, einem Eigentum von jemandem. Sie stützen die Vorstellung, dass der Mann das produktive und reproduktive Potenzial der Frau und vor allem ihren Gehorsam gekauft hat. Die Tatsache, dass er einen Preis gezahlt hat,

gilt oft als Rechtfertigung dafür, eine Frau mit Gewalt gefügig zu machen. Darüber hinaus muss die Familie der Frau den Brautpreis zurückerstatten, sollte der Mann sich von seiner Frau trennen oder scheiden lassen. Kann die Frau oder ihre Familie den Brautpreis nicht zurückzahlen, muss sie in der Ehe bleiben.

Neben diesen Praktiken existieren noch andere, weniger verbreitete traditionelle patriarchalische Heiratsbräuche, die Frauen ihrer Autonomie berauben, zum Beispiel die Tradition der „Brautentführung". Bei diesem Brauch entführt ein Mann eine Frau oder ein Mädchen aus dem Elternhaus, der Schule oder von der Arbeit und bringt sie in das Haus seiner Familie, wo sie für gewöhnlich gezwungen wird, einen Brief zu schreiben, in dem sie um die Heiratseinwilligung ihrer Familie bittet. Dem Brief wird eine Brautpreiszahlung von der Familie des Bräutigams beigelegt. Nicht einmal zehn Prozent solcher „Anträge" werden von der Familie der Frau oder des Mädchens abgelehnt. In Kirgisistan folgt fast ein Fünftel aller Eheschließungen der traditionellen Praktik der „Entführung". Schätzungsweise ein Viertel davon geschieht ohne die Zustimmung der Braut.



Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

Heiratspraktiken, die Frauen unterordnen und die Gesundheit gefährden

Die „Witwenvererbung" verlangt von einer Frau, dass sie mit dem Mann, der sie „erbt", eine sexuelle Beziehung eingeht, unabhängig davon, wie viele Sexualpartnerinnen er in der Vergangenheit hatte. Das erhöht zum Beispiel das Risiko einer HIV-Infektion. Im kenianischen Bondo-Distrikt sind 56,3 Prozent der Witwen durch eine traditionelle Zeremonie „vererbt" worden. Von diesen Frauen waren diejenigen, die einem als „Witwenreinigung" bezeichneten sexuellen Ritual unterzogen worden waren, überdurchschnittlich häufig mit HIV infiziert. Die „Witwenreinigung" ist eine ritualisierte Auflösung der geistigen Verbindung des Verstorbenen an seine Frau, indem sie sich einem seiner lebenden Verwandten im Geschlechtsversekehr unterwirft.

Kinderehen wirken sich auf vielfältige Weise schädlich auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und körperliche Selbstbestimmung von Mädchen aus. Erzwungener Sex, respektive sexualisierte Gewalt, und frühe und häufige Schwangerschaften stehen in engem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und einer hohen Mütter- und Kindersterblichkeit. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen sind Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt die häufigste Todesursache bei Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren. Jugendliche Mütter haben ein weitaus höheres Risiko für Komplikationen bei der Schwangerschaft und Geburt. Auch die Raten von Totgeburten und das Sterberisiko von Neugeborenen ist bei ihnen höher als bei Müttern im Alter von 20 bis 24 Jahren.

Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

Mädchen und Frauen, die einer Kinder- oder Zwangsehe unterworfen werden, wird oft das Recht verweigert, sich über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu informieren und eigene Entscheidungen zu treffen.

Kinderehen verletzen neben der körperlichen Selbstbestimmung auch andere Menschenrechte, wie beispielsweise das Recht auf Bildung. Die unterschiedlichen Bildungsquoten von Jungen und Mädchen stellen eines der größten Hindernisse für die vollständige Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung von Frauen und Mädchen dar. Kinderehen und frühe Mutterschaft erschweren den Zugang zu Bildung und verschlechtern damit auch Beschäftigungschancen und wirtschaftliche Unabhängigkeit für Mädchen und Frauen.

Humanitäre Krisen wirken sich negativ auf die körperliche Autonomie von Frauen aus

Erfahrungen aus humanitären Krisen auf der ganzen Welt zeigen, dass ein Zusammenbruch familiärer und sozialer Netzwerke sowie rechtsstaatlicher Einrichtungen das Risiko für sexualisierte Gewalt steigern. Das wiederum befeuert die weitverbreitete Auffassung, dass die „Ehre“ von Mädchen und Frauen und damit die ihrer Familien bedroht sei. Diese Angst vor einer „Ehrbeschmutzung“ kann Familien dazu verleiten, Mädchen schon sehr früh zu verheiraten, was die Zahl von Zwangs- und Kinderehen in die Höhe treibt. In Notsituationen gehört die Angst vor sexualisierter Gewalt gegen Frauen und Mädchen zu den wichtigsten Gründen, warum Familien fliehen. Zugleich bewirkt sie, dass Töchter in dem Glauben verheiratet werden, die Ehe biete ihnen Schutz.

In Ländern, in denen Kinderehen ohnehin weit verbreitet sind, werden Mädchen vor allem dann früh verheiratet, wenn ihre Familien vertrieben wurden oder von einer Krise betroffen sind. Niger etwa weist weltweit die höchste Rate an Kinderehen auf (76 Prozent der Mädchen werden vor dem 18. Lebensjahr verheiratet), doch in den Regionen des Landes mit einer großen Anzahl von Menschen, die humanitäre Hilfe erhalten, liegt dieser Anteil mit bis zu 89 Prozent noch höher. In einer Stadt im Norden des Sudans schnellte die Rate der Mädchen, die vor dem 18. Lebensjahr verheiratet wurden, nach dem Ausbruch von Kämpfen in der Region auf 70 Prozent – ein weit über dem Landesdurchschnitt liegender Anteil.

Der Zusammenbruch von Rechtsstaatlichkeit und Sicherheit sowie ausbleibende Strafverfolgung, der

Künstlerische Illustration von Tyler Spangler

Verlust von wirtschaftlichem und sozialem Kapital und die Ausbreitung extremistischer Ideologien treiben geschlechtsspezifische Gewalt an und begünstigen zum Beispiel die Entführung von Frauen und Mädchen durch bewaffnete Gruppen.

Gegenwärtige bewaffnete, nichtstaatliche Gruppen mit extremistischen Ideologien haben in den von ihnen beherrschten Gebieten in den vergangenen Jahren eine soziale Ordnung durchgesetzt, die Frauen und Mädchen entweder als Werkzeuge ihrer Ideologien oder als Bedrohung wahrnimmt.

Der sogenannte Islamische Staat (IS) in Syrien, Boko Haram in Nigeria und Kamerun sowie Al-Shabaab in Somalia haben Mädchen und Frauen entführt, um sie zu vergewaltigen, zu verkaufen und gegen ihren Willen zu verheiraten. Darüber hinaus wurde aus der Zentralafrikanischen Republik, Libyen, Mali und Somalia über die ideologisch begründete Ausbeutung von Kinder- und Zwangsehen berichtet. Auch in Malaysia benutzen bewaffnete Gruppen Kinder- und Zwangsehen als Deckmantel für sexuelle Ausbeutung und Menschenhandel.

Während es zahlreiche Belege dafür gibt, dass geschlechtsspezifische Gewalt in Konflikt- und Fluchtsituationen zunimmt, gibt es weniger Belege dafür, wie Krisen die Entscheidungsmacht von Frauen auch positiv beeinflussen können. Obwohl Krisen häufig zunächst eine Verschlechterung der öffentlichen Dienste nach sich ziehen, liegen auch Hinweise vor, dass die Handlungsfähigkeit von Frauen in Bezug auf medizinische Versorgung und die Verwendung von Verhütungsmitteln in solchen Zeiten zunehmen kann. Ein Grund dafür ist der teils geringere Einfluss von geschlechtsdiskriminierenden Normen in Krisenumgebungen. Das wiederum gewährt Frauen einen größeren Spielraum für autonome Entscheidungen.

In krisenerschütterten Ländern wie Eritrea und Liberia ermöglichte die fortschreitende Auflösung von gesellschaftlichen Normen einigen Frauen nicht nur mehr Autonomie, sondern auch eine größere Redefreiheit und Entscheidungsbefugnis im eigenen Haushalt. Ähnliches wurde auch an Orten beobachtet, die von Naturkatastrophen betroffen waren. Oft haben sich dort mehr Frauen für die Verwendung von Verhütungsmitteln entschieden als vorher. Dazu kommt, dass Informationen und Dienstleistungen zur Verhütung in

Geflüchtetenlagern meist leichter zugänglich sind. Andererseits leiden viele Frauen und Mädchen während und nach Krisen unter erhöhter Unsicherheit, eingeschränkter Mobilität sowie mehr geschlechtsspezifischer Gewalt und werden häufiger schädlichen Praktiken, einschließlich weiblicher Genitalverstümmelung, unterworfen.

Ein Problem ist, dass humanitäre Einsatzpläne oftmals keine Maßnahmen enthalten, die weibliche Genitalverstümmelung verhindern oder beenden sollen. In der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie zum Beispiel setzten die meisten Länder, in denen weibliche Genitalverstümmelung weit verbreitet ist, in ihren nationalen humanitären Einsatzplänen keine Priorität auf die Beseitigung dieser Praktik. Und das obwohl von mehreren Nichtregierungsorganisationen auf ein erhöhtes Risiko für Mädchen, Opfer dieser schädlichen Praktik zu werden, hingewiesen wurde. In einer Umfrage in Somalia gaben 31 Prozent der Befragten an, dass die Zahl der weiblichen Genitalverstümmelungen seit Beginn der Pandemie zugenommen hat. Bei einer Befragung im kenianischen Geflüchtetenlager Dadaab zu den Auswirkungen von COVID-19 im September 2020 bezifferten drei Viertel der befragten humanitären Helfer*innen den Anstieg der weiblichen Genitalverstümmelung auf 20 Prozent.

In Ländern wie Äthiopien, Kenia, Nigeria und dem Sudan sind Mädchen einem erhöhten Risiko ausgesetzt, in Vorbereitung auf eine Eheschließung einer Genitalverstümmelung unterworfen zu werden. Eheschließungen werden in diesem Zusammenhang als Lösung angesehen, um Mädchen vor den negativen wirtschaftlichen Folgen der Pandemie und der Schulschließungen zur Eindämmung der Infektionskrankheit zu bewahren.

Nach Schätzungen von UNFPA könnte es im Zuge der Corona-Pandemie zu bis zu zwei Millionen zusätzlichen Fällen von weiblicher Genitalverstümmelung kommen. In unseren Bemühungen weibliche Genitalverstümmelung gemäß der der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) bis 2030 zu beseitigen, würde uns das um ein Drittel zurückwerfen.

Jeder Mensch hat dieselben sexuellen und reproduktiven Rechte. Weil Menschen mit Behinderung stark gefährdet sind, sexualisierte Gewalt zu erleben, setzt sich Lizzie Kiama für deren sexuelle und reproduktive Rechte ein. Künstlerische Illustration von Naomi Vona; Foto: Privatbesitz/Lizzie Kiama

Vergewaltigung in der Ehe und „Heirate-deinen-Vergewaltiger"-Gesetze

In einigen Ländern erlaubt das Gesetz dem Ehemann, Geschlechtsverkehr zu haben, ob die Frau es will oder nicht. In anderen Ländern geht ein Mann, der eine Frau vergewaltigt, straffrei aus, wenn er sie – auch gegen ihren Willen – heiratet.

Bei weiblicher Genitalverstümmelung geht es um mehr als um Sexualität, es geht auch um Gesundheit.
Künstlerische Illustration von Naomi Vona; Foto: Hana Lopez/Unsplash

Unabhängig davon, ob eine Frau sich aus freien Stücken in eine Ehe begibt oder sie dazu gezwungen wird – „besitzt“ der Mann nach den traditionellen patriarchalischen Normen ab dem Zeitpunkt der Eheschließung den Körper seiner Ehefrau und kann ihn für Sex benutzen, wann immer er möchte. Erst in den letzten Jahrzehnten ist Vergewaltigung in der Ehe in vielen Ländern als schwere Menschenrechtsverletzung anerkannt worden. Die Überlebenden von Vergewaltigungen in der Ehe erfahren dieselben Folgen wie alle anderen Überlebenden von Vergewaltigungen. Dazu gehören seelische Wunden ebenso wie körperliche Verletzungen, die mit sexualisierter Gewalt einhergehen – ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten eingeschlossen.

Diese Menschenrechtsverletzung geht außerdem mit erheblichen Folgen für die reproduktive Gesundheit einher. Das Risiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wird durch gewaltsame Penetration erhöht. Über Verletzungen in den Schleimhäuten kann das Virus leichter in den Körper eindringen. Bei Frauen, die in der Ehe sexualisierte Gewalt erfahren, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie positiv auf HIV

getestet werden, eineinhalb- bis dreimal höher und bei anderen sexuell übertragbaren Krankheit zwei- bis viermal höher als der Durchschnitt.

Verschiedene Praktiken, die männliche Kontrolle durchsetzen und die körperlichen Selbstbestimmungsrechte von Frauen verletzen, hängen miteinander zusammen. So besteht eine starke Korrelation zwischen Vergewaltigung in der Ehe und Kinderehen: In Uganda wurden 2011 die meisten Fälle von Vergewaltigung in der Ehe an 15- bis 19-jährigen Mädchen begangen, deren ältere Ehemänner einen Brautpreis für das Mädchen gezahlt hatten.

Weltweit haben 43 Länder keine Gesetze, die Vergewaltigung in der Ehe unter Strafe stellen. Und selbst in Ländern, die entsprechende Gesetze haben, wird erzwungener Sex innerhalb der Ehe oftmals deutlich milder bestraft als in anderen Fällen. 2020 wendeten 35 von insgesamt 54 Commonwealth-Ländern immer noch irgendeine Form der ehelichen Ausnahmeregelung für Sexualstraftaten an.

In einigen Ländern und Territorien wird die Ehe als legaler Ausgleich oder als „Aufhebung" von Vergewaltigungstaten angesehen, weil sie den Tätern erlaubt, von ihnen vergewaltigte Frauen und Mädchen zu heiraten und dadurch jeglicher Strafe für ihr Verbrechen zu entgehen.

Heiratsgesetze und -praktiken, die Frauen unterordnen und ihnen die Handlungsfähigkeit absprechen, sind weit verbreitet und schwer zu unterbinden. Sie sind jedoch bei weitem nicht das einzige Mittel, mit dem patriarchalische Strukturen männliche Dominanz stärken und weibliche Sexualität einschränken.

Weibliche Genitalverstümmelung

Weibliche Genitalverstümmelung umfasst alle Eingriffe, die eine teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht-medizinischen Gründen betreffen.

Weibliche Genitalverstümmelung ist eine Verletzung der Menschenrechte von Frauen und Mädchen und eine extreme Form von Diskriminierung und Gewalt, die sich ausschließlich gegen Mädchen und Frauen richtet. Sie ist auch Teil umfassender patriarchalischer Praktiken, die in der Ungleichheit der Geschlechter wurzeln und darauf abzielen, die Sexualität von Frauen und Mädchen, ihre Körper und ihre sexuellen und reproduktiven Rechte zu kontrollieren.

Die Praktik verweigert Frauen und Mädchen ihr Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit, Freiheit von Gewalt, die bestmögliche Gesundheit, Freiheit von geschlechtsspezifischer Diskriminierung sowie Freiheit von Folter und grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung. Dennoch leben heute mehr als 200 Millionen Mädchen und Frauen mit den Folgen von weiblichen Genitalverstümmelung. Jahr für Jahr müssen mindestens vier Millionen Mädchen diese Prozedur über sich ergehen lassen.

Weibliche Genitalverstümmelung nimmt Frauen und Mädchen das Recht, selbstbestimmt über einen Eingriff zu entscheiden, der ihren Körper nachhaltig verändert und sie in ihrer Selbstbestimmung und ihrer Kontrolle über ihr Leben einschränkt. Die verheerenden körperlichen, sexuellen und emotionalen Folgen beeinträchtigen sie in vielen Lebensbereichen und in ihrem

allgemeinen Wohlbefinden. Vor allem aber beraubt weibliche Genitalverstümmelung Frauen und Mädchen der Möglichkeiten zur sexuellen Befriedigung und meist auch der Selbstbestimmung in Fragen ihrer Reproduktion.

Auch wenn Familien und Gemeinden kulturelle, religiöse und soziale Gründe für weibliche Genitalverstümmelung anführen, wird der Eingriff hauptsächlich mit der Notwendigkeit gerechtfertigt, das sexuelle Verlangen von Frauen zu reduzieren. Weibliche Genitalverstümmelung steht in direktem Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Machtverhältnissen und der sozialen Kontrolle über den Körper und die Sexualität von Frauen und Mädchen sowie mit ihrem Status in der Gesellschaft und dem Grad ihrer Souveränität.

Frauen, die in Gemeinschaften leben, in denen weibliche Genitalverstümmelung praktiziert wird, sind einem mächtigen patriarchalischen sozialen und wirtschaftlichen Regime unterworfen, das ihnen nur sehr wenige Wahlmöglichkeiten in Bezug auf ihren Lebensunterhalt bietet und damit kaum Chancen eröffnet, auch nur ein begrenztes Maß an Autonomie zu erringen. Die Unfähigkeit, selbstbestimmt zu leben, hat zur Folge, dass Frauen sich der Genitalverstümmelung ihrer Töchter und auch anderen sozialer Normen fügen. Sich in diese Normen einzufügen, kann für Frauen eine „Überlebensstrategie“ darstellen.

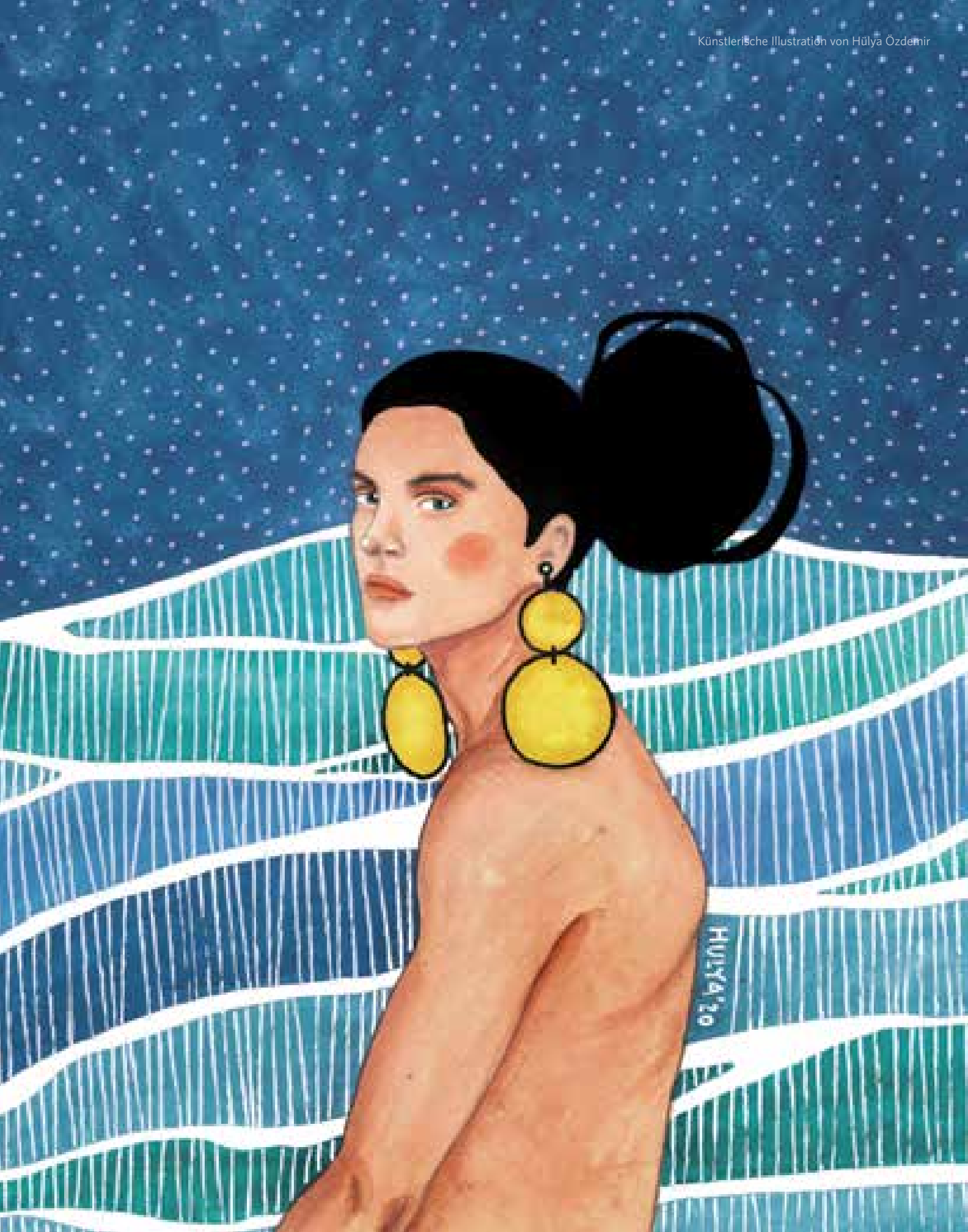
So entsagen einige Frauen im Austausch für soziale Integration, wirtschaftliches Überleben und andere Freiheiten ihrem körperlichen Selbstbestimmungsrecht oder unterstützen und praktizieren selbst weibliche Genitalverstümmelung, um gesellschaftlichen Einfluss zu erlangen.

Ohne die Kontrolle über den eigenen Körper gibt es keine Gleichstellung der Geschlechter

Zwangs- und Kinderehen, Vergewaltigung in der Ehe und weibliche Genitalverstümmelung sind einige der extremsten Beispiele für den Zusammenhang zwischen patriarchalen Normen und der Erosion des Selbstbestimmungsrechts von Frauen und Mädchen. Doch es gibt noch viele weitere Faktoren, die ihre Rechte untergraben. Dazu gehören etwa Rechts- und Wirtschaftssysteme, die Frauen ihre finanzielle Unabhängigkeit verweigern, oder patrilineare Vererbungstraditionen sowie Bildungssysteme, die Mädchen Wissen über ihren Körper und ihre Rechte vorenthalten.

Die vielen wirtschaftlichen, sozialen und institutionellen Hindernisse auf dem Weg zur vollen Gleichstellung der Geschlechter zu überwinden, ist eine komplexe und schwierige Aufgabe. Alle Fortschritte, die auf diesem Weg erzielt werden, sind von geringer Bedeutung, wenn das grundlegendste Recht verwehrt bleibt: das Recht, über den eigenen Körper zu bestimmen. Das macht auch die von weltweit 193 Ländern unterzeichnete Agenda 2030 der Vereinten Nationen mit ihren 17 nachhaltigen Entwicklungszielen (SDGs) deutlich. SDG 5 legt unmissverständlich fest, dass der universelle Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten eine Grundvoraussetzung für die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung von Frauen und Mädchen ist. Einer der Gradmesser für das Erreichen dieser Ziele ist der Anteil der Frauen, die ihre eigenen informierten Entscheidungen über ihre Sexualität und Reproduktion treffen können – mit anderen Worten, das Ausmaß, in dem Frauen ihren eigenen Körper kontrollieren.

Ayim weiß: Ebenso wie Mädchen und Frauen sind auch LGBTI-Personen eine marginalisierte Gruppe, wenn es um die Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Rechte geht (siehe Kapitel 4). Künstlerische Illustration von Naomi Vona; Foto: Privatbesitz von Ayim



Künstlerische Illustration von Hülya Özdemir

MEIN KÖRPER MEINE RECHTE

Internationale Verträge und Erklärungen untermauern das Recht auf körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit

Gibt es ein Recht auf Entscheidungsfreiheit bezüglich der eigenen Gesundheitsversorgung – einschließlich reproduktiver Gesundheit? Schließt dieses Recht auch Entscheidungen über Empfängnisverhütung mit ein? Hat eine Frau das Recht, Sex abzulehnen – oder zu genießen –, wann und mit wem auch immer sie möchte? In den internationalen Menschenrechtsabkommen werden diese Fragen mit einem klaren „Ja“ beantwortet.

Körperliche Autonomie ist ein Fundament der Menschenrechte. Dennoch wird sie nur selten als selbstständiges Recht formuliert. Vielmehr stellt der Begriff den Unterbau mehrerer in Verträgen und internationalen Übereinkommen festgeschriebenen Rechte dar oder wird als deren integraler Bestandteil begriffen.

Im Kontext von Sexualität und Reproduktion umfasst die körperliche Autonomie beziehungsweise Selbstbestimmung verschiedene Rechte, die es dem einzelnen Menschen ermöglichen, ohne Diskriminierung, Zwang und Gewalt informierte Entscheidungen im Bereich der persönlichen sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu treffen. Diese Rechte wurden erstmals 1994 im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo (ICPD) und in der Aktionsplattform der Vierten Weltfrauenkonferenz 1995 formuliert.

Je nach Vertrag oder Übereinkommen bezieht sich „Autonomie“ im Zusammenhang mit Sexualität, reproduktiver Gesundheit und Entscheidungsfreiheit auf den Zugang zu umfassender Sexualaufklärung, Informationen und Dienstleistungen

zur Empfängnisverhütung, die Gesundheitsversorgung für Mütter, Kinderwunschbehandlungen, Eingriffe zur Geschlechtsangleichung, wie zum Beispiel Hormonbehandlungen und Operationen, sowie auf eine umfassende Betreuung und Nachsorge bei einem Schwangerschaftsabbruch. Autonomie tangiert außerdem auch Personenstandsfragen, von der Eheschließung über die Scheidung bis hin zur Rechtsfähigkeit. Sie ist die Grundlage dafür, Entscheidungen über den eigenen Körper zu treffen und schließt die Freiheit ein, die eigene geschlechtliche Identität zum Ausdruck zu bringen.

Das Recht auf körperliche Autonomie geht mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit einher, das physisch an die Freiheit und Sicherheit der Person, die Freiheit von Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung sowie an die körperliche und seelische Unverletzlichkeit der Person gebunden ist. Im Kontext der Reproduktion und Sexualität stellen Praktiken wie weibliche Genitalverstümmelung, Jungfräulichkeitsprüfungen und unnötige rektale Untersuchungen, die als Strafmaßnahme durchgeführt werden, Verletzungen der körperlichen Unversehrtheit dar. Vergewaltigung – auch innerhalb der Ehe oder einer festen Beziehung – und andere Formen der geschlechtsspezifischen Gewalt zählen ebenfalls dazu.

Das Recht auf körperliche Autonomie und Unversehrtheit gewährt selbstbestimmte Entscheidungen über alles, was mit der eigenen Reproduktion und Sexualität zu tun hat. Staaten bekräftigen und regeln diese Rechte mittels politischer Leitlinien und Gesetze, die Rechtsfähigkeit definieren oder das Schutzalter für sexuelle Handlungen, Eheschließung oder den Zugang zu Dienstleistungen wie zum Beispiel Verhütungsmethoden festlegen.

Selbstbestimmungsrechte sind untereinander verknüpft und bedingen einander, unabhängig davon, wie sie formuliert werden. Ob als „Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit“ wie in der Europäischen Union, als „Recht auf Leben, körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit der Person“, wie es die Generalversammlung der Vereinten Nationen 2007 gefasst hat, oder als „Freiheit von Folter, grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung“, als „Recht auf Würde und Privatsphäre“ oder als „Recht auf Gesundheit“, wie es in zahlreichen Staatsverfassungen zum Ausdruck kommt.

Körperliche Selbstbestimmung und Entscheidungen über die eigene Reproduktion

Menschenrechte bekräftigen nachdrücklich das Recht auf alle Informationen und Mittel, die erforderlich sind, um Entscheidungen im Bereich von Schwangerschaft und Geburt zu treffen. Die Frauenrechtskonvention verlangt von den Vertragsstaaten, das Recht der Frau „auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den zur Ausübung dieser Rechte erforderlichen Informationen, Bildungseinrichtungen und Mitteln“ zu achten.

Die Behindertenrechtskonvention legt fest, dass das Recht, über die Anzahl der eigenen Kinder und die Geburtenabstände zu entscheiden, auch für Menschen mit Behinderungen gilt. Das Recht, über die Anzahl der Kinder und die Geburtenabstände zu entscheiden, wird auch in der Afrikanischen Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker anerkannt, und zwar in deren Zusatzprotokoll über die Rechte der Frauen in

Reproduktive Gesundheit und Rechte im ICPD-Aktionsprogramm von 1994

Reproduktive Gesundheit ist ein Zustand uneingeschränkten körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens – und nicht nur das Nichtvorhandensein von Krankheit oder Gebrechen – bei allen Aspekten, die mit den Fortpflanzungsorganen und ihren Funktionen und Prozessen verbunden sind. Reproduktive Gesundheit bedeutet deshalb, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl sowie zu anderen Methoden der Fertilitätsregulierung ihrer Wahl zu haben, die nicht gegen die rechtlichen Bestimmungen verstoßen, und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmöglichen Voraussetzungen schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen. Entsprechend der obigen Definition des Begriffs reproduktive Gesundheit ist die Pflege der reproduktiven Gesundheit als das Zusammenwirken von Methoden, Verfahren und Dienstleistungen definiert, die zur reproduktiven Gesundheit und zum Wohlbefinden durch Verhütung und Behebung von Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit beitragen. Sie schließt außerdem auch die sexuelle Gesundheit und damit die Verbesserung der Lebensqualität und der persönlichen Beziehungen mit ein und nicht nur Beratung und Betreuung bei der Fortpflanzung und bei sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten. […] Reproduktive Rechte umfassen bestimmte Menschenrechte, die bereits in nationalen Gesetzen anerkannt sind, internationale Menschenrechtsdokumente und andere Dokumente, über die Konsens herrscht. Diese Rechte beruhen auf der Anerkennung des Grundrechtes aller Paare und Individuen, frei und verantwortlich über die Anzahl, den Geburtenabstand und den Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder zu entscheiden und über die diesbezüglichen Informationen und Mittel zu verfügen, sowie des Rechts, den höchsten Standard der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu erreichen. Dies umfasst auch ihr Recht, frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt Entscheidungen über Fortpflanzung zu treffen, wie es in Menschenrechtsdokumenten niedergelegt ist.

Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

Schwangerschaftsabbruch und Körperliche Unversehrtheit und Autonomie

Die Vertragskontrollausschüsse der Vereinten Nationen, die die Umsetzung der menschenrechtlichen Verpflichtungen durch die Vertragsstaaten überwachen, haben die Staaten aufgerufen, ihre Gesetze zum Thema Schwangerschaftsabbruch so zu reformieren, dass die körperliche Unversehrtheit und Autonomie von Frauen geschützt wird. So erklärt beispielsweise der Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen, dass Gesetze den Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch gewähren müssen, wenn das Leben der Schwangeren gefährdet ist. Gesetze, die Frauen gegen ihren Wunsch verpflichten, eine Schwangerschaft auszutragen, wenn das Kind nicht lebensfähig ist, oder sie dazu treiben, ins Ausland zu reisen, um eine solche oder eine für sie selbst lebensbedrohliche Schwangerschaft zu beenden, stellen eine Verletzung mehrerer anerkannter Menschenrechte dar. Die Staaten müssen außerdem gewährleisten, dass die Durchführung legaler Schwangerschaftsabbrüche durch keinerlei Hürden erschwert wird.

Im ICPD-Aktionsprogramm wird darauf hingewiesen, dass über Maßnahmen oder Veränderungen in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch innerhalb des Gesundheitssystems nur entsprechend dem nationalen legislativen Prozess entschieden werden kann. An gleicher Stelle wird außerdem bekräftigt, dass legale Schwangerschaftsabbrüche stets ungefährlich sein sollten und dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch in jeden Fall eine hochwertige Behandlung erhalten sollten.

Inzwischen empfehlen immer mehr internationale, regionale und staatliche Menschenrechtsorgane und -gerichtshöfe, die Gesundheit und das Leben von Frauen auch dort zu fördern und zu schützen, wo der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch restriktiv geregelt ist. Mehr noch: Sie weisen die Staaten an, Schwangerschaftsabbrüche zu entkriminalisieren – sowohl für die Frauen, die sie in Anspruch nehmen, als auch für das medizinische Personal, das sie durchführt. Ziel ist, dadurch einer möglichen Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenzuwirken.

Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

Afrika, dem „Maputo-Protokoll“. Ähnliche Formulierungen finden sich auch im ICPD-Aktionsprogramm sowie in der Erklärung und Aktionsplattform der Vierten Weltfrauenkonferenz von Peking.

Körperliche Autonomie und Gesundheit

Eigene Entscheidungen zu treffen, Informationen zu suchen, zu erhalten und Dienstleistungen in Fragen der Reproduktion und Sexualität in Anspruch nehmen zu können – all dies fällt unter das Recht auf Gesundheit, wie es vom Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen formuliert wurde. Zugleich ist der Genuss der sexuellen und reproduktiven Gesundheit „unabdingbar für die Autonomie [der Frau]“ und „eng mit den bürgerlichen und politischen Rechten verknüpft, die die körperliche und seelische Unversehrtheit der Menschen und ihre Autonomie untermauern“.

Das Recht, „frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt freie und verantwortliche Entscheidungen in allen Angelegenheiten des eigenen Körpers und der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu treffen“, und das Recht auf „ungehinderten Zugang zum gesamten Spektrum an Gesundheitseinrichtungen, -produkten, -dienstleistungen und -informationen“, die ebenfalls vom Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen formuliert werden, sind daher zwei Seiten derselben Medaille. Der Ausschuss der Vereinten Nationen für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau fordert die Gesundheitsdienste auf, für ein stärkendes Umfeld zu sorgen, in dem Menschen selbstbestimmt Entscheidungen treffen können. Außerdem sollen die Vertragsstaaten von allen Gesundheitsdiensten verlangen, die Menschenrechte der Frau zu achten, einschließlich der Rechte auf Autonomie, Privatsphäre, Vertraulichkeit, Erteilung einer Einverständniserklärung und Entscheidungsfreiheit.

Körperliche Autonomie und Privatsphäre

Ein weiterer Aspekt des Rechts auf körperliche Autonomie ist die Freiheit, selbstbestimmt über das eigene Privat- und Familienleben entscheiden zu können. So heißt es beispielsweise im Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (Zivilpakt): „Niemand darf willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, seine Wohnung und seinen Schriftverkehr oder rechtswidrigen Beeinträchtigungen seiner Ehre und seines Rufes ausgesetzt werden.“

Ähnliche Formulierungen zum Recht auf Privatsphäre finden sich auch in anderen internationalen und regionalen Menschenrechtsabkommen, insbesondere in der Kinderrechtskonvention, der Amerikanischen Konvention über Menschenrechte, der Europäischen Menschenrechtskonvention, der Afrikanischen Charta über die Rechte und das Wohlergehen des Kindes und weiteren Abkommen.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte und der Interamerikanische Gerichtshof für Menschenrechte haben die Verträge jeweils ähnlich ausgelegt und betont, dass „das Konzept der persönlichen Autonomie ein wichtiges Prinzip darstellt, das der Interpretation der Garantien gemäß Artikel 8 [der Europäischen Menschenrechtskonvention über das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens; Anm. d. Übersetzerin] zugrunde liegt“.

Rechte und Kinder-Wunschbehandlung

Einen Kinderwunsch zu behandeln, ist Bestandteil der reproduktiven Gesundheitsversorgung und beinhaltet verschiedene Methoden, zu denen auch die In-vitro-Fertilisation gehört. Gemäß den internationalen Menschenrechten müssen sämtliche Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung für alle Menschen gleichberechtigt und ohne jede Diskriminierung verfügbar und zugänglich sein. Mehrere Vertragskontrollausschüsse haben daraus den Schluss gezogen, dass die In-vitro-Fertilisation, soweit sie in einem Staat verfügbar ist, weder ungerechtfertigt eingeschränkt noch in einer Art und Weise angeboten werden darf, dass dadurch andere Menschenrechte verletzt werden.

Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

In den USA formulierten Samuel Warren und Louis Brandeis vor mehr als einem Jahrhundert ein Recht auf Privatsphäre als das „Recht, in Ruhe gelassen zu werden“. Seitdem wurde die Privatsphäre in den USA und anderswo sehr viel weitgreifender definiert und umfasst nun auch Entscheidungen über sexuelle und reproduktive Gesundheit einschließlich Informationen und Dienstleistungen zur Empfängnisverhütung, Zugang zu Schwangerschaftsabbruch und Kinderwunschbehandlung, sexuelle Beziehungen, sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität. Internationale, regionale und nationale Gerichtshöfe haben festgestellt, dass das Recht auf Privatsphäre die staatliche Einmischung in das private und einvernehmliche sexuelle und reproduktive Verhalten Erwachsener verbietet.

Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung der Geschlechter

Autonomie und die Freiheit, Entscheidungen ohne jede Diskriminierung treffen zu können, sind für die Menschenrechte von zentraler Bedeutung.

Diskriminierungsfreiheit und Gleichbehandlung bedeuten, dass ein Staat in seinen Gesetzen und seiner Politik keinerlei Unterscheidungen aufgrund von Merkmalen wie beispielsweise Geschlecht, Alter, Hautfarbe, ethnische Zugehörigkeit, Ausdruck der Geschlechtsidentität, Religion, Nationalität, Familienstand, Gesundheit oder Behinderungen vornehmen darf. Diskriminierung aufgrund des Geschlechts umfasst beispielsweise nicht mehr nur physiologische Merkmale, sondern auch das soziale Konstrukt der Geschlechterstereotype, Vorurteile und Rollenerwartungen. Die Benachteiligung von Jugendlichen beim Zugang zu Informationen und Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven

Gesundheit ist ein Beispiel für Diskriminierung aufgrund des Alters.

Frauen und Mädchen wird das Recht auf selbstbestimmte Entscheidungen häufig deshalb verweigert, weil die Ansichten von Männern und Eltern aufgrund klischeehafter sozialer und kultureller Überzeugungen höher bewertet werden als die der Frauen und Mädchen selbst. Gemäß den internationalen Menschenrechten gelten solche Überzeugungen als Geschlechterstereotype, die mit schädlichen Praktiken einhergehen. Dazu gehören weibliche Genitalverstümmelung, Vergewaltigung in der Ehe und zum Zweck der „Heilung" (von einer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität), Frühverheiratung, Zwangsverheiratung und erzwungene Schwangerschaft.

Derartige Überzeugungen führen außerdem zum Ausschluss von umfassender Sexualaufklärung, der Verweigerung von Informationen und Dienstleistungen zur Empfängnisverhütung und zu erzwungenen Schwangerschaftsabbrüchen sowie zu Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität. All diese mit Zwang und Gewalt verbundenen Praktiken beruhen auf heteronormativen gesellschaftlichen Überzeugungen und

DIE BENACHTEILIGUNG VON JUGENDLICHEN ... IST EIN BEISPIEL FÜR DISKRIMINIERUNG AUFGRUND DES ALTERS.

Künstlerische Illustration von Hülya Özdemir

dem Versuch, die Sexualität und Reproduktion der Frau zu kontrollieren und dem Mann zu unterwerfen.

Gemäß der Frauenrechtskonvention sollen die Vertragsstaaten alle geeigneten Maßnahmen treffen, „um einen Wandel in den sozialen und kulturellen Verhaltensmustern von Mann und Frau zu bewirken, um so zur Beseitigung von Vorurteilen sowie von herkömmlichen und allen sonstigen auf der Vorstellung von der Unterlegenheit oder Überlegenheit des einen oder anderen Geschlechts oder der stereotypen Rollenverteilung von Mann und Frau beruhenden Praktiken zu gelangen."

Wenn Staaten entgegen einer internationalen Übereinkunft handeln, muss es dafür einen legitimen Grund geben und alle relevanten Rechte müssen gegeneinander abgewogen werden. Ein anschauliches Beispiel für diese Vorgehensweise ist das allgemeine Prinzip des „Kindeswohls" in der Kinderrechtskonvention. Die Kinderrechtskonvention verlangt, dass Eltern ihre Kinder gemäß ihren sich entwickelnden Fähigkeiten in alle das Kind berührende Entscheidungen mit einbeziehen und eines Tages, wenn die Kinder reif genug sind, aufhören, deren Entscheidungen zu kontrollieren. Ein Beispiel dafür ist die veränderte Einstellung zu intersexuellen Kindern: In der Vergangenheit herrschte überwiegend Konsens, dass sie nach der Geburt unverzüglich operiert werden sollten, um ihre Genitalien dem einen oder dem anderen Geschlecht anzugleichen. Diese Einstellung hat sich nun weitestgehend dahingehend verändert, dass man abwarten sollte, bis die Kinder selbst entscheiden können, ob sie sich operieren lassen wollen oder nicht. Ohne die informierte Zustimmung des intersexuellen Kindes gelten derartige Operationen inzwischen als Verletzung der körperlichen Unversehrtheit, gleichbedeutend mit Folter.

DIE RECHTE AUF KÖRPERLICHE AUTONOMIE UND UNVERSEHRTHEIT SIND IN DEN MENSCHENRECHTEN FORMELL ANERKANNT.

Ganz ähnlich hat sich auch die kategorische Verweigerung der sexuellen und reproduktiven Wünsche und der Entscheidungsfreiheit von Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen gewandelt. Die Entscheidungsbefugnis wurde in Form der „Stellvertreterentscheidung" an Eltern, Vormünder und Einrichtungen übertragen. Inzwischen lautet der Standard „unterstützte Entscheidung", was bedeutet, dass alle Anstrengungen unternommen werden, die betreffenden Personen bestmöglich aufzuklären, ihren Willen zu ergründen und sie darin zu unterstützen, diesen umzusetzen.

Körperliche Unversehrtheit

Grundsätzlich unterbindet das Recht auf körperliche Unversehrtheit Eingriffe des Staates oder Dritter in den Körper einer Person ohne deren freiwillige und informierte Zustimmung. Die Grundlage für eine informierte Zustimmung ergibt sich aus Artikel 7 des Zivilpakts: „Niemand darf

der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden." Dieser Gedanke wurde in weiteren Menschenrechtsabkommen aufgegriffen, unter anderem in der Behindertenrechtskonvention, in der Kinderrechtskonvention und im Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Auch in anderen Menschenrechtsinstrumenten wird das Recht auf körperliche Unversehrtheit formell anerkannt. So heißt es etwa in der Behindertenrechtskonvention: „Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit." Mehrere regionale Menschenrechtsabkommen erkennen das Recht auf körperliche Unversehrtheit entweder als selbstständiges Recht oder als Bestandteil des Schutzes vor unmenschlicher Behandlung an, so zum Beispiel die Banjul-Charta der Afrikanischen Union, das Maputo-Protokoll der Afrikanischen Union und die Amerikanische Konvention über Menschenrechte.

Verpflichtungen der Vertragsstaaten

Die Rechte auf körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit sind in den internationalen Menschenrechten anerkannt und betreffen viele Angelegenheiten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Aber was bedeuten diese Rechte für die Frage, was eine Regierung für die Menschen, denen sie dient, tun kann, tun muss oder was sie nicht tun darf?

Die Regierungen kommen ihren menschenrechtlichen Verpflichtungen in erster Linie mittels Gesetzgebung, Politik und Zuweisung von Haushaltsmitteln nach. Einige Maßnahmen für die Achtung, den Schutz und die Verwirklichung von Rechten können sie unmittelbar ergreifen, andere können nach und nach umgesetzt werden.

Hindernisse für persönliche Entscheidungen beseitigen

Zur Wahrung der Rechte auf körperliche Autonomie und Unversehrtheit müssen Staaten gewährleisten, dass die Freiheit einer Person, selbstbestimmt über die eigene Reproduktion und Sexualität zu entscheiden, durch Gesetze, Richtlinien und Programme nicht beeinträchtigt wird. Das bedeutet, dass Hindernisse, die den Zugang zu umfassenden Dienstleistungen, Produkten, Aufklärung und Informationen für sexuelle und reproduktive Gesundheit erschweren, beseitigt werden müssen.

Gesetze, Leitlinien und Programme müssen die verschiedenen Bedürfnisse und die besondere Angreifbarkeit von Frauen, Kindern, LGBTI-Personen, Migrant*innen, ethnischen Minderheiten und anderen vulnerablen Gruppen berücksichtigen und sicherstellen, dass sich Schutzmaßnahmen für eine Gruppe nicht zum Nachteil anderer auswirken.

Der Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen hat angemerkt, dass die Kriminalisierung von Empfängnisverhütung, umfassender Sexualaufklärung, Schwangerschaftsabbrüchen und dem Zugang zu Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit die Rechte auf körperliche Autonomie und Unversehrtheit verletzt. Auch Gesetze, die (bei Kindern unter Berücksichtigung ihrer sich entwickelnden Fähigkeiten) eine Genehmigung oder Zustimmung durch Dritte erforderlich machen, stellen eine Menschenrechtsverletzung dar.

Vertragsstaaten, die zulassen, dass Menschen durch Dritte – seien es Eltern, Ehepartner*innen oder andere – daran gehindert werden, selbstbestimmt über ihren Körper, ihre Reproduktion und ihr Sexualleben zu entscheiden, wurden von den Kontrollausschüssen der Menschenrechtsabkommen dafür ebenfalls kritisiert.

Menschenrechtsverträge und -übereinkommen verlangen von den Vertragsstaaten, sich aus einvernehmlichen und privaten sexuellen Handlungen zwischen Erwachsenen herauszuhalten. Auch Gesetze, die Schwangerschaftsabbrüche, das Verschweigen des HIV-Status oder einer Transgender-Identität bzw. das Ausleben derselben kriminalisieren, kollidieren mit den Rechten auf körperliche Autonomie und Unversehrtheit.

Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

Der Ausschuss der Vereinten Nationen für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte erklärt, dass die Regierungen ihren menschenrechtlichen Verpflichtungen nachkommen können, indem sie in ihren Gesetzen und Leitlinien den Zugang aller Menschen zu erschwinglichen, sicheren und wirksamen Verhütungsmitteln und umfassender Sexualaufklärung gewährleisten, restriktive Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch liberalisieren, für Frauen und Mädchen einen sicheren Schwangerschaftsabbruch samt einer Nachsorgebetreuung von guter Qualität garantieren und das Recht der Frau auf selbstbestimmte Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit achten.

Die Rechte von Jugendlichen schützen

Über präzise Informationen über den eigenen Körper und die eigene Gesundheit zu verfügen und zu verstehen, was diese bedeuten, ist eine unverzichtbare Voraussetzung für körperliche Selbstbestimmung. Es muss gewährleistet sein, dass Jugendliche ungeachtet ihres Familienstands und der Zustimmung ihrer Eltern oder ihres Vormunds sowie unter Beachtung ihrer Privatsphäre und der Vertraulichkeit Zugang zu diesen Informationen erhalten.

Manche Staaten haben die Frühverheiratung von Kindern und Sex mit Kindern unter 18 Jahren unter Strafe gestellt, um vulnerable Bevölkerungsgruppen vor Ausbeutung und Schaden zu schützen. Menschenrechtsanwält*innen sind allerdings generell skeptisch, was strafrechtliche Verbote betrifft, auch wenn diesen eine wichtige Symbolkraft zukommt. Denn bestimmte Gruppen, die ohnehin

schon marginalisiert sind und über vergleichsweise wenig Macht und Alternativen verfügen, werden durch solche Verbote unverhältnismäßig stark in Mitleidenschaft gezogen. Die Anwält*innen empfehlen stattdessen, jenen Missständen entgegenzuwirken, die die solche Personen und Gruppen überhaupt erst anfällig für Ausbeutung machen. Dazu gehört zum Beispiel, jungen Frauen wirtschaftliche Chancen zu verschaffen.

Systeme zur Beseitigung von Menschenrechtsverletzungen etablieren

Der Schutz der Rechte auf körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit erfordert ein funktionierendes System zur Eliminierung von Rechtsverletzungen. Dazu sind Gesetze, Richtlinien und Programme nötig, die Verletzungen des Rechts aller Menschen, selbstbestimmt und frei von Gewalt, Zwang und Diskriminierung über alle Angelegenheiten ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu entscheiden, verhindern, bekämpfen und beheben.

Dagegen müssen Vorschriften, die den Zugang zu Dienstleistungen und Informationen von der Genehmigung Dritter abhängig machen, abgeschafft werden. Auch die Verweigerung von Dienstleistungen durch medizinisches Personal „aus Gewissensgründen“ muss beendet werden und betroffene Patient*innen sind an Gesundheitsdienste zu überweisen, die in der Lage und willens sind, die gewünschten Dienstleistungen zu erbringen.

Menschenrechtskonform sind Gesetze, die gleichen Schutz garantieren für alle, die ihre Rechte auf körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit wahrnehmen wollen. Doch überall auf der Welt gibt es Beispiele dafür, dass dies nicht der Fall ist: So sind beispielsweise Diskriminierung und Gewalt gegen Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität gut dokumentiert und gehen sowohl von staatlichen als auch von nichtstaatlichen Akteuren aus.

Ebenso erleben Frauen und Mädchen häufiger geschlechtsspezifische Gewalt und Benachteiligung durch Justiz und Polizei – insbesondere wenn sie etwa aufgrund von Behinderungen oder als Angehörige ethnischer oder religiöser Minderheiten ohnehin schon mehrfach diskriminiert werden. Die Straflosigkeit für Täter nach sexualisierter und geschlechtsspezifischer Gewalt, Vergewaltigung in der Ehe und Vergewaltigung von Personen zum Zweck der „Heilung“ ihrer geschlechtlichen Identität sind weitere himmelschreiende Beispiele für den ungleichen Schutz durch das Gesetz.

Rechte auf körperliche Autonomie und Unversehrtheit für alle Menschen verwirklichen

Um die Rechte auf körperliche Autonomie und Unversehrtheit zu verwirklichen, müssen die Regierungen dafür sorgen, dass Informationen, Dienstleistungen und Methoden für sexuelle und reproduktive Gesundheit in guter Qualität verfügbar und zugänglich sind. Dies beinhaltet auch Dienstleistungen und Informationen, die Entscheidungen über Familienplanung (Empfängnisverhütung, Kinderwunschbehandlung, Gesundheitsversorgung von Müttern, sicherer Schwangerschaftsabbruch) und sexuelle Gesundheit (Prävention sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten einschließlich HIV, umfassende Sexualaufklärung, Behandlung sexueller Funktionsstörungen, Prävention sexualisierter Gewalt und Betreuung der Betroffenen) sowie eine gendersensible Gesundheitsversorgung unterstützen.

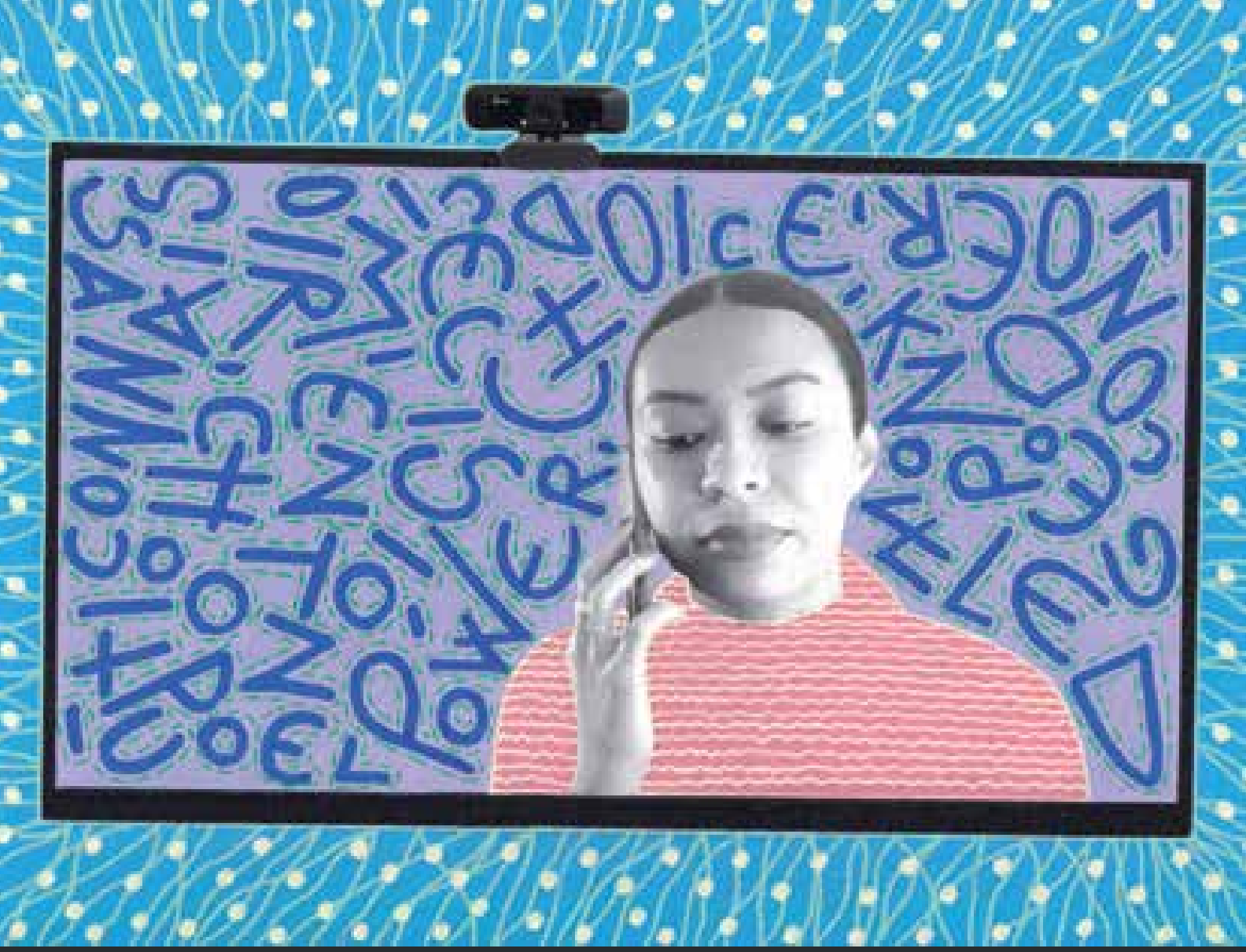
Die Sprache des Übergriffs

In den Jahren, als sie in den USA als Anwältin tätig war, hat sich Leidy Londono an die Sprache der Erschütterung, der Angst und der Scham gewöhnt, die zum Ausdruck kommt, wenn sich Menschen mit den Nachwirkungen von sexualisierter Gewalt auseinandersetzen müssen. Und sie hat zugehört, wie Menschen versuchten, eine bestimmte Form von sexualisierter Gewalt in Worte zu fassen – ein allgegenwärtiges Phänomen, das dennoch kaum verstanden wird, nicht einmal von den Betroffenen selbst oder den Täter*innen: die reproduktive Nötigung.

„Dabei geht es unter anderem um Verhaltensweisen, die einem Lebenspartner oder einer anderen Person dazu dienen, in einer Beziehung Macht und Kontrolle in Fragen der reproduktiven Gesundheit auszuüben", erklärt Londono, die Betroffene von Gewaltbeziehungen in Krankenhäuser begleitet und eine telefonische Beratungsstelle betrieben hat. Heute arbeitet sie als Beraterin und Programmverantwortliche bei der Organisation Planned Parenthood in Washington, D. C. „Das kann viele verschiedene Formen annehmen. Es gibt eindeutige Versuche, eine Partnerin gegen ihren Willen zu schwängern. Manchmal wird eine Partnerin zu ungeschütztem Sex gezwungen. Und es gibt direkte und indirekte Einmischungen, aber auch Lügen und Täuschungen, was bestimmte Verhütungsmethoden betrifft."

Die Betroffenen verfügen über keine gemeinsame Sprache, die das konkrete Gefühl beschreiben könnte, dass sie Opfer eines Übergriffs geworden sind, in dem ihnen die Selbstbestimmung über ihre Fertilität oder sexuelle Gesundheit verweigert wurde. Dabei ist egal, ob sie einem Sexualkontakt zugestimmt haben oder nicht. Da ihnen die richtigen Worte für diese Erfahrung fehlen, sprechen sie häufig nur über ihre Bestürzung und Selbstvorwürfe. Londono erinnert sich an eine junge Frau, die entdeckte, dass ihr Partner

„Da ist etwas Universelles im Spiel und das ist der männliche Anspruch, ihre Partnerinnen zu kontrollieren."



Leidy Londono hat Betroffene von sexualisierter Gewalt über Hotlines, Chats und in persönlichen Gesprächen unterstützt und mit Informationen versorgt. Künstlerische Illustration von Naomi Vona; Foto: © UNFPA/R. Zerzan

beim einvernehmlichen Sex heimlich das Kondom abgestreift hatte – eine Praktik, die unter der Bezeichnung Stealthing bekannt ist. „Ihre erste Reaktion war: ‚Übertreibe ich jetzt?'"

Der Begriff der reproduktiven Nötigung ist relativ neu. Die meisten Studien zu diesem Thema wurden in den letzten 20 Jahren durchgeführt, häufig in den USA, wo die Prävalenz der reproduktiven Nötigung auf 15 bis 25 Prozent geschätzt wird. Neuere Untersuchungen zeigen jedoch, dass diese überall auf der Welt weit verbreitet ist und nicht nur von den Lebenspartner*innen, sondern auch von Familien und dem weiteren sozialen Umfeld ausgeht. Zuweilen wird sie sogar durch das Gesundheitswesen unterstützt. Zum Beispiel, wenn Regelungen vorschreiben, dass eine Frau, die Verhütungsmittel einsetzen will, ihren Ehemann um Erlaubnis bitten muss.

Bei alledem gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen reproduktiver Nötigung und Gewalt. Jay Silverman, Professor an der San Diego School of Medicine der University of California, arbeitete zu Beginn seiner Berufslaufbahn mit Männern und Jungen, die in ihrer Partnerschaft gewalttätig waren. Seitdem forscht er über reproduktive Nötigung in Bangladesch, Indien, Kenia, Niger und den USA. Die tiefere Ursache dieser Menschenrechtsverletzung sei die Ungleichheit der Geschlechter, sagt Silverman, auch wenn die reproduktive Nötigung zuweilen von weiblichen Familienangehörigen ausgehe.

„Da ist etwas Universelles im Spiel", erklärt er, „und das ist der männliche Anspruch, ihre Partnerinnen zu kontrollieren [...] Meiner Meinung nach ist dieses Gefühl der Männer, der Anspruch auf diese Kontrolle in den meisten unserer Gesellschaften allgegenwärtig."

Auch wenn die Frauen keine Worte haben, um die reproduktive Nötigung zu beschreiben, erklärt Silverman: „So glaube ich doch, dass sich Menschen von Natur aus dagegen wehren, kontrolliert zu werden [...]. Überall auf der Welt haben Frauen viele unterschiedliche Bewältigungsstrategien entwickelt, um eine reproduktive Nötigung zu verarbeiten, unter anderem unterstützen sie sich gegenseitig in Frauengruppen. Das passiert ganz von selbst, überall. Das war schon immer so, sei es eine Nachbarin oder eine Familienangehörige, die deine Antibabypillen versteckt oder dich in eine Klinik bringt." Wo in Kliniken Handzettel oder Broschüren über reproduktive Nötigung, Gewalt in der Beziehung und Hilfsangebote verteilt werden, nehmen die Frauen sie oft stapelweise mit und geben diese Informationen an andere Frauen weiter.

Eine wichtige Aufgabe bei der Bekämpfung von reproduktiver Nötigung kommt den Gesundheitsdiensten zu, die häufig in einer Zwickmühle stecken: Sie sollen die Männer in Fragen der reproduktiven Gesundheit mit einbinden, ohne ihnen die alleinige Entscheidungsmacht zu überlassen. „Die Idealvorstellung, Männer in Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Gesundheit von Müttern und Kindern mit einzubeziehen, ist weltweit ein wichtiges Anliegen geworden", sagt Silverman. Durch die vermehrte Einbeziehung von Männern hat sich die Nutzung von Methoden der Familienplanung und Empfängnisverhütung erhöht, zugleich hat sich die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen verbessert. Aber wenn Männer die reproduktiven Entscheidungen ihrer Partnerin kontrollieren wollen, „dann ist die Einbeziehung der Männer offensichtlich schädigend".

Und auch Männer – überhaupt alle Menschen jeden Geschlechts und mit jeder sexuellen Orientierung – können Opfer reproduktiver Nötigung werden. „Jeder Mensch kann es mit reproduktiver Nötigung zu tun bekommen", sagt Londono. „Frauen, die marginalisierten Bevölkerungsgruppen angehören, werden unverhältnismäßig häufig Opfer von Gewalt, und diese schließt die reproduktive Nötigung mit ein [...] aber das entkräftet nicht die Tatsache, dass ich mit kleinen Jungen und jungen Männern – Männern ganz allgemein – gesprochen habe, die versuchen, ihren eigenen Erfahrungen auf die Spur zu kommen, sie in Worte zu fassen und zu verstehen, was da eigentlich passiert ist."

Insbesondere Politiker*innen müssen die Sprache der reproduktiven Nötigung fließend beherrschen. „Wenn unsere Gesetze und Leitlinien vage sind und unsere Sprache nicht eindeutig ist, dann ist das für die Betroffenen nicht hilfreich", sagt Londono.

Wie der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen ausgeführt hat, müssen Dienstleistungen und Informationen

- verfügbar, d. h. in ausreichender Menge vorhanden sein;
- zugänglich, d. h. für alle erreichbar und erschwinglich sein;
- annehmbar, d. h. geschlechts-, kultur- und altersensibel sein und die medizinische Ethik achten;
- von guter Qualität sein, d. h. wissenschaftlichen und medizinischen Standards der Gesundheitsversorgung entsprechen und die Menschenrechte wahren.

Das Vorhandensein der nötigen Mittel und Wege, um die mit der körperlichen Autonomie und Unversehrtheit verknüpften Rechte mittels Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit wahrnehmen zu können, ist untrennbar damit verbunden, dass diese Rechte überhaupt anerkannt werden. Nach Auffassung des Menschenrechtsrats der Vereinten Nationen müssen Gesundheitseinrichtungen Patient*innen als Rechteinhaber*innen darin bestärken, ihre Autonomie geltend zu machen, aussagefähig zu sein und aktiv in allen sie betreffenden Angelegenheiten mitzureden. Bei Bedarf muss angemessene Unterstützung angeboten werden, damit sie selbstbestimmte Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit, einschließlich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, und ihrer Behandlung treffen können.

Die international anerkannten Menschenrechte auf körperliche Autonomie und Unversehrtheit gewährleisten, dass alle Menschen selbstbestimmt über das eigene Sexualleben und die eigene Reproduktion entscheiden und über die nötigen Mittel dazu verfügen müssen. Um solche Entscheidungen ohne Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu ermöglichen, müssen die Staaten umfassende, altersgerechte und kulturell angemessene Informationen über Sexualität und Reproduktion sowie die nötigen, qualitativ hochwertigen Produkte und Dienstleistungen bereitstellen.

Doch haben viele Staaten noch einen weiten Weg vor sich, wenn sie gewährleisten wollen, dass alle Menschen selbstbestimmt über Gesundheitsversorgung, Empfängnisverhütung und Sex – und viele weitere Dimensionen der körperlichen Autonomie – entscheiden können.

Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

Künstlerische Illustration von Tyler Spangler

GESETZE, DIE STÄRKEN, UND GESETZE, DIE KONTROLLIEREN

Ein Blick darauf, wie Gesetze und Vorschriften die körperliche Selbstbestimmung beeinflussen

In jedem Land gibt es Gesetze, die körperliche Autonomie schützen oder untergraben.

Gesetze können dazu beitragen, körperliche Selbstbestimmung zu fördern, indem sie zum Beispiel allen Menschen Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit garantieren, Schulen zu umfassender Sexualaufklärung verpflichten und bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten verlangen, dass Patient*innen eine informierte Zustimmung abgeben.

Staaten können Gesetze aber auch einsetzen, um den Körper von Menschen zu kontrollieren, etwa indem sie den Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten für Jugendliche begrenzen oder gleichgeschlechtliche Beziehungen verbieten. Auch Gesetze, die schlecht oder unklar formuliert sind, können die körperliche Selbstbestimmung beeinträchtigen – wenn auch unbeabsichtigt.

In einigen Ländern verlangen Gesetze immer noch, dass verheiratete Frauen ihren Ehemännern gehorchen. Sie machen häusliche Gewalt immer noch nicht zu einem Straftatbestand. Sie behandeln Scheidungen immer noch so, dass sie Männern mehr Rechte einräumen. Und sie stellen Vergewaltigung in der Ehe immer noch nicht unter Strafe. Weltweit schränken über 30 Länder das Recht von Frauen ein, sich frei außerhalb des Hauses zu bewegen.

Gesetze sind die vorrangigen Instrumente, mit denen Staaten ihre Verpflichtungen aus internationalen Menschenrechtsgesetzen erfüllen. Doch damit diese Rechte wirksam werden, müssen Regierungen über den Erlass von Gesetzen hinausgehen und Maßnahmen ergreifen, die spürbare Veränderungen bewirken.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Länder der Welt aufgefordert, gesetzliche und regulatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten verbessern und unnötige Einschränkungen beseitigen, die Frauen daran hindern, ihr Recht auf körperliche Selbstbestimmung auszuüben.

Zu verstehen, wie sich nationale rechtliche Rahmenbedingungen auf körperliche Selbstbestimmung auswirken – wo sie unterstützend wirken und wo Gesetzesreformen erforderlich sind, ist ein wichtiger Ausgangspunkt für Veränderungen. Manchmal werden Gesetze geändert, um die Entwicklung der öffentlichen Meinung widerzuspiegeln. Manchmal aber geht eine Gesetzesänderung auch einem Wandel der gesellschaftlichen Gesinnung voraus. In diesem Fall können erhebliche Anstrengungen erforderlich werden, damit das Gesetz allgemein akzeptiert und umgesetzt wird. Ist ein Gesetz erlassen, kann es Jahre dauern, bis seine beabsichtigte Wirkung eintritt – je nach politischem Willen oder dem Engagement, mit dem es um- und durchgesetzt wird. Möglicherweise müssen auch weitere Richtlinien formuliert werden, die das Gesetz konkretisieren, ihm ein Budget zuweisen oder Verantwortlichkeiten regeln.

Widersprüchliche Gesetze

Individuelle Gesetze oder spezifische Maßnahmen können nicht isoliert vom gesamten rechtlichen und politischen Rahmen eines Landes betrachtet werden. So gibt es in vielen Ländern Gesetze über das Schutzalter für sexuelle Handlungen, die im Widerspruch zu Gesetzen zum Mindestalter für den Zugang zu Informationen und Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit stehen. Das hat zur Folge, dass Jugendliche nach dem Gesetz Sex haben können, noch bevor sie das Recht auf Zugang zu Informationen oder Dienstleistungen im Hinblick auf Safer-Sex-Praktiken oder Verhütung erhalten.

Auch da, wo die entsprechenden Gesetze einander nicht widersprechen, können Unklarheiten Probleme bereiten. Was soll das Gesundheitspersonal in Fällen tun, in denen es unsicher in Bezug auf seine rechtlichen Pflichten oder die aus einer bestimmten Handlung entstehenden strafrechtlichen Konsequenzen ist? Sind Schwangerschaftsabbrüche in einem Land etwa unter bestimmten Umständen legal, kann es dennoch sein, dass der Eingriff aus Angst vor möglicher Strafverfolgung verweigert wird. Richtlinien und Grundsätze der Gesundheitssysteme können in einer eher konservativen Auslegung des Gesetzes gründen. So wird die Nachsorge nach einem Schwangerschaftsabbruch, auf die sich 179 Regierungen auf der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD)

1994 geeinigt haben und die unabhängig vom rechtlichen Status des Abbruchs zur Verfügung stehen sollte, vielerorts noch immer nicht angeboten. Oftmals wird sie auch von Gesundheitspersonal verweigert, weil diese eine strafrechtliche Verfolgung oder Stigmatisierung fürchten, wenn sie Frauen und Mädchen behandeln, die einen illegalen Schwangerschaftsabbruch hinter sich haben.

Strukturelle Hindernisse

Auf struktureller Ebene sind angemessene Budgets entscheidend, damit sich Gesetze als wirksam erweisen. In Mexiko zum Beispiel wurde ein Gesetz erlassen, das den Zugang zu Verhütungsmitteln für alle Menschen unabhängig von Alter und Familienstand vorsieht. Dennoch blieben die Fertilitätsraten bei Jugendlichen hoch, insbesondere bei der ärmeren Bevölkerung. Daraufhin untersuchten mehrere zivilgesellschaftliche Organisationen die Budgets und Ausgaben für sexuelle und reproduktive Gesundheitsdienste auf regionaler und nationaler Ebene und identifizierten Engpässe und Ineffizienzen bei der Bereitstellung von Mitteln für lokale Programme. Die Analyse führte zu einer besseren Zweckbindung der Mittel, sodass sie nun auch ärmere Gemeinden erreichen, in denen mehr Informationen und Dienste zur Empfängnisverhütung für Jugendliche benötigt wurden.

Um sicherzustellen, dass die Gesundheitssysteme auch in der Lage sind, ein Gesetz vollständig umzusetzen, können weitere Maßnahmen erforderlich sein. Dazu gehört, medizinische Leitlinien für die

Künstlerische Illustration von Tyler Spangler

Leistungserbringung zu erstellen, das Gesundheitspersonal zum Inhalt des Gesetzes und dessen Auswirkungen auf seine Arbeit zu schulen und Logistik- und Beschaffungssysteme zu stärken, um einen zuverlässigen Zugang zu geeigneten Medikamenten und Ausstattung zu gewährleisten. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass Informationssysteme Daten über die Inanspruchnahme, Qualität und Wirkung von Leistungen erfassen und es müssen Mechanismen zur Finanzierung des Gesundheitswesens installiert werden, die Leistungen erschwinglich machen. Zudem muss die Akzeptanz und Qualität der erbrachten Leistungen überwacht werden.

Auch gesellschaftliche Faktoren, einschließlich Religion und Geschlechterrollen, können beeinflussen, in welchem Ausmaß Gesetze um- und durchgesetzt werden. In Gesellschaften, in denen Sex vor der Ehe als inakzeptabel gilt, besteht die Gefahr, dass Gesetze, die Jugendlichen den Zugang zu Verhütungsmitteln ermöglichen, nicht zu dem gewünschten Ergebnis führen. Einfach weil das Stigma um Sex im Teenageralter zu groß ist.

Selbst wenn es unterstützende Gesetze gibt, können Menschen von anderer Seite darin beeinträchtigt werden, ihre körperliche Autonomie auszuleben oder Zugang zu geeigneten Gesundheitsdiensten zu erhalten: Etwa wenn Menschen mit unmittelbaren Herausforderungen wie Hunger, Armut oder schwierigen Lebenssituationen konfrontiert sind, Dienstleistungen unerschwinglich sind, keine Kinderbetreuung verfügbar ist oder Ehemänner oder Verwandte sich in Entscheidungen über Gesundheitsversorgung oder Verhütung einmischen.

Strukturelle Faktoren, die Armut aufrechterhalten oder verschlimmern, den Zugang zu Bildung oder beruflicher Beschäftigung erschweren und zu Diskriminierung aufgrund von Alter, Hautfarbe, ethnischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität zur Folge haben, müssen von politischen Entscheidungsträger*innen erkannt und angegangen werden. Sonst bleibt die positive Wirkung, die durch Gesetze erzielt werden soll, aufgrund dieser strukturellen Faktoren aus. Selbst in Ländern, in denen Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit per Gesetz für alle zugänglich sind, kann es vorkommen, dass Menschen mit HIV, Sexarbeiter*innen, Männern, die Sex mit Männern haben oder Transgender-Personen der Zugang zu Gesundheitsdiensten verweigert wird. Darüber hinaus kann es sein, dass Einzelpersonen die entsprechenden Gesetze nicht kennen oder sie als zu abstrakt empfinden, um sie im täglichen Leben anzuwenden.

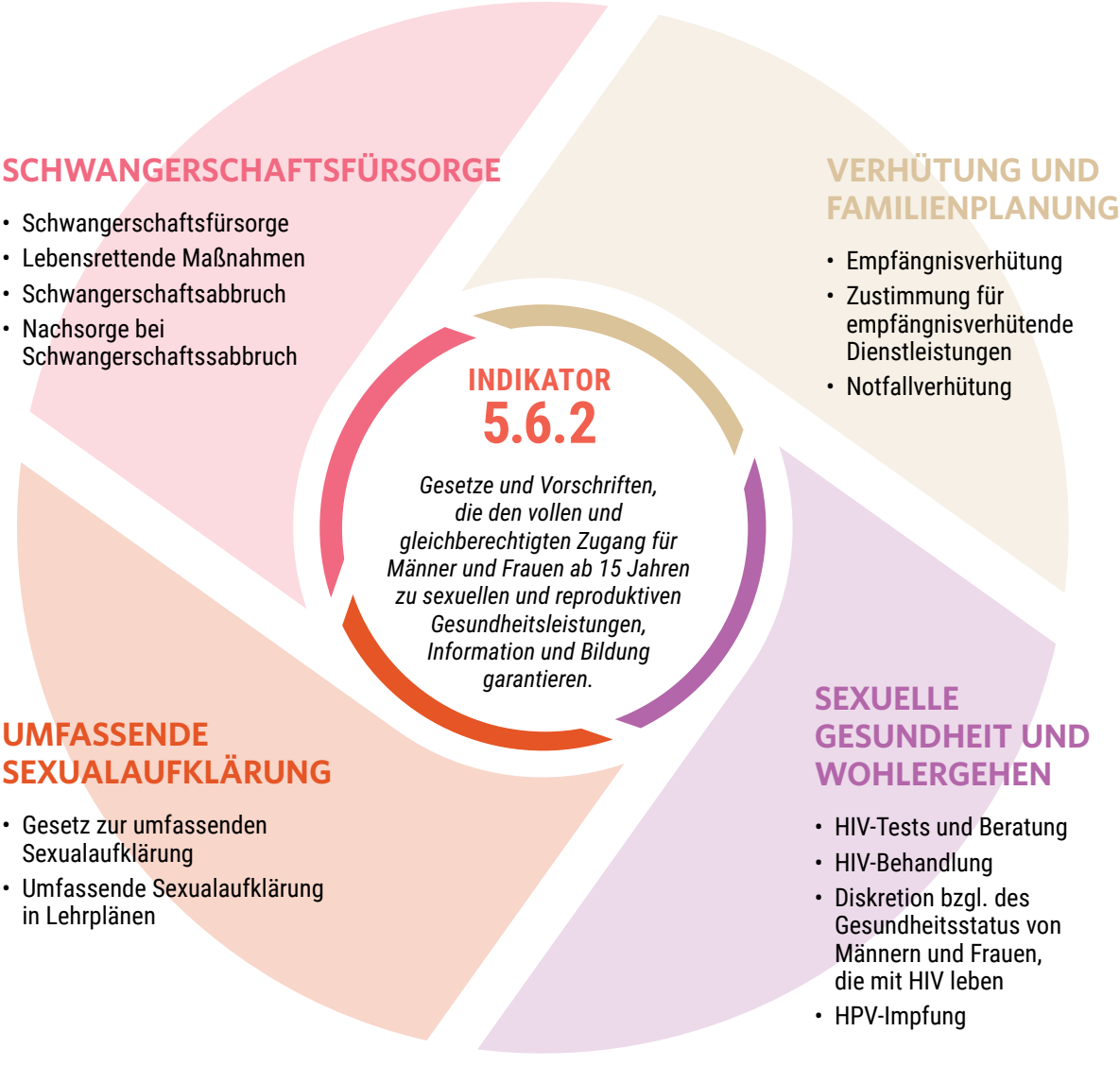
Gesetze und Richtlinien können Frauen darin stärken, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Außerdem können sie eine wichtige Rolle dabei spielen, die Verantwortung von Regierungen zu definieren, was die Gesundheitsversorgung von Menschen sowie dem Zugang zu Rechtsmitteln und Wiedergutmachungs- und Reparationsleitungen für jene, deren Menschenrechte verletzt wurden, angeht.

Indikator 5.6.2 erfasst unterstützende Gesetze und rechtliche Hindernisse

Der Indikator 5.6 der nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (SDGs) beinhaltet die Gewährleistung der universellen sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der reproduktiven Rechte in Übereinstimmung mit dem ICPD-Aktionsprogramm und der Pekinger Erklärung und Aktionsplattform. Um Fortschritte bei der

GRAFIK 5.1

Die vier Themenbereiche und 13 Komponenten des Indikators 5.6.2



Erreichung dieses Zieles zu messen, haben die Vereinten Nationen den Indikator 5.6.2 erarbeitet. Dieser Indikator bewertet, inwieweit Länder über Gesetze und Vorschriften verfügen, die Frauen und Männern ab 15 Jahren den vollen und gleichberechtigten Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Aufklärung garantieren.

Der Indikator zielt darauf ab, das rechtliche Umfeld in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu untersuchen und deckt vier große Themenbereiche ab: Schwangerschaftsfürsorge, Verhütung und Familienplanung, umfassende Sexualaufklärung und -information sowie sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden. Jede der 13 Komponenten innerhalb dieser vier Themenbereiche befasst sich mit Bereichen, die durch Gesetze geregelt werden können. Für jede dieser Komponenten werden Daten über rechtliche Rahmenbedingungen (unterstützende Gesetze und Vorschriften) und rechtliche Hindernisse erhoben. Für die körperliche Selbstbestimmung sind alle Komponenten dieses Indikators relevant.

Für jeden der 13 Komponenten misst der Indikator, ob ein unterstützendes Gesetz existiert und inwieweit potenzielle Restriktionen bestehen – wie etwa Einschränkungen aufgrund des Alters oder die Notwendigkeit, die Zustimmung von Ehepartnern einzuholen. Darüber hinaus wird erfasst, ob und in welchem Maße plurale Rechtssysteme – ob nun traditionell, gewohnheitsrechtlich oder religiös bestimmt – bestehen, die neben dem nationalen Gesetz existieren und die dessen Anwendbarkeit für bestimmte Bevölkerungsgruppen einschränken. Aus diesen Daten werden für jedes Land Werte ermittelt, die zunächst innerhalb der vier großen Themenbereiche und dann zu einem Gesamtwert aggregiert werden.

Der Indikator wird als Prozentwert auf einer Skala von 0 bis 100 dargestellt und zeigt den Status und den Fortschritt eines Landes in Bezug darauf, ob nationale Gesetzen und Vorschriften zur Gewährleistung der vollen sowie gleichberechtigten sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte vorhanden sind. Allerdings erfasst Indikator 5.6.2 nur, inwieweit entsprechende Gesetze und Vorschriften vorhanden sind, nicht aber deren praktische Umsetzung.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte garantieren

Insgesamt haben bisher 107 Länder zumindest Daten für einzelne Komponenten des Indikators 5.6.2 gemeldet. Vollständige Daten für den Gesamtindikator liegen von 75 Ländern vor. Innerhalb des Gesamtindikators variiert die Anzahl der Meldedaten für die vier Themenbereiche: 79 Länder berichten zur Schwangerschaftsfürsorge, 104 Länder zu Dienstleistungen für Verhütung, 98 Länder zu Sexualaufklärung und 101 Länder zu HIV und Aids und zum Humanen Papillomvirus (HPV).

In den 75 Ländern, die vollständige Daten gemeldet haben, sind im Durchschnitt 73 Prozent aller Gesetze und Vorschriften vorhanden, die erforderlich sind, um einen vollen und gleichberechtigten Zugang zu Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und den damit verbundenen Rechten zu gewährleisten. Allerdings existieren in 20 Prozent der Länder, die über entsprechende Gesetze verfügen, plurale Rechtssysteme, was darauf schließen lässt, dass in diesen Ländern nicht alle gleichermaßen von der vorhandenen Gesetzgebung profitieren.

GRAFIK 5.2

Ausmaß, in dem die Länder über Gesetze und Vorschriften verfügen, die den vollständigen und gleichberechtigten Zugang von Frauen und Männern ab 15 Jahren zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Aufklärung garantieren, in Prozent

	Schwangerschaftsfürsorge					Dienste für Empfängnisverhütung				Sexualaufklärung			HIV und HPV					Aggregierter Wert für alle Kategorien des Indikators 5.6.2
	Schwangerschaftsfürsorge	Lebensrettende Maßnahmen	Schwangerschaftsabbruch	Nachsorge bei Schwangerschaftsabbruch	**Durchschnitt der Kategorien**	Dienste Empfängnisverhütung	Zustimmung zur Verhütung	Notfallverhütung	**Durchschnitt der Kategorien**	Gesetze zur Sexualaufklärung	Sexualaufklärung in Lehrplänen	**Durchschnitt der Kategorien**	HIV-Beratung und Testangebote	HIV-Behandlung	Diskretion bzgl. HIV-Status	HPV-Impfung	**Durchschnitt der Kategorien**	
Afghanistan	100	92	0	100	**73**	60	0	50	**37**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**54**
Ägypten	100	54	-50	100	**51**	60	0	50	**37**	0	0	**0**	80	80	100	0	**65**	**44**
Albanien	100	77	50	100	**82**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	80	100	100	0	**70**	**82**
Angola	100	62	0	100	**65**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**66**
Antigua und Barbuda	–	85	0	100	**–**	0	100	0	**33**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Äquatorialguinea	–	100	–	–	**–**	–	–	–	**–**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Armenien	75	100	100	100	**94**	80	100	100	**93**	100	100	**100**	80	100	100	0	**70**	**87**
Australien	100	–	0	100	**–**	80	100	100	**93**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Bangladesch	0	85	–	100	**–**	0	0	0	**0**	100	88	**94**	40	40	75	0	**39**	**–**
Barbados	100	77	75	0	**63**	60	0	0	**20**	0	0	**0**	80	80	100	0	**65**	**44**
Belarus	100	85	75	100	**90**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	75	0	**69**	**87**
Belgien	–	–	100	0	**–**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**–**
Belize	0	100	0	100	**50**	0	0	0	**0**	0	100	**50**	60	80	100	0	**60**	**42**
Benin	100	100	50	100	**88**	80	100	50	**77**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**91**
Botswana	100	92	–	0	**–**	80	100	100	**93**	100	88	**94**	40	80	100	100	**80**	**–**
Burkina Faso	75	100	0	100	**69**	80	0	75	**52**	100	50	**75**	60	100	100	100	**90**	**72**
Burundi	75	92	50	100	**79**	40	0	75	**38**	0	100	**50**	100	100	100	0	**75**	**64**
China	100	62	–	100	**–**	100	100	100	**100**	–	–	**–**	100	100	100	0	**75**	**–**
Costa Rica	100	77	25	0	**50**	100	100	0	**67**	0	0	**0**	100	100	100	100	**100**	**62**
Côte d'Ivoire	100	100	25	0	**56**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**63**
Dänemark	100	100	50	100	**88**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	80	80	100	100	**90**	**90**
Deutschland	100	46	50	75	**68**	80	100	75	**85**	–	–	**–**	100	100	100	100	**100**	**–**
El Salvador	100	100	-25	100	**69**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	0	**75**	**83**
Finnland	100	100	75	100	**94**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**98**
Gabun	100	100	0	100	**75**	40	0	25	**22**	100	100	**100**	40	100	50	0	**48**	**58**
Gambia	100	100	25	100	**81**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	40	20	100	100	**65**	**83**
Georgien	100	85	75	100	**90**	100	100	100	**100**	100	88	**94**	80	80	100	100	**90**	**93**
Griechenland	100	62	75	0	**59**	100	0	0	**33**	0	0	**0**	80	80	100	100	**90**	**54**
Großbritannien	100	100	0	100	**75**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**92**
Guatemala	100	85	–	0	**–**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	80	80	100	0	**65**	**–**
Guinea	100	100	–	100	**–**	100	100	100	**100**	–	100	**–**	100	100	100	0	**75**	**–**
Guinea-Bissau	100	100	100	0	**75**	80	100	75	**85**	0	100	**50**	80	80	100	0	**65**	**70**
Guyana	100	92	75	100	**92**	60	100	50	**70**	100	100	**100**	60	60	75	0	**49**	**75**
Haiti	100	92	0	100	**73**	80	100	75	**85**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**65**

	Schwangerschaftsfürsorge					Dienste für Empfängnisverhütung				Sexualaufklärung			HIV und HPV					Aggregierter Wert für alle Kategorien des Indikators 5.6.2
	Schwanger-schafts-fürsorge	Lebens-rettende Maßnahmen	Schwanger-schafts-abbruch	Nachsorge bei Schwanger-schafts-abbruch	**Durch-schnitt der Kategorien**	Dienste Empfängnis-verhütung	Zustimmung zur Verhütung	Notfall-verhütung	**Durch-schnitt der Kategorien**	Gesetze zur Sexual-aufklärung	Sexual-aufklärung in Lehrplänen	**Durch-schnitt der Kategorien**	HIV-Beratung und Test-angebote	HIV-Behandlung	Diskretion bzgl. HIV-Status	HPV-Impfung	**Durch-schnitt der Kategorien**	
Honduras	50	–	-25	0	**–**	80	100	0	**60**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Indien	–	85	75	–	**–**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	60	100	100	–	**–**	**–**
Irak	75	77	0	0	**38**	80	0	0	**27**	0	0	**0**	80	100	100	0	**70**	**39**
Iran	100	100	0	–	**–**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Japan	100	85	0	0	**46**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**83**
Jemen	25	100	0	100	**56**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**63**
Kambodscha	100	100	75	100	**94**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**98**
Kamerun	100	92	25	100	**79**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	–	–	–	0	**–**	**–**
Kasachstan	75	69	75	100	**80**	100	100	0	**67**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**63**
Kirgisistan	100	92	50	50	**73**	60	100	50	**70**	100	88	**94**	60	100	100	0	**65**	**73**
Kolumbien	100	92	75	100	**92**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**97**
Kongo	100	100	-25	0	**44**	100	100	75	**92**	0	0	**0**	60	80	100	0	**60**	**53**
Kongo, Dem. Republik	100	92	–	100	**–**	80	100	75	**85**	–	–	**–**	100	100	100	0	**75**	**–**
Korea, Dem. Volksrepublik	75	77	100	100	**88**	100	100	100	**100**	100	25	**63**	100	100	100	0	**75**	**83**
Laos	100	100	50	100	**88**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**96**
Lettland	100	31	75	0	**51**	0	100	0	**33**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**70**
Liberia	100	92	–	100	**–**	80	100	75	**85**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Libyen	75	77	-25	0	**32**	0	0	0	**0**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**33**
Litauen	100	92	75	100	**92**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	60	60	100	100	**80**	**88**
Malawi	25	100	-50	75	**38**	80	100	100	**93**	100	100	**100**	80	80	100	100	**90**	**76**
Malaysia	75	77	-25	75	**50**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**81**
Malediven	0	92	25	0	**29**	0	0	0	**0**	100	63	**81**	100	100	100	0	**75**	**45**
Mali	100	100	50	100	**88**	80	100	100	**93**	0	0	**0**	100	100	100	100	**100**	**79**
Malta	100	100	-25	100	**69**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**90**
Mauretanien	50	85	-25	0	**27**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	100	**100**	**62**
Mauritius	100	85	50	100	**84**	60	100	50	**70**	0	0	**0**	100	100	100	100	**100**	**73**
Mexiko	100	–	–	0	**–**	100	100	100	**100**	100	88	**94**	–	–	–	100	**–**	**–**
Moldawien	75	100	75	100	**88**	100	100	0	**67**	100	–	**–**	80	80	75	100	**84**	**–**
Montenegro	75	100	75	75	**81**	60	0	50	**37**	0	0	**0**	80	80	75	0	**59**	**52**
Mosambik	100	92	25	100	**79**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**94**
Myanmar	100	92	-25	100	**67**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	0	**75**	**82**
Namibia	100	100	50	100	**88**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**96**
Nepal	100	77	50	100	**82**	100	100	0	**67**	0	0	**0**	0	0	100	0	**25**	**48**
Neuseeland	100	100	25	100	**81**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**94**
Niederlande	100	100	75	100	**94**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**98**
Niger	100	100	–	100	**–**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	80	100	100	100	**95**	**–**
Nigeria	–	100	75	0	**–**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**–**
Pakistan	100	92	-50	100	**61**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**65**
Palästina*	100	77	-50	100	**57**	80	100	75	**85**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**60**
Peru	100	–	–	100	**–**	80	100	100	**93**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**–**

	Schwangerschaftsfürsorge					Dienste für Empfängnisverhütung				Sexualaufklärung			HIV und HPV					Aggregierter Wert für alle Kategorien des Indikators 5.6.2
	Schwanger-schafts-fürsorge	Lebens-rettende Maßnahmen	Schwanger-schafts-abbruch	Nachsorge bei Schwanger-schafts-abbruch	**Durch-schnitt der Kategorien**	Dienste Empfängnis-verhütung	Zustimmung zur Verhütung	Notfall-verhütung	**Durch-schnitt der Kategorien**	Gesetze zur Sexual-aufklärung	Sexual-aufklärung in Lehrplänen	**Durch-schnitt der Kategorien**	HIV-Beratung und Test-angebote	HIV-Behandlung	Diskretion bzgl. HIV-Status	HPV-Impfung	**Durch-schnitt der Kategorien**	
Philippinen	100	77	-25	100	**63**	60	100	0	**53**	100	100	**100**	80	80	100	100	**90**	**75**
Rumänien	–	–	–	–	**–**	–	–	–	**–**	0	0	**0**	–	–	–	–	**–**	**–**
Russland	100	77	–	100	**–**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Sambia	100	100	50	100	**88**	60	100	75	**78**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**91**
São Tomé und Príncipe	0	100	0	100	**50**	0	0	0	**0**	100	0	**50**	100	100	100	100	**100**	**54**
Saudi-Arabien	75	–	–	–	**–**	100	100	100	**100**	–	–	**–**	100	100	100	0	**75**	**–**
Schweden	100	100	100	100	**100**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**100**
Schweiz	100	100	0	100	**75**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**92**
Senegal	25	92	–	100	**–**	40	0	25	**22**	0	0	**0**	40	80	75	–	**–**	**–**
Serbien	100	92	25	100	**79**	100	100	100	**100**	100	0	**50**	100	100	100	100	**100**	**86**
Sierra Leone	100	100	50	0	**63**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**65**
Slowenien	100	54	–	100	**–**	100	100	100	**100**	–	–	**–**	100	100	100	100	**100**	**–**
Somalia	0	85	–	100	**–**	0	0	0	**0**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Sri Lanka	100	77	-25	100	**63**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**89**
St. Lucia	100	92	–	100	**–**	60	100	50	**70**	100	100	**100**	80	80	75	100	**84**	**–**
St. Vincent und die Grenadinen	100	62	25	100	**72**	80	100	100	**93**	100	100	**100**	80	100	100	0	**70**	**81**
Südafrika	100	100	75	100	**94**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**95**
Sudan	100	85	25	100	**77**	60	0	75	**45**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**57**
Südsudan	0	100	0	0	**25**	20	0	0	**7**	0	88	**44**	0	0	0	0	**0**	**16**
Suriname	100	62	0	0	**40**	60	0	0	**20**	0	0	**0**	80	80	100	100	**90**	**45**
Syrien	100	85	-50	100	**59**	80	100	100	**93**	100	88	**94**	100	100	100	0	**75**	**77**
Tansania	100	100	–	100	**–**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**–**
Togo	100	100	50	100	**88**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**73**
Trinidad und Tobago	25	85	0	25	**34**	0	0	0	**0**	100	100	**100**	40	40	0	0	**20**	**32**
Tschad	100	100	75	100	**94**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**75**
Tschechien	100	15	100	100	**79**	0	0	0	**0**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**70**
Tunesien	100	100	–	100	**–**	100	–	–	**–**	0	0	**0**	0	0	75	0	**19**	**–**
Türkei	100	100	0	100	**75**	80	100	75	**85**	–	–	**–**	80	100	100	0	**70**	**–**
Ukraine	100	69	75	100	**86**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	0	**75**	**88**
Uruguay	100	85	100	100	**96**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**99**
Usbekistan	100	69	75	–	**–**	100	100	0	**67**	–	–	**–**	–	–	–	0	**–**	**–**
Vietnam	50	77	25	0	**38**	80	0	75	**52**	0	100	**50**	100	100	100	0	**75**	**54**
Zentralafrikanische Republik	100	100	0	100	**75**	60	100	50	**70**	100	88	**94**	100	100	100	0	**75**	**77**

Quelle: UNFPA, globale Datenbanken, 2020. Basierend auf offiziellen Antworten auf die 12. Umfrage der Vereinten Nationen unter den Regierungen zu Bevölkerung und Entwicklung.

Negative Werte spiegeln die Existenz von mehr gesetzlichen Einschränkungen als unterstützenden Gesetzen wider. Dies kann z. B. bedeuten, dass ein Land oder eine Region Beschränkungen für den Schwangerschaftsabbruch hat. Eine solche Beschränkung liegt z. B. vor, wenn die Zustimmung des Ehemannes erforderlich ist, damit eine verheiratete Frau einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen kann oder dass die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs kriminalisiert wird.

„–“ steht für fehlende Daten

* Am 29. November 2012 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen die Resolution 67/19, die Palästina „den Status eines Nicht-Mitgliedsstaates mit Beobachterstatus bei den Vereinten Nationen“ zuspricht.

Etwa 80 Prozent der Länder geben an, über Gesetze zum Schutz oder zur Förderung der sexuellen Gesundheit und des sexuellen Wohlbefindens zu verfügen. Etwa 75 Prozent verfügen nach eigenen Angaben über Gesetze und Vorschriften, die einen vollständigen und gleichberechtigten Zugang zu Verhütungsmitteln gewährleisten. In rund 71 Prozent der Länder gibt es Gesetze, die den Zugang zu einer umfassenden Schwangerschaftsfürsorge garantieren, was Gesundheitsdienste und -versorgung für Mütter, Schwangerschaftsabbrüche oder Betreuung nach einem Abbruch umfassen kann. Mit 56 Prozent haben knapp mehr als die Hälfte der Länder Gesetze, die eine umfassende Sexualaufklärung unterstützen.

Wie die Analyse der Gesamtwerte für den Indikator 5.6.2 zeigt, können Länder unabhängig von ihrem Einkommensniveau entweder gut oder schlecht abschneiden, mit anderen Worten: Auch Länder mit niedrigem Einkommen können ein unterstützendes rechtliches und regulatorisches Umfeld schaffen.

Sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden

Im Zusammenhang mit HIV berichten fast alle 107 Länder von Gesetzen und Vorschriften, die den Zugang zu freiwilligen HIV-Beratungs- und Testdiensten sowie Behandlungs- und Betreuungsangeboten garantieren und die Privatsphäre schützen. Allerdings bestehen in einigen dieser Länder plurale Rechtssysteme, die den Zugang erschweren können, beispielsweise wenn Altersbeschränkungen bestehen oder die Zustimmung einer dritten Person verlangt wird. In etwas mehr als 50 Prozent der berichterstattenden Länder garantieren Gesetze oder Vorschriften den Zugang von jugendlichen Mädchen zu HPV-Impfungen. Dabei hängt der praktische Erfolg vor allem vom politischen Willen und der Finanzierung ab und erfordert darüber hinaus eine solide Planung, soziale Mobilisierung und klare Kommunikation.

Künstlerische Illustration von Tyler Spangler

Empfängnisverhütung und Familienplanung

91 Prozent der 104 berichterstattenden Länder gaben an, über Gesetze und Vorschriften zu verfügen, die den Zugang zu Verhütungsmitteln garantieren. Allerdings hängt in einer ganzen Reihe dieser Länder der Zugang von einem Mindestalter, der Genehmigung durch eine dritte Person und dem Familienstand ab. In zwölf Prozent dieser 104 Länder stehen zudem plurale Rechtssysteme im Widerspruch zu den unterstützenden Gesetzen und Vorschriften. Obwohl 87 Prozent der berichterstattenden Länder angaben, über Gesetze und Vorschriften zu verfügen, die eine vollständige, freie und informierte Entscheidung über Verhütungsdienstleistungen, einschließlich Sterilisation ermöglichen, berichteten neun Prozent von pluralen Rechtssystemen, die diesen Gesetzen entgegenstehen.

Schwangerschaftsfürsorge

Die Dimension der Schwangerschaftsfürsorge des Indikators 5.6.2 umfasst vier Komponenten: Gesetze, die den Zugang zu Leistungen der Schwangerschaftsfürsorge, zu lebensrettenden Medikamenten und Hilfsmitteln, zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie der Betreuung nach einem Abbruch garantieren. 95 Prozent der 79 berichterstattenden Länder gaben an, dass sie über Gesetze und Vorschriften verfügen, die den Zugang zur Schwangerschaftsfürsorge garantieren. Allerdings hängt in einigen dieser Länder der Zugang zu diesen Diensten vom Familienstand, dem Alter oder der Genehmigung durch eine dritte Person wie beispielsweise einem Elternteil oder dem Ehepartner ab.

In nur knapp 44 Prozent dieser Länder umfasst die nationale Liste der unentbehrlichen Medikamente alle 13 Produkte, die von der Kommission für lebensrettende Medizinprodukte für Frauen und Kinder der Vereinten Nationen als „lebensrettend" für die reproduktive und allgemeine Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern angesehen werden. Und die drei Produkte auf dieser Liste, bei denen es sich um Verhütungsmittel handelt – Frauenkondome, Verhütungsimplantate und Notfallverhütung –, sind in den nationalen Listen unentbehrlicher Arzneimittel seltener enthalten als die anderen zehn Produkte.

Bei 93 Prozent der 79 Länder sind Schwangerschaftsabbrüche aus einigen oder allen der folgenden Gründe legal: Davon erlauben etwa 90 Prozent einen Abbruch, wenn das Leben der Frau in Gefahr ist, 80 Prozent, um die körperliche Gesundheit einer Frau zu erhalten oder in Fällen fetaler Schädigung, und knapp über 60 Prozent erlauben ihn, wenn die Schwangerschaft Folge einer Vergewaltigung ist.

Die am häufigsten genannte Einschränkung des Rechts auf einen Schwangerschaftsabbruch in diesen Ländern ist die Notwendigkeit, sie durch eine medizinische Fachkraft genehmigen zu lassen. Diese Einschränkung kann als Diskriminierung von Menschen ausgelegt werden, denen der Zugang zu Gesundheitsdiensten im Allgemeinen erschwert wird oder deren Gesundheitsdienste sich aufgrund persönlicher oder vorherrschender gesellschaftlicher Überzeugungen weigern, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Zudem muss ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch nicht unbedingt ärztlich begleitet werden. Bei einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch kann die Beratung durch Fachkräfte in Apotheken, durch anderes medizinisches Fachpersonal oder durch Telemedizin und Hotlines zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen erfolgen.

Frauen finden Wege, eine Schwangerschaft zu beenden, auch wenn die Eingriffe verboten sind. Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch illegal vornehmen lassen müssen, sind hohen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Künstlerische Illustration von Naomi Vona; Foto: JESHOOTS/Unsplash

Die Länder, in denen Frauen Zugang zu Informationen und Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie allen Verhütungsmethoden haben, weisen die niedrigsten Abbruchraten auf. In 61 Ländern, in denen Schwangerschaftsabbrüche ohne Ausnahme verboten oder nur erlaubt sind, um das Leben einer Frau oder ihre körperliche Gesundheit zu retten, waren lediglich 25 Prozent der Abbrüche sicher. Im Gegensatz dazu waren in den Ländern, in denen die Maßnahme legal ist, 90 Prozent der Abbrüche sicher. Schwangerschaftsabbrüche gelten als sicher, wenn sie mit einer von der WHO empfohlenen und der Dauer der Schwangerschaft angemessenen Methode durchgeführt werden und wenn die Person, die den Abbruch vornimmt, über die notwendigen Fähigkeiten verfügt. Sichere Schwangerschaftsabbrüche können mithilfe von Tabletten (medikamentöser Abbruch) oder durch ambulante Verfahren durchgeführt werden.

Internationale Erklärungen, wie das ICPD-Aktionsprogramm, fordern, die Betreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch universell verfügbar zu machen – unabhängig vom rechtlichen Status des Abbruchs. Allerdings haben nur etwa 80 Prozent der 79 Länder, Gesetze oder Vorschriften, die den Zugang zu Nachsorge nach einem Schwangerschaftsabbruch unabhängig vom rechtlichen Status des Abbruchs sicherstellen. Diese Unstimmigkeit zwischen internationalem Rechtsrahmen und nationalen Gesetzen führt in einigen Ländern zu Lücken in der Gesundheitsversorgung, die mit einem erhöhten Risiko für Müttersterblichkeit einhergehen.

Umfassende Sexualaufklärung und Information

Nur 62 Prozent der berichterstattenden Länder verfügen über Gesetze, Verordnungen oder nationale Richtlinien, die eine umfassende

Sexualaufklärung zu einem verpflichtenden Bestandteil der nationalen Lehrpläne für Schulen machen.

Grenzen des Indikators

Ein einzelner Indikator kann niemals das gesamte rechtliche und regulatorische Umfeld erfassen. Die Komplexität von Rahmenbedingungen, die Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen, die sich auf die gesundheitlichen Erfolge auswirken und der lange Weg von der Verabschiedung eines Gesetzes bis zu seiner vollständigen Umsetzung machen das schlicht unmöglich. Dementsprechend lassen sich nur wenige klare Zusammenhänge zwischen der Performance eines Landes bei Indikator 5.6.2 und den tatsächlichen Ergebnissen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in diesem Land nachweisen.

Alle unter Indikator 5.6.2 gemessenen Gesetze und Verordnungen beziehen sich nur auf die Angebote von Gesundheitsdiensten, was zwar wichtige aber leider unvollständige Einblicke liefert. Was wir darüber hinaus brauchen, ist ein besseres Verständnis der Gesetze und vielen anderen Faktoren, die die Selbstbestimmung und die Stellung von Frauen im Allgemeinen stärken oder einschränken, und wie diese Kräfte die Selbstbestimmung Einzelner in Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beeinflussen.

Außerdem reflektiert Indikator 5.6.2 nur eine Auswahl von gesundheitlichen Themen, die sich auf die körperliche Selbstbestimmung auswirken. Nicht erfasst werden zum Beispiel Gesetze, die andere wichtige Angelegenheiten regeln: Angefangen von der Vergewaltigung in der Ehe über die Selbstbestimmung der Geschlechtsidentität und Genitaloperationen bei intersexuellen Kindern bis hin zu gleichgeschlechtlichem Sex.

Auch andere Gesetze bleiben in Indikator 5.6.2 unberücksichtigt, die die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen regeln und relevant für körperliche Selbstbestimmung sind. Zu diesen Gesetzen gehören Bestimmungen zur Nicht-Diskriminierung, zur Privatsphäre und zum Zugang zum Rechtssystem. Beispielsweise werden Transgender-Personen oder Sexarbeiter*innen in Gesundheitseinrichtungen stark stigmatisiert und diskriminiert. Das kann eine Barriere für den Zugang zu Dienstleistungen sein, die beim Schutz der körperlichen Selbstbestimmung eine Rolle spielen.

Neue Gesetzesreformen ebnen den Weg zum Wandel

Überall auf der Welt erlassen Länder Gesetze und Verordnungen mit dem Ziel, die volle und gleichberechtigte sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte aller Menschen zu garantieren. Auch wenn die Auswirkungen dieser positiven Entwicklungen noch nicht abgeschätzt werden können, sind sie doch wichtige erste Schritte zur Gewährleistung von körperlicher Selbstbestimmung.

In Tunesien zum Beispiel hat das Parlament 2017 ein umfassendes Gesetz gegen geschlechtsspezifische Gewalt verabschiedet, das die Vergewaltigung in der Ehe explizit unter Strafe stellt. Das neue Gesetz hat auch ein vorher bestehendes Schlupfloch geschlossen, das es Vergewaltigern ermöglichte, einer Strafe zu entgehen, wenn sie die Frau (oder das Mädchen), die sie vergewaltigt hatten, heirateten.

Künstlerische Illustration von Rebeka Artim
anhand einer Fotografie von George Koranteng

DIE MACHT, JA ZU SAGEN UND DAS RECHT, NEIN ZU SAGEN

Die Gleichstellung der Geschlechter sowie mehr Wahlfreiheit und Chancen für Frauen, Mädchen und ausgegrenzte Gruppen sind Voraussetzungen für körperliche Selbstbestimmung

Körperliche Autonomie hängt von vielen Dingen ab, aber letzten Endes geht es immer um die Macht, selbstbestimmt entscheiden zu können. Mit Blick auf die nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (SDGs) stehen drei entscheidende Dimensionen der körperlichen Selbstbestimmung im Vordergrund: Gesundheitsversorgung, Empfängnisverhütung und Sex.

Selbstbestimmung ist deshalb so wichtig, weil sie weiteren Rechten zugrunde liegt und sich in vielerlei Hinsicht positiv auswirkt. Kann eine Frau selbstbestimmt über Sex, Empfängnisverhütung und reproduktive Gesundheit entscheiden, dann erhöhen sich auch ihre Chancen auf einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, persönliches Eigentum, gewinnbringende Erwerbstätigkeit, mehr Freizeit und Freiheit von geschlechtsspezifischer Gewalt. Falls sie sich für Kinder entscheidet, haben diese bessere Chancen, gesund zu sein.

Bei UNFPA dreht sich alles um die Verwirklichung der körperlichen Autonomie

Seit mehr als 50 Jahren setzt sich UNFPA als führende Organisation weltweit für das Recht auf körperliche Autonomie ein. Als Organisation der Vereinten Nationen für sexuelle und reproduktive Gesundheit ist es unsere Mission, eine Welt zu schaffen, in der jede Schwangerschaft gewollt ist, jede Geburt sicher ist und in der alle jungen Menschen ihr volles Potenzial entfalten können. Unsere Programme laufen in über 150 Ländern und Hoheitsgebieten, in denen 80 Prozent der Weltbevölkerung leben. Mit jedem dieser Programme werden auf die eine oder andere Weise die Rechte und Wahlfreiheiten gefördert, die das Konzept der Selbstbestimmung ausmachen.

Wir sind diejenigen, die Entwicklungsländer mit den größten Verhütungsmittelspenden versorgen. Diese haben es im Jahr 2019 Frauen ermöglicht, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, wodurch schätzungsweise 14 Millionen unbeabsichtigte Schwangerschaften und 3,9 Millionen unsichere Schwangerschaftsabbrüche verhindert werden konnten. 2019 erhielten 29.000 Geburtshelfer*innen Aus- und Weiterbildungsangebote und 2.700 Ausbilder*innen in der Geburtshilfe konnten ihre Fähigkeiten erweitern. Dadurch verbesserten sich die Chancen von Frauen, eine erschwingliche, hochwertige Gesundheitsversorgung zu bekommen.

Da frühe Schwangerschaften häufig die Folge von unzureichender oder fehlender Schulbildung, Information oder Gesundheitsversorgung sind, fördert UNFPA eine umfassende Sexualaufklärung und vollwertige Schulausbildung für jugendliche Mädchen und trägt so dazu bei, ihre Rechte und Entscheidungsfreiheit zu schützen und zu verwirklichen.

In Zusammenarbeit mit dem Kinderhilfswerk UNICEF betreiben wir das weltweit größte globale Programm, um weibliche Genitalverstümmelung schnellstmöglich zu beenden.

Ebenfalls mit UNICEF unterstützen wir Programme zur Beseitigung von Kinderehen bis 2030. Jedes Jahr fallen mindestens zwölf Millionen Mädchen dieser Praktik zum Opfer. Damit wird ihre Selbstbestimmung nicht nur bezüglich Gesundheitsversorgung, Empfängnisverhütung und Sex unterminiert, sondern auch, was ihre Schulausbildung, Existenzsicherung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben betrifft.

Als eine der führenden Organisationen der Vereinten Nationen, die sich für die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung der Frauen einsetzt, schützt UNFPA von geschlechtsspezifischer Gewalt Betroffene und stellt dafür eine Palette lebenswichtiger Dienstleistungen bereit, auch in humanitären Krisensituationen.

Die Verwirklichung der körperlichen Autonomie ist in gewissem Sinne der Maßstab für die Rolle von UNFPA in der Welt: Sie ist unser Ziel. Und unsere Mission wird erst erfüllt sein, wenn dieses Ziel ausnahmslos für jede Frau und jedes Mädchen verwirklicht ist.

Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke

Die Gleichstellung der Geschlechter macht Fortschritte und die Chancen für Frauen und Mädchen steigen. Dennoch bleibt es noch ein weiter Weg, bis Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung Wirklichkeit werden. Die Rechte von Frauen und Mädchen werden fortwährend in eklatanter Weise verletzt, und dies gilt umso mehr, wenn sie aufgrund ihrer Hautfarbe, ethnischen Zugehörigkeit, ihres Alters, ihrer sexuellen Orientierung, ihres Einkommens oder einer Behinderung diskriminiert werden.

Ob eine Person in der Lage ist, informierte Entscheidungen zu treffen, hängt sowohl von ihren persönlichen Fähigkeiten, dem Informationszugang und Handlungsspielraum als auch von einem Umfeld ab, das, von der Familie bis hin zur Rechtsordnung, persönliche Entscheidungen unterstützen und respektieren muss. Diese Prämissen stehen im Zentrum des Aktionsprogramms der Weltbevölkerungskonferenz 1994 von Kairo (ICPD) sowie der Erklärung und Aktionsplattform von Peking. Sie finden sich auch in den SDGs der Agenda 2030 und in der Erklärung von Nairobi zur ICPD25. Darin wird verlangt, dass „das Recht aller Menschen auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung geschützt werden muss und dass der Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen, mit denen dieses Recht zur Geltung gebracht wird, sichergestellt werden muss“.

Solche Verpflichtungen dienen heute als Prüfsteine einer neuen, globalen Kampagne für Generationengerechtigkeit zum 25. Jahrestag der Aktionsplattform von Peking, die sich dafür einsetzt, die Gleichstellung der Geschlechter bis zum Jahr 2030 zu verwirklichen.

Selbstbestimmung hängt von der Gleichstellung der Geschlechter ab

Die körperliche Autonomie von Frauen und Mädchen hängt zuallererst davon ab, ob es gelingt, die Gleichstellung der Geschlechter zu erreichen. Dies ist ein ambitioniertes Ziel auf das sich die Weltgemeinschaft verständigt hat: Es ist das SDG 5 und das Ziel der Erklärung und Aktionsplattform von Peking. Da es noch in keinem Land verwirklicht ist, müssen alle Länder mehr tun, um es zu erreichen. Den Regierungen kommt dabei eine führende Rolle zu.

Wesentliche Fortschritte lassen sich erreichen, wenn die Benachteiligung von Frauen im öffentlichen Raum, in der Legislative und in Führungspositionen beseitigt wird, sodass Frauen Richtlinien und Vorschriften mit ihren Sichtweisen beeinflussen und steuern können. Durch Quotenregelungen und andere zielgerichtete Maßnahmen schaffen es einige Länder inzwischen, deutlich mehr Frauen in gewählte Ämter zu bringen. Aber solche Veränderungen können mehr bewirken, wenn sie von stärkeren und angemessen finanzierten Institutionen und Einrichtungen zur Frauenförderung flankiert werden.

Viele staatliche Einrichtungen zur Frauenförderung sind finanziell schlecht ausgestattet oder werden von Geberländern finanziert, die möglicherweise andere Schwerpunkte setzen als die Entwicklungsländer. Obwohl etwa drei Viertel aller Staaten in ihrer nationalen Strategie zur Umsetzung der SDGs den Schwerpunkt auf die Gleichstellung der Geschlechter legen, bezieht nur die Hälfte davon staatliche Einrichtungen zur Frauenförderung bei der Formulierung dieser Strategien mit ein.

Ein weiterer Punkt ist die internationale Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe: Im Jahr 2018 wurden Programme, deren Hauptziele die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung von Frauen sind, von den 30 größten Geberländern nur mit einem Anteil von etwa vier Prozent ihres gesamten Entwicklungsbudgets unterstützt.

Eine weitere dringliche Herausforderung wird voraussichtlich die staatliche Rekordverschuldung werden. Viele Länder stehen unmittelbar vor einer neuen Welle der Austeritätspolitik, von der, einer Schätzung aus Vor-Pandemie-Zeiten zufolge, weltweit fast drei Viertel aller Frauen und Mädchen besonders stark betroffen sein werden. Entscheidungen über öffentliche Sparmaßnahmen orientieren sich dabei selten an der Gleichstellung der Geschlechter. Meist werden öffentliche Dienstleistungen, Löhne und Gehälter sowie die allgemeine Beschäftigungsqualität abgebaut, wovon in Armut lebende Frauen mit besonderer Wucht getroffen werden. Trotz der großen Herausforderungen können Regierungen ihre Geld- und Haushaltspolitik so gestalten, dass Dienstleistungen, die für Gleichbehandlung und Autonomie unabdingbar sind, von Kürzungen ausgenommen werden, und sie können Vollbeschäftigung sowie die Schaffung menschenwürdiger Arbeitsplätze fördern.

Autonomie erfordert, Zusammenhänge in den Blick zu nehmen

Die SDGs sind ein wichtiger Ansatzpunkt, denn die Entscheidungsfreiheit und körperliche Autonomie von Frauen stehen von vielen Seiten unter Druck. Viele Industrien und ganze Wirtschaftszweige florieren nur, weil Frauen unter prekären Arbeitsbedingungen mühselige, schlecht

bezahlte Arbeit leisten, die zum Teil ihre Gesundheit und Lebenserwartung beeinträchtigen.

Ein Anstoß, die vielfältigen Elemente von Selbstbestimmung und ihre zahlreichen Überschneidungen in den Blick zu nehmen, kommt von der neuen Aktionskoalition der Vereinten Nationen für körperliche Autonomie sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Die Koalition hat den Auftrag, ambitionierte Maßnahmen auf den Tisch zu legen, die den Frauenrechten innerhalb der nächsten fünf Jahre massiven Auftrieb verschaffen sollen. UNFPA soll die Koalition mit anführen.

Frauen und Jugendliche brauchen mehr Optionen, die unmittelbar und praktisch zu mehr Entscheidungsfreiheit führen, zum Beispiel durch Chancengleichheit bei hochwertiger Bildung und menschenwürdiger Arbeit. Aber selbst gut gemeinte Maßnahmen greifen oft zu kurz, wenn sie isoliert bleiben und die Systeme, durch die geschlechtsbasierte Diskriminierungen zementiert werden, unverändert lassen. Förderprogramme für Unternehmerinnen zum Beispiel greifen manchmal zu kurz, weil sie die zahlreichen Benachteiligungen am Arbeitsplatz, in den sozialen Sicherungssystemen, in der Gesundheitsversorgung, in der Altersversorgung, beim Zugang zu Vermögenswerten und Finanzdienstleistungen, beim Marktzugang und beim Arbeitsschutz nicht beseitigen.

Künstlerische Illustration von Kaisei Nanke anhand einer Fotografie von Mikey Struik/Unsplash

Selbstbestimmung verlangt die Änderung von Normen und neuen Chancen

Wie soziale Normen, die Diskriminierungen – aufgrund des Geschlechts oder aus anderen Gründen – zementieren, verändert werden müssen, wird heute immer besser verstanden. Entsprechende Programme müssen neue Denkweisen unterstützen und Anreize schaffen. Soll sich beispielsweise die ungerechte Belastung von Frauen und Mädchen durch unbezahlte Care-Arbeit verringern, dann müssen hier nicht nur die Männer ihren gerechten Anteil übernehmen. Familien müssen zudem bezahlbaren Zugang zu lebenswichtigen Dienstleistungen erhalten, die ihnen diese Arbeit erleichtern – von hochwertiger Kinder- und Altenbetreuung bis hin zu einer zuverlässigen Wasser- und Stromversorgung.

Autonomie hängt davon ab, dass Gesetze ermöglichen und nicht einschränken

Die meisten Staaten bekennen sich in ihrer Verfassung ausdrücklich zu Frauenrechten und zur Gleichstellung der Geschlechter. Dies ist ein Einstieg zur Beseitigung der Diskriminierung aufgrund von Gesetzen und Rechtsprechung. Doch obwohl 191 Verfassungen heute Bestimmungen zu Gleichstellung und Nichtdiskriminierung aufweisen, verfügen nur 24 Staaten über eigenständige Regelungen zu den Rechten der Frau.

Die Überprüfung von Gesetzen auf Geschlechtersensibilität und ihre Übereinstimmung mit Menschenrechtsnormen kann ein erster Schritt sein, um Diskriminierung und Ungleichheit zu beseitigen. Ein staatliches Institut für Menschenrechte könnte eine Gesetzgebung vorantreiben, die den universellen Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ohne jede Diskriminierung gewährleistet. Es könnte dazu beitragen, hinderliche Vorschriften zu bereinigen, wie zum Beispiel die Zustimmungspflicht durch Dritte und Einschränkungen aufgrund des Personenstands. Diskrepanzen zwischen dem Schutzalter für sexuelle Handlungen und für den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit sollten beseitigt werden.

Rechtsprechung muss Entscheidungsfreiheit schützen

Diskriminierende gesellschaftliche Normen spiegeln sich in den Rechtssystemen wieder und können deshalb zu diskriminierenden Urteilen führen, selbst wenn sich die Gesetze ihrem Wortlaut nach formgerecht an den Menschenrechten und der Gleichstellung der Geschlechter orientieren.

Es zeigt sich immer mehr, dass patriarchalische Regeln und Praktiken, egal woher sie stammen, in der Rechtsprechung nicht mehr aufrechterhalten werden können, weil sie mit sich verändernden gesellschaftlichen Einstellungen und Verfassungswerten in Konflikt geraten. In etlichen Fällen, in denen es um geschlechtsspezifische Gewalt ging, haben Gerichte eine Diskriminierung aus religiösen oder kulturellen Gründen als verfassungswidrig eingestuft, so zum Beispiel in einem Prozess über weibliche Genitalverstümmelung in Uganda.

Um sich weiter in diese Richtung zu bewegen, müssen Justiz- und Polizeibeamte nicht nur die Gesetze zum Schutz der Rechte und Autonomie von Frauen kennen, sondern auch in der Lage sein, ihre eigenen Annahmen und Vorurteile zu hinterfragen und sich bewusst zu machen, wie sich diese auf ihre Urteile und Ermittlungsberichte auswirken.

Viele mit körperlicher Selbstbestimmung verbundene Themen sind im engsten Privatbereich angesiedelt. Doch dieser wird aufgrund bestimmter Vorstellungen von dem, was öffentlich und was privat ist, sowie durch Diskriminierung aufgrund des Geschlechts zusätzlich abgeschirmt. Daher ist es wichtig, Frauenrechtsorganisationen zu unterstützen, die sich um diesen Bereich kümmern. Sie können helfen, Frauen eine Brücke zu ihren gesetzlich verankerten Rechten zu bauen. Und sie können Diskriminierungen von marginalisierten Gruppen auf die Spur kommen, die möglicherweise durch eine entsprechende Gesetzgebung behoben werden könnten.

Im Zentrum gesundheitlicher Entscheidungen stehen die Patient*innen

Frauen und Mädchen können ihre körperliche Selbstbestimmung nicht verwirklichen, solange sie keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung einschließlich lebenswichtiger Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben. Zu den SDGs gehört das globale Ziel einer grundlegenden Gesundheitsversorgung, mit der alle Menschen Zugang zur notwendigen medizinischen Grundversorgung haben sollen, ohne dadurch in finanzielle Not zu geraten.

Eine allgemeine Gesundheitsversorgung lässt sich nur etablieren, wenn sie in der nationalen Entwicklungsplanung an oberster Stelle steht, wenn ein funktionierendes Gesundheitswesen aufgebaut wird, wenn dafür adäquate Haushaltsmittel zugewiesen werden und wenn aussagekräftige Daten generiert und ausgewertet werden, um Dienstleistungen und die soziale Sicherung an unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und Bedürfnisse der verschiedenen Altersgruppen anzupassen.

Soll die grundlegende Gesundheitsversorgung körperliche Autonomie fördern, darf sie sich nicht darauf beschränken, Dienstleistungen auf Basis einer engen Definition medizinischer Bedürfnisse bereitzustellen. Es gilt zudem, die Geschlechterdynamiken zu berücksichtigen, durch die sowohl diese Bedürfnisse als auch die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung beeinflusst werden. Wie die Pekinger Erklärung und Aktionsplattform festhält, wird die Gesundheit von Frauen auch durch geschlechtsspezifische Vorurteile im Gesundheitssystem und durch die Bereitstellung unzureichender und ungeeigneter medizinischer

Künstlerische Illustration von Hülya Özdemir

Dienste für Frauen beeinträchtigt. Ähnliches erfahren Menschen auch aufgrund einer Behinderung, ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer Geschlechtsidentität.

Während viel Wert daraufgelegt wird, dass Gesundheitsdienste technisch gut ausgestattet und erschwinglich sind, werden Akzeptanz, Sicherheit und Stärkung für die Frauen und Mädchen, die sie in Anspruch nehmen, oft weniger berücksichtigt. Werden diskriminierende Normen toleriert oder akzeptiert, kann dies schnell dazu führen, dass Gesundheitsdienste das Prinzip der informierten Zustimmung und Selbstbestimmung der Patient*innen über Bord werfen. Denn es verlangt von ihnen, Patient*innen zu unterstützen und aufzuklären, ohne für sie zu entscheiden. Dies kann

unter anderem zur Folge haben, dass bestimmte Dienstleistungen verweigert werden, dass also beispielsweise unverheirateten Mädchen und Frauen keine Verhütungsmittel, keine sicheren Schwangerschaftsabbrüche und keine Versorgung nach einem Schwangerschaftsabbruch angeboten werden, auch wenn solche Leistungen nicht gegen das formale Recht verstoßen. Eine weitere mögliche Folge ist Gewalt in der Geburtshilfe, also Misshandlung durch das medizinische Personal oder Methoden, die während der Schwangerschaft oder bei der Geburt gegen den Willen der Schwangeren angewendet werden.

Um Voreingenommenheit im Gesundheitswesen zu verändern, können verschiedene Strategien hilfreich sein: Sollen Gesundheitsdienste die Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung fördern, müssen sie beispielsweise eine Auswahl an Verhütungsmethoden bereitstellen und dadurch auf individuelle Bedürfnisse eingehen. Dafür zu sorgen, dass Frauen, die eine Ärztin bevorzugen, auch von einer behandelt werden, ist ein weiterer wirkungsvoller Schritt. Die Möglichkeit, mit dem Gesundheitspersonal in mehreren Sprachen kommunizieren zu können, fördert ebenfalls die Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen. Wer in Krankenhäusern und Gesundheitszentren die Patient*innenrechte aushängt, die Würde, Rechte und Entscheidungsfreiheit bekräftigen, und dafür sorgt, dass diese Informationen auch solche Frauen erreichen, die nicht lesen und schreiben können oder eine Behinderung haben, zeigt, dass sich die Dienstleistungen an den Wünschen und Entscheidungen der Patient*innen orientieren. Wesentlich ist auch die Relevanz der Dienstleistungen: Es ist wichtig, dass Behandlungen priorisiert werden, die dem Bedarf der Patient*innen entsprechen, und dass ein besonderes Augenmerk auf die Gruppen gelegt wird, die den höchsten ungedeckten Bedarf an sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung haben oder nur selten Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Es gilt, ein Umfeld zu schaffen, in dem das medizinische Personal, das Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erbringt und im Übrigen mehrheitlich aus Frauen besteht, seine Arbeit mit Professionalität und Anteilnahme leisten kann.

Die Motivation der Patient*innen, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen und zwischen verschiedenen Möglichkeiten zu wählen, hängt auch von einigen Grundvoraussetzungen einer hochwertigen Gesundheitsversorgung ab, wie kurze Wege, günstige Öffnungszeiten und Erschwinglichkeit von Leistungen. Die Dienste müssen die Privatsphäre gewährleisten und medizinisches Personal beschäftigen, das den Patient*innen gegenüber positiv eingestellt ist und mit uneingeschränktem Respekt begegnet. Werden Dienstleistungen der Familienplanung durch gemeindenahes medizinisches Personal erbracht, das fachgerecht informiert und auch die Männer mit aufklärt, steigt nachweislich die Akzeptanz von Verhütungsmitteln. Kommunalpolitisches Engagement zu den gesundheitlichen Vorteilen von Informationen und Dienstleistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit für unverheiratete Jugendliche kann deren Stigmatisierung mindern und die Nutzung solcher Dienstleistungen fördern.

Das von UNFPA begleitete ugandische Programm „SASA!“ nutzt zahlreiche Foren, um Normen und Verhaltensweisen auf Gemeindeebene umzukrempeln, die Frauen benachteiligen und geschlechtsspezifische Gewalt sowie die erhöhte HIV-Vulnerabilität von Frauen fördern. Beschäftigte im Gesundheitswesen, kommunale Behörden und Aktivist*innen beginnen mit einer kritischen

Analyse von Macht und Ungleichheit und bringen dann Ansichten und Ideen ein, die sie in Gruppengesprächen, bei Hausbesuchen, Filmvorführungen und bei anderen Veranstaltungen in Erfahrung gebracht haben. Das Programm hat die gesellschaftliche Akzeptanz häuslicher Gewalt signifikant verringert und die Zustimmung zu der Auffassung, dass eine Frau den Sex verweigern kann, gesteigert. In Gemeinden, in denen das Programm läuft, hat die Partnergewalt gegen Frauen um bis zu 52 Prozent abgenommen.

Geburtshelfer*innen sind die wichtigsten Betreuungspersonen für schwangere Frauen auf der ganzen Welt. Sie erbringen eine Vielzahl von Dienstleistungen, die für die Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte unabdingbar sind – von der Beratung in Fragen der Familienplanung bis hin zu Vorsorgeuntersuchungen bezüglich Ernährungszustand und Gebärmutterhalskrebs. In ihren Praxen können die meist weiblichen Geburtshelfer*innen, gesellschaftliche Normen zur Bedeutung von Entscheidungsfreiheit und körperlicher Selbstbestimmung gestalten und verändern, besonders wenn sie qualifiziert und selbst starke Persönlichkeiten sind. Es muss kontinuierlich und verstärkt in Geburtshilfe investiert werden, um qualifizierte Fachkräfte heranzubilden, zu beschäftigen und langfristig zu binden.

Alle Gesundheitssysteme müssen darauf reagieren, wie Diskriminierung aufgrund des Geschlechts mit anderen Formen der Ausgrenzung einhergeht und so Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit untergräbt. Bleiben solche Mechanismen unerkannt, können sie dazu führen, dass Dienstleistungen ungeeignet oder nicht verfügbar sind oder gar eklatante Rechtsverletzungen darstellen.

Selbstbestimmung braucht Aufklärung

Körperliche Autonomie lässt sich nur verwirklichen, wenn Menschen informierte Entscheidungen treffen können. Frauen mit höherem Bildungsstand treffen häufiger selbstbestimmte Entscheidungen über Empfängnisverhütung und Gesundheitsversorgung und sind eher in der Lage, Sex zu verweigern. Zudem korreliert der Zugang von Frauen und Mädchen zu den Massenmedien mit der Anwendung von Verhütungsmitteln sowie der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung.

Von den 75 Staaten, aus denen Daten über Gesetze und Vorschriften zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit vorliegen, verfügen nicht einmal zwei Drittel über Gesetze oder Leitlinien, die zu einer umfassenden Sexualaufklärung in Lehrplänen verpflichten. Eine solche Aufklärung – von früher Kindheit an – fördert die Autonomie und Sicherheit junger Erwachsener und zwar ohne dass sie früher sexuell aktiv werden. Eine umfassende Sexualaufklärung führt später häufig zu mehr Respekt in Beziehungen und mehr Autonomie bei Entscheidungen über Sexualität.

Gesundheitsdienste können umfassend über Sex und Reproduktion aufklären. Sie müssen diese Informationen respektvoll und vorurteilsfrei vermitteln und dabei die unterschiedlichen Bedürfnisse je nach Alter, Fähigkeiten und sozioökonomischem Status berücksichtigen. Dies gilt ganz besonders für Jugendliche und andere Gruppen, die beim Zugang zu Sexualaufklärung übersehen oder marginalisiert werden. Entsprechende Dienste sollten darauf vorbereitet sein, Falschinformationen entgegenzuwirken, die in der Gesellschaft kursieren und informierte Entscheidungen erschweren.

Autonomie erfordert die Verteidigung derjenigen, die für die Stärkung und Rechte von Frauen eintreten

Politikerinnen, Journalistinnen, Aktivistinnen und Menschenrechtsverteidigerinnen sind immer häufiger Schikanen, Gewalt und Cybermobbing ausgesetzt. Von 2014 bis 2018 gab es in 60 Staaten insgesamt 181 offiziell gemeldete Angriffe auf Frauen, die Menschenrechte verteidigen. Dokumentiert wurden unter anderem Verleumdungskampagnen, körperliche oder sexualisierte Gewalt, Folter, Mord, Drohungen und Angriffe gegen – oder durch – Familienangehörige sowie Angriffe auf ihre Mitarbeiter*innen.

Solche Straftaten sollten entschieden bekämpft und verhindert werden. Einige Staaten haben – häufig auf Druck von Frauenrechtler*innen – spezifische Gesetze verabschiedet, die Gewalt gegen politisch aktive bzw. in der Öffentlichkeit stehende Frauen unter Strafe stellen.

POLITIKERINNEN, JOURNALISTINNEN UND AKTIVISTINNEN SIND HÄUFIGER SCHIKANEN, GEWALT UND CYBERMOBBING AUSGESETZT.

Autonomie erfordert, dass Männer ihre Einstellung ändern

Frauen können ihre Rechte einfordern und Staaten können sie dabei fördern. Doch hängt der Fortschritt ganz wesentlich davon ab, ob Männer bereit sind, ihre Vormachtstellung aufzugeben. Ein Weg könnte unter anderem darin bestehen, dass mehr Männer erkennen, welche Schattenseiten ihre Vorherrschaft hat. Zum Beispiel in Bezug auf die Gesundheit ihrer (Ehe-)Partnerinnen oder auch auf zwischenmenschliche Konflikte. Insbesondere männliche Jugendliche brauchen positive Männlichkeitsbilder, denn sie befinden sich in einer Lebensphase, in der sich schädliche Geschlechternormen herauskristallisieren, die ihnen selbst und Mädchen und Frauen langfristig schaden.

Ein Bereich, in dem die Entscheidungsfreiheit und Autonomie der Frauen besonders gering ist, ist die Möglichkeit, Sex zu verweigern. Im Idealfall wird Kindern zu Hause von Anfang an vorgelebt, wie eine respektvolle, gewaltfreie Beziehung aussieht. Unabhängig davon sollte das Thema aber auch integraler Bestandteil einer umfassenden Sexualaufklärung in der Schule sein. Wichtig ist zudem, die Straflosigkeit für sexualisierte Gewalt in jeder Form zu beenden, von der Einzeltat bis hin zu den Massenvergewaltigungen, die als Kriegswaffe eingesetzt werden.

Wenn sich die Chancen von Frauen verbessern, ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten und an ihrem Wohnort und darüber hinaus eine Führungsrolle zu übernehmen, stärkt dies auch ihre Position innerhalb des eigenen Haushalts und ihre Selbstbestimmung über den eigenen Körper. Dafür ist eine gezielte Zusammenarbeit mit Männern und den Kommunalverwaltungen erforderlich.

Es gilt zudem, zusammen mit Männern die eingefahrene Rollenverteilung bei der unbezahlten Care-Arbeit zu verändern, damit diese nicht mehr hauptsächlich von Frauen geleistet wird, und Macht und Entscheidungsbefugnisse im Haushalt gleichmäßiger zu verteilen. Staatliche Regelungen über Elternzeit für Väter könnte Männer motivieren, sich an der Care-Arbeit zu beteiligen, insbesondere wenn diese Auszeit vom Beruf nicht auf den anderen Elternteil übertragbar ist. Außerdem könnte die Politik mehr tun, um Männer dahingehend zu unterstützen, sich über Klischees hinwegzusetzen und in klassische Frauenberufe im Pflegebereich einzusteigen – zum Beispiel in die Kinderbetreuung und Altenpflege.

Weitere Gelegenheiten zur Förderung gendersensibler Grundeinstellungen bei Männern und Jungen ergeben sich im Rahmen von Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, wo Informationen über gleichberechtigte Beziehungen, Elternschaft und Kommunikation vermittelt werden können. Es hat sich außerdem herausgestellt, dass Initiativen, die Frauen, Männer, Mädchen und Jungen gleichzeitig ansprechen, wirksamer sind als solche, die sich nur mit Männern und Jungen beschäftigen.

Selbstbestimmung braucht Investitionen

Mit substanziellen und nachhaltigen Investitionen in integrierte Dienstleistungen für die Bereiche soziale Sicherung, Gesundheit und Bildung können zahlreiche Risiken und Schwachstellen angegangen werden, denen Frauen und Mädchen ihr ganzes Leben lang ausgesetzt sind. Und wenn dabei sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zum Schwerpunkt gemacht werden, würde dies ihre Stärke und Autonomie fördern. Noch nie waren solche Ansätze wichtiger als bei der Planung für den Wiederaufbau nach der Covid-19-Pandemie, da Familien, die in Armut leben, nun mit zusätzlichen wirtschaftlichen Folgen zu kämpfen haben.

Staatliche Aktionspläne und Einrichtungen zur Frauenförderung benötigen adäquate finanzielle Mittel. Dasselbe gilt für zivilgesellschaftliche Frauenorganisationen, die die Selbstbestimmung und Rechte von Frauen häufig an vorderster Front verteidigen. Sie erbringen zahlreiche Dienstleistungen für Betroffene geschlechtsspezifischer Gewalt. Während der Bedarf an solchen Dienstleistungen im Verlauf der Corona-Pandemie dramatisch angestiegen ist, hat die Finanzierung in vielen Fällen nicht Schritt gehalten.

Die Beseitigung der vermeidbaren Müttersterblichkeit, die Deckung des gesamten Bedarfs an Verhütungsmitteln und die Beendigung der geschlechtsspezifischen Gewalt bis 2030 werden weltweit etwa 264 Milliarden US-Dollar kosten. Diese Ziele zu erreichen wäre ein Beitrag zur körperlichen Autonomie von Frauen.

Selbstbestimmung messen

Die SDGs stellen eine Weiterentwicklung dar, weil sie eine Fortschrittsmessung in puncto Frauenförderung einfordern – unter anderem auch bezüglich der Frage, ob Frauen und Mädchen selbst über ihren Körper bestimmen können. Doch immer noch gibt es große Lücken bei der geschlechterdifferenzierten Aufschlüsselung der Daten.

Mangelnde Kenntnisse über das, was im Leben von Frauen und Mädchen tatsächlich vor sich geht, beeinträchtigen automatisch die Entwicklung von Dienstleistungen und Konzepten zur wirksamen Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Selbstbestimmung. Bleiben Probleme wie geschlechtsspezifische Gewalt und unbezahlte Care-Arbeit unsichtbar, schreitet Diskriminierung weiter fort.

Nur schätzungsweise 13 Prozent aller Staaten verfügen über ein eigenes Haushaltsbudget für die Erhebung und Analyse geschlechterdifferenzierter Daten.

Datenerhebungs- und -verarbeitungsysteme müssen strategisch so gestaltet werden, dass sie einerseits die gemeinsamen Erfahrungen von Frauen und Mädchen erfassen und anderseits detailliert genug sind, um auch deren Vielfalt widerzuspiegeln. Sie müssen systematisch und umfassend ansetzen und an den Prinzipien der Menschenrechte orientiert sein, damit Marginalisierung und Diskriminierung verhindert werden. Diese Stoßrichtung sollte durch staatliche Leitlinien vorgegeben werden.

Verstärkte Investitionen in geschlechterdifferenzierte Erhebungen erfordern einen voll finanzierten, nationalen Aktionsplan zur Frauenförderung, in dem sämtliche Datenquellen und Statistiken berücksichtigt sind und dem messbare Zwischenschritte zugrunde liegen. Eine vermehrte Zusammenarbeit mit den nationalen Statistikbehörden könnte aufzeigen, welche Vorteile es bringt, geschlechterdifferenzierte Daten zu erheben und geschlechtsbezogene Unterschiede in wichtigen Verwaltungsdaten wie zum Beispiel Einwohner*innenmeldedaten und Bevölkerungsstatistiken herauszuarbeiten.

Künstlerische Illustration Rebeka Artim

Alexander Armando Morales Tecún klärt junge Menschen über die Gleichstellung der Geschlechter auf. Künstlerische Illustration von Naomi Vona; Foto: © UNFPA/J. Serrano

Eine Welt mit Rechten, Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung

Wer Frauen und Mädchen ihrer Rechte und Entscheidungsfreiheit beraubt und ihre Körper den Launen Anderer unterwirft, lässt das von der Weltgemeinschaft in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung beschriebene Potenzial für menschliche, soziale und wirtschaftliche Fortschritte brachliegen. Geschlechtergerechtigkeit ist eine entscheidende Variable für den Erfolg. Jeder Mensch sollte selbstbestimmt über Gesundheitsversorgung, Empfängnisverhütung und Sex entscheiden können.

Die Regierungen, alle sozialen und wirtschaftlichen Institutionen, Gemeinschaften, Familien und Männer haben die Aufgabe, die Rechte von Frauen zu wahren und Diskriminierung auf breiter Front zu beenden. Darin müssen alle besser werden.

Allein die individuelle Person hat das Recht, über den eigenen Körper und das eigene Leben zu entscheiden. Nur sie hat das Recht, ja oder nein zu sagen. Gemeinsam können wir dies bewirken.

Künstlerische Illustration von Rebeka Artim

Indikatoren

Überwachung der ICPD Ziele:
Gesundheit **84**

Überwachung der ICPD Ziele:
Würde und Menschenrechte **90**

Demografische Indikatoren **96**

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen **102**

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100,000 Lebendgeburten [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte [a]	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nichtinfizierte 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 %
						IRGENDEINE METHODE		MODERNE METHODE					
						Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung		
Globale und regionale Daten	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Welt	**211**	**199**	**243**	**81**	**0,24**	**49**	**63**	**45**	**57**	**9**	**11**	**77**	**73**
Stärker entwickelte Regionen	12	11	13	99	–	59	71	53	62	7	9	80	84
Weniger entwickelte Regionen	232	219	268	79	–	47	62	43	56	9	12	76	69
Am wenigsten entwickelte Regionen	415	396	477	61	0,58	32	42	28	37	16	20	59	71
Regionale Daten													
Arabische Staaten	151	121	208	90	–	34	53	29	45	10	16	65	53
Asien und Pazifik	120	108	140	85	–	52	67	48	62	7	9	80	72
Lateinamerika und Karibik	74	70	80	94	–	59	75	56	70	8	10	83	66
Osteuropa und Zentralasien	20	18	22	99	–	46	64	36	49	8	12	66	82
Ost- und Südliches Afrika	391	361	463	64	–	34	43	31	39	16	21	62	75
West- und Zentralafrika	717	606	917	55	–	20	22	17	18	17	22	46	70
Land, Territorium oder Gebiet	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Afghanistan	638	427	1010	59	0,02	19	26	17	23	17	24	47	54
Ägypten	37	27	47	92	0,04	44	61	43	59	9	12	81	44
Albanien	15	8	26	–	–	31	44	4	5	12	17	10	82
Algerien	112	64	206	–	0,03	35	64	31	57	6	9	76	–
Angola	241	167	346	47	1,01	16	17	15	15	27	36	35	66
Antigua und Barbuda	42	24	69	100	–	45	64	43	61	10	13	78	–
Äquatorialguinea	301	181	504	–	4,21	17	17	15	14	23	31	37	–
Argentinien	39	35	43	94	0,15	60	71	57	67	9	11	84	–
Armenien	26	21	32	100	0,06	39	59	21	31	8	12	44	87
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Aserbaidschan	26	21	32	99	–	37	57	15	22	9	14	32	–
Äthiopien	401	298	573	28	0,24	29	42	29	41	15	21	66	–
Australien	6	5	8	97	0,04	59	67	57	64	8	11	85	–
Bahamas	70	48	110	99	0,55	45	67	43	65	9	12	80	–
Bahrain	14	10	21	100	–	31	67	21	46	5	10	59	–
Bangladesch	173	131	234	53	0,01	55	66	48	57	9	11	75	–
Barbados	27	17	39	99	0,58	50	63	47	61	12	14	76	44
Belarus	2	1	4	100	0,22	61	70	52	58	6	8	78	87
Belgien	5	4	7	–	–	59	67	58	66	6	8	90	–
Belize	36	26	48	94	0,81	44	57	42	53	14	18	71	42
Benin	397	291	570	78	0,34	17	18	14	14	25	31	33	91
Bhutan	183	127	292	96	0,11	39	60	38	58	8	13	80	–
Bolivien	155	113	213	72	0,13	48	67	35	49	12	16	59	–
Bosnien und Herzegowina	10	5	16	100	0,01	38	49	19	21	11	14	38	–
Botswana	144	124	170	100	4,36	57	69	56	68	8	10	86	–
Brasilien	60	58	61	99	–	65	80	63	77	6	7	89	–
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarien	10	6	14	100	0,05	65	79	50	57	5	7	71	–
Burkina Faso	320	220	454	80	0,12	30	34	29	33	20	24	58	72
Burundi	548	413	728	85	0,16	19	31	17	28	17	28	47	64
Cabo Verde	58	45	75	92	0,19	49	68	47	65	11	11	79	–

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100,000 Lebendgeburten [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte [a]	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nichtinfizierte 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 %
						IRGENDEINE METHODE		MODERNE METHODE					
						Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung		
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Chile	13	11	14	100	0,27	63	77	59	71	6	8	85	–
China	29	22	35	100	–	69	85	67	83	4	3	91	–
China, Hong Kong	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–
China, Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	27	24	31	99	0,21	55	73	53	71	9	11	84	62
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	0,70	26	26	23	22	21	27	49	63
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänemark	4	3	5	95	0,02	65	78	61	74	5	7	88	90
Deutschland	7	5	9	99	0,03	61	78	60	78	5	5	91	–
Dominica	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominikanische Republik	95	88	102	100	0,26	57	72	55	70	9	10	84	–
Dschibuti	248	116	527	–	0,57	16	29	16	28	15	27	50	–
Ecuador	59	53	65	96	0,13	60	81	54	73	6	6	82	–
El Salvador	46	36	57	100	0,11	52	73	49	69	8	10	81	83
Eritrea	480	327	718	–	0,15	9	14	9	13	18	29	32	–
Estland	9	5	13	99	0,23	57	65	52	58	7	11	81	–
Eswatini	437	255	792	–	8,62	54	68	53	66	10	13	83	–
Fidschi	34	27	43	100	–	35	51	30	44	12	16	65	–
Finnland	3	2	4	100	0,04	79	82	74	78	3	5	91	98
Frankreich	8	6	9	98	0,09	65	78	63	75	4	4	91	–
Französisch-Guayana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	252	165	407	–	1,01	38	37	30	27	18	24	53	58
Gambia	597	440	808	–	1,06	11	15	11	15	17	25	39	83
Georgien	25	21	29	99	0,18	32	47	24	34	13	19	52	93
Ghana	308	223	420	78	0,70	27	36	23	31	19	26	51	–
Grenada	25	15	39	100	–	45	64	42	59	10	13	76	–
Griechenland	3	2	4	100	–	54	74	39	50	6	7	64	54
Großbritannien	7	6	8	–	–	73	82	67	74	4	5	87	92
Guadeloupe	–	–	–	–	–	46	60	41	53	11	15	73	–
Guam	–	–	–	–	–	42	66	36	56	7	10	75	–
Guatemala	95	86	104	70	0,14	42	64	36	53	9	13	70	–
Guinea	576	437	779	55	0,52	12	10	10	9	20	25	33	–
Guinea-Bissau	667	457	995	45	1,43	29	20	27	19	16	20	60	70
Guyana	169	132	215	96	0,51	34	46	32	44	17	25	63	75
Haiti	480	346	680	42	0,69	28	38	26	35	23	34	50	65
Honduras	65	55	76	74	0,09	52	76	47	67	7	9	78	–
Indien	145	117	177	81	–	43	57	39	51	9	12	74	–
Indonesien	177	127	254	95	0,17	44	62	42	59	8	11	81	–
Irak	79	53	113	96	–	37	56	26	39	9	13	57	39

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100,000 Lebendgeburten [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte [a]	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %
						IRGENDEINE METHODE		MODERNE METHODE					
						Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung		
Land, Territorium oder Gebiet	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Iran	16	13	20	99	0,05	58	81	46	65	4	5	75	–
Irland	5	3	7	100	0,08	66	71	63	66	6	9	88	–
Island	4	2	6	98	0,05	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	3	2	4	–	0,05	39	74	30	56	5	8	68	–
Italien	2	1	2	100	0,05	59	67	48	51	7	9	73	–
Jamaika	80	67	98	100	–	42	68	40	64	9	11	78	–
Japan	5	3	6	100	0,01	48	56	41	44	12	16	68	83
Jemen	164	109	235	–	0,04	27	43	20	31	15	24	48	63
Jordanien	46	31	65	100	0,00	30	54	22	38	8	14	56	–
Jungferninseln (USA)	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–
Kambodscha	160	116	221	89	0,05	43	63	32	46	7	11	63	98
Kamerun	529	376	790	69	1,02	27	23	22	17	16	23	51	–
Kanada	10	8	14	98	–	74	82	70	77	3	5	91	–
Kasachstan	10	8	12	100	0,14	43	53	40	51	11	15	75	63
Katar	9	6	14	100	–	30	48	26	40	10	16	64	–
Kenia	342	253	476	62	1,02	46	64	45	62	12	14	77	–
Kirgisistan	60	50	76	100	0,09	29	41	27	39	13	18	66	73
Kiribati	92	49	158	–	–	20	26	16	21	18	26	44	–
Kolumbien	83	71	98	99	0,14	64	82	60	77	6	7	87	97
Komoren	273	167	435	–	0,00	20	27	16	22	19	29	41	–
Kongo	378	271	523	91	1,03	42	43	28	27	15	19	50	53
Kongo, Dem. Rep.	473	341	693	80	0,21	23	25	12	12	21	26	28	–
Korea	11	9	13	100	–	56	81	51	73	6	5	82	–
Korea, Dem. Volksrep.	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83
Kroatien	8	6	11	100	0,02	51	71	36	47	7	8	63	–
Kuba	36	33	40	100	0,15	70	75	69	74	7	8	89	–
Kuwait	12	8	17	100	0,04	41	60	34	49	9	14	67	–
Laos	185	139	253	64	0,08	39	61	34	54	8	11	74	96
Lesotho	544	391	788	87	7,80	53	66	52	65	11	15	81	–
Lettland	19	15	26	100	0,19	61	72	54	62	6	9	81	70
Libanon	29	22	40	–	0,02	29	62	21	46	6	12	61	–
Liberia	661	481	943	–	0,39	28	30	27	29	25	28	51	–
Libyen	72	30	164	–	0,07	25	39	16	25	17	26	38	33
Litauen	8	5	12	100	–	46	66	38	53	8	11	70	88
Luxemburg	5	3	8	–	0,09	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagaskar	335	229	484	46	0,24	41	50	36	44	15	16	65	–
Malawi	349	244	507	90	2,28	48	64	48	63	13	15	77	76
Malaysia	29	24	36	100	0,18	35	57	25	41	9	14	57	81
Malediven	53	35	84	100	–	15	22	12	17	22	30	33	45
Mali	562	419	784	67	0,78	18	19	17	19	21	24	45	79

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100,000 Lebendgeburten [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte [a]	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nichtinfizierte 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 %
						IRGENDEINE METHODE		MODERNE METHODE					
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung		
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Malta	6	4	11	100	–	64	85	50	66	4	3	74	90
Marokko	70	54	91	87	0,03	43	71	37	61	7	11	74	–
Martinique	–	–	–	–	–	47	62	43	56	11	14	74	–
Mauretanien	766	528	1140	69	0,03	12	18	11	16	18	29	35	62
Mauritius	61	46	85	100	0,70	43	67	28	43	8	10	56	73
Mexiko	33	32	35	96	0,08	56	73	53	70	9	10	82	–
Mikronesien	88	40	193	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldawien	19	15	24	100	0,25	53	64	42	50	9	12	67	–
Mongolei	45	36	56	99	0,01	41	56	37	51	13	15	70	–
Montenegro	6	3	10	99	0,08	26	26	18	15	17	22	43	52
Mosambik	289	206	418	73	5,25	26	28	25	27	19	22	56	94
Myanmar	250	182	351	60	0,20	33	58	33	56	8	14	78	82
Namibia	195	144	281	–	2,82	52	61	52	60	10	15	83	96
Nepal	186	135	267	58	0,03	43	55	38	48	17	21	63	48
Neukaledonien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	9	7	11	97	0,03	65	80	61	75	5	5	88	94
Nicaragua	98	77	127	96	0,07	53	82	51	79	5	6	88	–
Niederlande	5	4	7	–	0,03	63	73	61	71	6	7	89	98
Niger	509	368	724	39	0,08	16	19	16	18	16	18	49	–
Nigeria	917	658	1320	43	0,65	17	20	13	15	15	19	41	–
Nordmazedonien	7	5	10	100	0,02	40	48	21	21	13	17	40	–
Norwegen	2	2	3	99	0,02	67	86	63	80	4	4	89	–
Oman	19	16	22	99	0,07	21	35	14	24	15	26	40	–
Österreich	5	4	7	98	–	65	70	62	68	6	8	88	–
Pakistan	140	85	229	69	0,11	25	37	19	28	12	17	52	65
Palästina [1]	–	–	–	100	–	41	62	31	47	7	11	65	60
Panama	52	45	59	93	0,32	48	60	45	56	14	17	73	–
Papua-Neuguinea	145	67	318	56	0,26	28	38	23	32	18	25	51	–
Paraguay	84	72	96	98	0,16	58	72	54	67	8	9	82	–
Peru	88	69	110	92	0,10	55	77	42	57	5	7	70	–
Philippinen	121	91	168	84	0,13	36	57	27	43	10	16	58	75
Polen	2	2	3	100	–	53	73	43	57	6	8	72	–
Portugal	8	6	11	99	0,07	61	75	52	65	7	7	78	–
Puerto Rico	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	82	–
Réunion	–	–	–	–	–	49	72	48	71	9	9	83	–
Ruanda	248	184	347	91	0,29	34	58	31	53	12	17	69	–
Rumänien	19	14	25	97	0,04	55	72	45	58	5	8	75	–
Russland	17	13	23	100	–	49	68	41	57	6	10	75	–
Salomonen	104	70	157	86	–	24	33	20	27	13	17	54	–
Sambia	213	159	289	63	2,97	37	53	35	50	15	18	68	91

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100,000 Lebendgeburten [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte [a]	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %
						IRGENDEINE METHODE		MODERNE METHODE					
						Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung		
Land, Territorium oder Gebiet	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Samoa	43	20	97	83	–	17	29	16	27	24	41	39	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé und Príncipe	130	73	217	93	–	36	46	33	43	21	27	59	54
Saudi-Arabien	17	10	30	99	–	19	30	15	24	15	25	44	–
Schweden	4	3	6	–	–	62	73	57	66	6	8	84	100
Schweiz	5	3	7	–	–	72	73	68	69	4	7	89	92
Senegal	315	237	434	74	0,08	22	31	21	29	16	22	56	–
Serbien	12	9	17	98	0,02	49	56	33	30	10	13	56	86
Seychellen	53	26	109	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	1.120	808	1.620	87	0,55	28	25	27	25	20	24	57	65
Simbabwe	458	360	577	86	2,79	49	69	49	68	8	10	85	–
Singapur	8	5	13	100	0,04	40	69	36	61	6	10	77	–
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	5	4	7	98	0,02	56	79	48	66	4	6	79	–
Slowenien	7	5	9	–	–	54	80	45	67	6	5	76	–
Somalia	829	385	1.590	–	0,03	16	27	7	12	16	27	23	–
Spanien	4	3	5	–	0,07	60	63	58	62	9	13	84	–
Sri Lanka	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	89
St. Kitts und Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
St. Lucia	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	–
St. Vincent und die Grenadinen	68	44	100	99	–	50	67	48	64	10	12	80	81
Südfrika	119	96	153	97	4,94	50	58	50	57	11	14	82	95
Sudan	295	207	408	78	0,13	11	16	10	14	18	28	34	57
Südsudan	1.150	789	1.710	–	1,56	6	8	5	7	20	30	21	16
Suriname	120	96	144	98	0,49	33	46	33	45	15	23	68	45
Syrien	31	20	50	–	0,00	37	62	28	46	8	13	62	77
Tadschikistan	17	10	26	95	0,09	24	32	22	29	16	22	55	–
Tansania	524	399	712	64	1,41	36	44	32	39	16	20	61	–
Thailand	37	32	44	99	0,09	56	80	54	78	4	5	91	–
Timor-Leste	142	102	192	57	–	19	32	17	29	14	24	52	–
Togo	396	270	557	69	0,70	24	26	22	24	22	31	48	73
Tonga	52	24	116	–	–	20	37	17	32	13	25	52	–
Trinidad und Tobago	67	50	90	100	–	40	49	36	45	14	20	66	32
Tschad	1.140	847	1.590	24	0,44	7	8	6	7	18	24	25	75
Tschechien	3	2	5	100	0,05	63	85	56	76	3	4	85	70
Tunesien	43	33	54	100	0,02	30	58	26	50	7	13	69	–
Türkei	17	14	20	98	–	48	71	33	49	7	10	61	–
Turkmenistan	7	5	10	100	–	37	55	34	51	10	14	74	–
Turks- und Caicosinseln	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100,000 Lebendgeburten [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte [a]	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte [a]	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %
						IRGENDEINE METHODE		MODERNE METHODE					
						Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung	Alle	Verheirated/in Beziehung		
Land, Territorium oder Gebiet	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Uganda	375	278	523	74	1,40	35	45	32	41	19	25	59	–
Ukraine	19	14	26	100	0,28	53	68	44	55	6	9	74	88
Ungarn	12	9	16	100	0,02	49	70	45	63	6	9	81	–
Uruguay	17	14	21	100	0,26	57	79	55	77	6	7	87	99
USA	19	17	21	99	–	64	76	57	67	5	6	83	–
Usbekistan	29	23	37	100	0,16	49	69	46	65	6	9	83	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	36	48	31	41	15	20	61	–
Venezuela	125	97	170	99	–	56	76	52	71	8	10	82	–
Vereinigte Arabische Emirate	3	2	5	100	–	36	51	29	41	12	17	60	–
Vietnam	43	32	61	94	0,06	59	80	50	67	4	5	79	54
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	829	463	1.470	–	1,20	23	26	17	20	18	22	42	77
Zypern	6	4	10	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–

ANMERKUNGEN

– Keine Daten verfügbar

a Die Müttersterblichkeitsrate wurde folgendermaßen gerundet: <100 auf die nächste Einerstelle gerundet; 100–999 auf die nächste Einerstelle gerundet; ≥1.000 auf die nächste Zehnerstelle gerundet.

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

DEFINITIONEN

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

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

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

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

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

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

Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen, moderne Methode: Anteil des 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).

QUELLEN

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

Betreute Geburten: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2020, 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.

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

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

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

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

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

Würde und Menschenrechte

	Geburten bei Heranwachsenden pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Globale und regionale Daten	2020	2019	2019	2018	2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019
Welt	**41**	**20**	**–**	**13**	**55**	**–**	**–**	**85**	**1,00**	**65**	**0,99**
Stärker entwickelte Regionen	12	–	–	–	–	–	–	98	1,00	93	1,01
Weniger entwickelte Regionen	45	27	–	–	54	–	–	83	1,00	62	0,99
Am wenigsten entwickelte Regionen	91	38	–	22	50	–	–	66	0,97	44	0,89
Regionale Daten											
Arabische Staaten	48	20	55	–	–	–	–	81	0,94	60	0,91
Asien und Pazifik	23	26	–	–	59	–	–	87	1,02	63	1,03
Lateinamerika und Karibik	61	25	–	–	74	–	–	93	1,00	79	1,03
Osteuropa und Zentralasien	27	12	–	–	75	–	–	96	0,99	85	1,00
Ost- und Südliches Afrika	95	32	24	–	53	–	–	66	0,96	44	0,84
West- und Zentralafrika	108	39	23	–	37	–	–	62	0,96	43	0,86
Land, Territorium oder Gebiet	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Afghanistan	62	28	–	46	–	–	–	–	–	44	0,56
Ägypten	52	17	70	14	–	99	1,01	98	1,02	77	0,98
Albanien	16	12	–	–	69	98	1,04	96	1,05	82	1,07
Algerien	10	3	–	–	–	100	0,99	–	–	–	–
Angola	163	30	–	26	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Antigua und Barbuda	28	–	–	–	–	99	1,01	99	0,99	87	1,02
Äquatorialguinea	176	30	–	44	–	45	1,02	–	–	–	–
Äthiopien	80	40	47	20	45	86	0,93	53	0,92	26	0,91
Argentinen	54	–	–	–	–	100	0,99	100	1,00	90	1,10
Armenien	21	5	–	4	66	91	1,00	90	1,02	89	1,15
Aruba	26	–	–	–	–	100	1,00	–	–	–	–
Aserbaidschan	45	11	–	10	–	92	1,03	100	1,00	100	1,00
Australien	10	–	–	2[b]	–	100	1,00	98	1,00	92	1,04
Bahamas	29	–	–	–	–	76	1,02	71	1,02	67	1,06
Bahrain	14	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Bangladesch	74	59	–	29	–	95	1,11	74	1,10	62	1,08
Barbados	50	29	–	–	–	99	0,98	95	1,04	95	1,05
Belarus	14	5	–	–	–	99	0,98	99	1,00	99	1,02
Belgien	6	–	–	8[c]	–	99	1,00	99	0,99	99	1,00
Belize	64	34	–	–	–	100	1,01	90	0,98	64	1,04
Benin	108	31	2	14	36	94	0,94	66	0,78	44	0,63
Bhutan	28	26	–	7	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Bolivien	71	20	–	27	–	93	1,00	87	0,99	79	1,00
Bosnien und Herzegowina	11	4	–	–	–	–	–	–	–	79	1,04
Botswana	50	–	–	–	–	89	1,01	–	–	–	–
Brasilien	53	26	–	–	–	96	0,99	97	1,00	85	1,07
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	99	1,01	97	1,00	82	1,04
Bulgarien	38	–	–	9[c]	–	87	1,00	87	0,99	88	0,95
Burkina Faso	132	52	58	9	20	78	0,99	54	1,08	34	1,04
Burundi	58	19	–	28	44	92	1,04	66	1,08	35	1,15
Cabo Verde	80	18	–	8	–	94	0,98	87	1,01	73	1,08

Würde und Menschenrechte

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Heranwachsenden pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Chile	26	–	–	–	–	99	0,99	95	0,99	95	1,00
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hong Kong	2	–	–	–	–	97	1,05	99	1,00	99	1,00
China, Macau	3	–	–	–	–	99	0,99	98	1,02	87	1,06
Costa Rica	50	21	–	–	–	100	1,00	98	1,01	94	1,03
Côte d'Ivoire	123	27	27	22	25	95	0,93	56	0,87	42	0,74
Curaçao	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänemark	3	–	–	7[c]	–	99	1,01	99	0,99	90	1,02
Deutschland	6	–	–	5[c]	–	99	1,01	95	1,02	86	0,96
Dominica	48	–	–	–	–	96	1,01	99	1,02	82	1,03
Dominikanische Republik	51	36	–	16	77	96	1,01	94	1,00	78	1,02
Dschibuti	21	5	80	–	–	67	0,96	52	1,00	34	0,95
Ecuador	71	20	–	11	87	99	1,03	95	1,03	80	1,01
El Salvador	74	26	–	7	–	86	1,01	83	0,99	66	0,97
Eritrea	76	41	69	–	–	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Estland	11	–	–	4[c]	–	98	1,00	99	1,02	99	0,99
Eswatini	87	5	–	–	49	84	0,98	97	1,00	84	0,96
Fidschi	23	–	–	30[c]	–	99	0,97	96	–	74	1,09
Finnland	5	–	–	8[c]	–	99	1,00	100	1,00	96	0,98
Frankreich	9	–	–	7[c]	–	100	1,00	99	1,00	95	1,01
Französisch-Guayana	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	42	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	91	22	–	32	48	–	–	–	–	–	–
Gambia	86	26	75	7	40	85	1,12	69	1,03	–	–
Georgien	32	14	–	1[d]	–	99	1,01	100	1,00	94	1,04
Ghana	75	21	2	19	52	99	1,01	89	1,05	72	1,00
Grenada	36	–	–	–	–	99	1,02	97	–	97	1,00
Griechenland	9	–	–	8[c]	–	99	1,00	96	0,99	95	0,98
Großbritannien	12	–	–	6[c]	–	99	1,00	100	1,00	96	1,01
Guadeloupe	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	79	30	–	9	65	89	1,01	67	0,93	41	0,90
Guinea	120	47	92	–	29	78	0,83	49	0,70	33	0,59
Guinea-Bissau	106	24	42	–	–	73	0,95	–	–	–	–
Guyana	74	30	–	–	71	98	0,96	93	1,02	70	1,11
Haiti	55	15	–	14	59	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	34	–	11	70	87	0,97	62	1,23	44	1,11
Indien	11	27	–	22	–	98	1,02	85	1,07	52	0,98
Indonesien	36	16	–	5[d]	–	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Irak	82	28	4	–	–	–	–	–	–	–	–
Iran	33	17	–	–	–	100	1,00	95	0,97	74	0,97
Irland	7	–	–	4[c]	–	100	1,00	99	–	99	1,01
Island	6	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00	87	1,04
Israel	10	–	–	–	–	100	1,01	100	–	98	–

Würde und Menschenrechte

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Heranwachsenden pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Italien	4	–	–	7[c]	–	97	1,00	98	1,00	95	1,01
Jamaika	52	8	–	9	–	83	1,00	82	1,02	76	1,04
Japan	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jemen	67	32	16	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59
Jordanien	27	10	–	14	61	81	0,98	70	1,00	54	1,09
Jungferninseln (USA)	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kambodscha	57	19	–	9	76	91	1,00	87	0,98	–	–
Kamerun	119	31	0.4	22	38	92	0,91	63	0,89	46	0,83
Kanada	8	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00	94	0,99
Kasachstan	26	7	–	6[c]	–	99	1,02	100	–	99	–
Katar	9	4	–	–	–	98	1,03	95	0,92	91	0,97
Kenia	96	23	11	26	56	81	1,04	–	–	–	–
Kirgisistan	34	13	–	17	77	100	0,99	98	0,99	72	1,05
Kiribati	49	20	–	43	–	96	1,08	–	–	–	–
Kolumbien	61	23	–	18	–	98	1,01	94	1,01	79	1,03
Komoren	70	32	–	5	21	82	1,00	81	1,02	50	1,07
Kongo	111	27	–	–	27	89	1,09	–	–	–	–
Kongo, Dem. Rep.	138	37	–	37	31	–	–	–	–	–	–
Korea	1	–	–	–	–	99	1,00	97	1,00	96	0,99
Korea, Dem. Volksrep.	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kroatien	9	–	–	4[c]	–	98	1,03	99	1,02	86	1,05
Kuba	52	26	–	–	–	99	1,00	90	1,00	82	1,07
Kuwait	6	–	–	–	–	83	1,22	94	1,05	82	1,03
Laos	83	33	–	6	–	92	0,98	72	1,00	56	0,92
Lesotho	94	16	–	–	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Lettland	16	–	–	7[c]	–	99	1,01	99	1,01	96	1,01
Libanon	13	6	–	35	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	150	36	26[a]	35	67	79	1,01	79	0,90	74	0,86
Libyen	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Litauen	13	–	–	6[c]	–	100	1,00	100	1,00	97	1,02
Luxemburg	4	–	–	3[c]	–	99	0,98	96	0,98	81	1,06
Madagaskar	152	40	–	–	74	98	1,05	70	1,03	36	0,97
Malawi	138	42	–	24	47	98	1,04	81	1,01	31	0,64
Malaysia	9	–	–	–	–	100	1,01	87	1,03	63	1,16
Malediven	9	2	1	6	58	98	1,03	91	–	–	–
Mali	164	54	86	21	8	59	0,90	47	0,86	25	0,74
Malta	13	–	–	5[c]	–	100	1,01	99	1,01	90	1,05
Marokko	19	14	–	–	–	100	1,01	91	0,96	72	0,94
Martinique	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauretanien	84	37	63	–	–	77	1,05	72	1,08	39	1,12
Mauritius	24	–	–	–	–	99	1,03	95	1,02	79	1,10
Mexiko	71	26	–	10	–	99	1,01	92	1,02	74	1,05
Mikronesien	44	–	–	26	–	90	0,98	87	1,06	–	–
Moldawien	21	12	–	15	–	90	0,98	84	0,98	65	1,02

Würde und Menschenrechte

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Heranwachsenden pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Mongolei	33	12	–	15	63	99	0,99	–	–	–	–
Montenegro	10	6	–	–	–	100	1,00	92	1,01	89	1,02
Mosambik	180	53	–	16	49	98	0,97	57	0,87	31	0,76
Myanmar	28	16	–	11	67	98	0,96	79	1,03	57	1,16
Namibia	64	7	–	20	71	98	1,03	–	–	–	–
Nepal	88	40	–	11	48	96	0,93	97	1,03	81	1,18
Neukaledonien	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	14	–	–	–	–	100	1,01	99	1,00	98	1,03
Nicaragua	92	35	–	8	–	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Niederlande	3	–	–	7[c]	–	100	1,01	97	1,01	100	1,00
Niger	154	76	1	–	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67
Nigeria	106	43	14	14	46	66	0,84	–	–	–	–
Nordmazedonien	15	7	–	–	–	99	1,00	–	–	–	–
Norwegen	3	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	92	1,01
Oman	12	4	–	–	–	97	1,06	98	1,02	90	0,90
Österreich	7	–	–	4[c]	–	100	1,00	100	1,00	90	1,01
Pakistan	46	18	–	15	40	–	–	–	–	–	–
Palästina[1]	48	15	–	–	–	97	1,00	97	1,04	75	1,21
Panama	76	26	–	10	79	87	0,99	88	1,01	56	1,08
Papua-Neuguinea	68	27	–	48	–	93	0,94	86	0,89	54	0,82
Paraguay	72	22	–	8[e]	–	89	1,00	90	0,90	68	1,05
Peru	44	17	–	11	–	98	0,96	98	1,00	92	0,94
Philippinen	39	17	–	6	81	96	0,99	89	1,07	79	1,09
Polen	11	–	–	3[c]	–	98	1,01	98	0,98	96	1,00
Portugal	8	–	–	6[f]	–	100	0,99	100	1,00	99	0,99
Puerto Rico	22	–	–	–	–	78	1,03	80	1,10	83	1,07
Réunion	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	41	7	–	21	70	94	1,00	96	1,04	50	1,02
Rumänien	38	–	–	7[c]	–	87	1,00	91	1,00	80	1,03
Russland	22	–	–	–	–	100	1,00	100	1,01	97	1,00
Salomonen	78	21	–	42	–	96	1,01	–	–	–	–
Sambia	135	29	–	25	47	85	1,05	–	–	–	–
Samoa	39	11	–	22	–	99	1,02	100	–	90	1,11
San Marino	1	–	–	–	–	95	1,10	99	–	46	0,89
São Tomé und Príncipe	92	35	–	26	46	94	1,00	90	1,06	83	1,03
Saudi-Arabien	9	–	–	–	–	98	0,98	99	0,98	96	0,94
Schweden	5	–	–	6[c]	–	100	1,00	100	1,01	99	0,99
Schweiz	2	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	82	0,96
Senegal	78	29	21	8	7	74	1,14	–	–	–	–
Serbien	15	3	–	–	–	98	1,00	98	1,00	88	1,03
Seychellen	68	–	–	–	–	98	1,05	99	–	82	1,16
Sierra Leone	101	30	64	29	40	99	1,03	51	0,99	35	0,93
Simbabwe	78	34	–	20	60	100	1,01	98	0,95	52	0,90
Singapur	3	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	100	–

Würde und Menschenrechte

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Heranwachsenden pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Sint Maarten	–	–	–	–	–	97	1,07	–	–	–	–
Slowakei	27	–	–	8[c]	–	96	1,00	95	1,00	89	1,00
Slowenien	4	–	–	2[c]	–	100	1,00	98	1,01	98	1,01
Somalia	123	45	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Spanien	7	–	–	2[c]	–	97	1,00	100	1,00	98	1,01
Sri Lanka	21	10	–	6[g]	–	99	0,99	100	1,00	84	1,06
St. Kitts und Nevis	46	–	–	–	–	99	0,98	87	0,95	96	0,99
St. Lucia	36	24	–	–	–	98	1,03	90	0,98	79	0,99
St. Vincent und die Grenadinen	52	–	–	–	–	97	1,06	98	0,99	85	1,02
Südafrika	41	4	–	11	65	89	1,02	86	1,03	79	1,02
Sudan	87	34	82	–	–	62	0,98	45	0,88	43	0,96
Südsudan	158	52	–	–	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Suriname	57	36	–	–	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Syrien	54	13	–	–	–	72	0,98	62	0,97	34	1,00
Tadschikistan	54	9	–	19	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74
Tansania	139	31	5	30	47	87	1,04	–	–	14	0,76
Thailand	38	23	–	–	–	–	–	–	–	79	1,00
Timor-Leste	42	15	–	35	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Togo	89	25	1	13	30	97	0,98	79	0,85	43	0,64
Tonga	30	6	–	19	–	99	1,02	95	1,02	62	1,17
Trinidad und Tobago	38	11	–	7	–	99	0,99	–	–	–	–
Tschad	179	67	32	18	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Tschechien	12	–	–	6[c]	–	100	1,01	99	1,00	97	1,00
Tunesien	4	2	–	–	–	99	1,02	–	–	–	–
Türkei	21	15	–	11	–	95	0,99	94	0,99	83	0,99
Turkmenistan	28	6	–	–	–	–	–	92	0,98	83	0,99
Turks- und Caicosinseln	15	–	–	–	–	99	1,03	80	1,06	68	0,90
Tuvalu	27	10	–	25	–	85	0,96	71	0,92	50	1,57
Uganda	132	34	0.1	30	62	96	1,03	–	–	–	–
Ukraine	19	9	–	10	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Ungarn	23	–	–	8[c]	–	96	1,00	97	1,00	88	1,01
Uruguay	36	25	–	3	–	100	1,00	100	1,01	88	1,08
USA	19	–	–	–	–	99	1,00	100	1,02	96	1,00
Usbekistan	19	7	–	–	–	99	0,99	99	0,98	86	0,99
Vanuatu	51	21	–	44	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela	95	–	–	–	–	90	1,00	86	1,02	77	1,12
Vereinigte Arabische Emirate	5	–	–	–	–	99	0,97	99	0,99	88	0,86
Vietnam	30	11	–	10	–	99	1,03	–	–	–	–
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	229	68	18	26	–	67	0,80	44	0,61	16	0,48
Zypern	4	–	–	3[c]	–	99	1,00	100	1,00	93	0,98

ANMERKUNGEN

– Keine Daten verfügbar

a Prozentsatz der Mädchen im Alter von 15–19 Jahren, die Mitglieder der Sande-Gesellschaft sind. Die Mitgliedschaft in der Sande-Gesellschaft ist stellvertretend für FGM.

b Frauen ab 18 Jahre in einer festen Partnerschaft.

c Frauen in einer festen Partnerschaft im Alter von 18 bis 49 Jahren.

d Frauen in einer festen Partnerschaft im Alter von 15 bis 64 Jahren.

e Frauen in einer festen Partnerschaft im Alter von 15 bis 44 Jahren.

f Frauen in einer festen Partnerschaft im Alter von 18 bis 50 Jahren.

g Frauen ab 15 Jahre in einer festen Partnerschaft.

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 Heranwachsenden: Anzahl der Geburten bei 1.000 heranwachsenden Mädchen 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 Mädchen : Anteil der 15- bis 19-jährigen Mädchen, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden (SDG Indikator 5.3.2).

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

Entscheidungsmacht bei sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten: Prozentualer Anteil der verheirateten (oder in einer Partnerschaft lebenden) Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die in drei Bereichen – ihrer Gesundheitsversorgung, der Nutzung von Verhütungsmitteln und Sex mit ihrem Partner – selbst entscheiden (SDG Indikator 5.6.1). Bei Redaktionsschluss dieses Berichts lagen aktualisierte Daten für diesen SDG Indikator vor. Die aktualisierten Zahlen sind unter https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/ verfügbar.

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

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

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

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

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

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

QUELLEN

Anzahl der Geburten bei Heranwachsenden: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

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

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Mädchen: UNFPA.

Partnergewalt in den letzten 12 Monaten: UNFPA. Regionale Schätzungen der Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, UNSD, UNODOC und UNFPA).

Entscheidungsmacht bei sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten: UNFPA. Bei Redaktionsschluss dieses Berichts lagen aktualisierte Daten für diesen SDG Indikator vor. Die aktualisierten Zahlen finden Sie unter https://unstats.un.org/sdgs/ indikatoren/datenbank/.

Netto-Einschulungsrate in der Primarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Demografische Indikatoren

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS-WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2021	
Globale und regionale Daten	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	männlich	weiblich
Welt	**7.875**	**1,1**	**25,3**	**16,0**	**23,6**	**65,1**	**9,6**	**2,4**	**71**	**75**
Stärker entwickelte Regionen	1.276	0,3	16,3	11,0	16,6	64,0	19,7	1,6	77	83
Weniger entwickelte Regionen	6.599	1,3	27,0	17,0	25,0	65,4	7,6	2,5	69	74
Am wenigsten entwickelte Regionen	1.082	2,3	38,5	22,3	31,7	57,8	3,6	3,8	64	68
Regionale Daten										
Arabische Staaten	385	1,9	33,8	19,2	27,6	61,0	5,1	3,2	70	74
Asien und Pazifik	4.116	0,9	23,4	15,6	23,3	67,9	8,6	2,1	71	75
Lateinamerika und Karibik	656	1,0	23,7	16,0	24,2	67,2	9,2	2,0	73	79
Osteuropa und Zentralasien	251	0,9	23,4	14,4	21,2	66,2	10,5	2,1	71	78
Ost- und Südliches Afrika	633	2,6	40,9	23,0	32,3	55,9	3,2	4,2	62	67
West- und Zentralafrika	471	2,7	42,9	23,3	32,3	54,3	2,8	4,9	57	60
Land, Territorium oder Gebiet	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	männlich	weiblich
Afghanistan	39,8	2,5	41,2	25,0	35,2	56,1	2,7	4,0	64	67
Ägypten	104,3	2,0	33,8	18,2	26,3	60,7	5,4	3,2	70	75
Albanien	2,9	-0,1	17,1	12,2	19,8	67,7	15,2	1,6	77	80
Algerien	44,6	2,0	30,9	15,8	22,3	62,2	6,9	2,9	76	79
Angola	33,9	3,3	46,2	24,1	32,9	51,6	2,2	5,3	59	65
Antigua und Barbuda	0,1	0,9	21,7	14,0	21,6	68,6	9,7	2,0	76	78
Äquatorialguinea	1,4	3,7	36,8	19,4	29,2	60,8	2,4	4,3	58	61
Argentinien	45,6	1,0	24,3	15,7	23,3	64,2	11,5	2,2	74	80
Armenien	3,0	0,3	20,8	12,7	18,4	66,9	12,3	1,8	72	79
Aruba [1]	0,1	0,5	17,3	12,8	19,8	67,5	15,1	1,9	74	79
Aserbaidschan [2]	10,2	1,0	23,4	13,4	20,2	69,5	7,1	2,0	71	76
Äthiopien	117,9	2,6	39,6	23,1	33,3	56,9	3,6	4,0	65	69
Australien [3]	25,8	1,3	19,3	12,4	18,5	64,2	16,5	1,8	82	86
Bahamas	0,4	1,0	21,3	15,9	24,3	70,7	8,0	1,7	72	76
Bahrain	1,7	4,3	18,0	11,1	17,0	79,1	2,9	1,9	77	79
Bangladesch	166,3	1,1	26,3	18,3	27,5	68,4	5,3	2,0	71	75
Barbados	0,3	0,1	16,6	12,5	19,0	66,3	17,2	1,6	78	81
Belarus	9,4	0,0	17,3	10,2	14,5	66,6	16,1	1,7	70	80
Belgien	11,6	0,5	17,0	11,4	17,0	63,5	19,6	1,7	80	84
Belize	0,4	1,9	28,8	19,2	29,0	66,1	5,2	2,2	72	78
Benin	12,5	2,7	41,7	22,9	32,1	55,0	3,3	4,6	61	64
Bhutan	0,8	1,2	24,6	17,2	26,6	69,1	6,3	1,9	72	73
Bolivien	11,8	1,4	29,8	19,5	28,6	62,6	7,6	2,6	69	75
Bosnien und Herzegowina	3,3	-0,9	14,3	10,5	17,0	67,2	18,5	1,2	75	80
Botswana	2,4	2,1	33,0	20,1	28,7	62,3	4,7	2,8	67	73
Brasilien	214,0	0,8	20,5	14,4	22,3	69,6	9,9	1,7	73	80
Brunei Darussalam	0,4	1,1	21,9	14,7	22,7	72,1	6,0	1,8	75	77
Bulgarien	6,9	-0,7	14,7	10,1	14,3	63,6	21,7	1,6	72	79
Burkina Faso	21,5	2,9	44,1	24,1	33,3	53,5	2,4	5,0	62	63
Burundi	12,3	3,1	45,1	23,1	31,8	52,5	2,5	5,2	60	64
Cabo Verde	0,6	1,2	27,7	17,7	25,8	67,4	4,9	2,2	70	77
Chile	19,2	1,2	19,0	13,0	20,1	68,3	12,7	1,6	78	83

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS-WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2021	
Land, Territorium oder Gebiet	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	männlich	weiblich
China [4]	1.444,2	0,5	17,6	7,4	17,5	70,0	12,4	1,7	75	80
China, Hong Kong [5]	7,6	0,8	13,0	11,6	12,1	68,1	18,9	1,4	82	88
China, Macau [6]	0,7	1,5	14,6	7,4	12,5	72,6	12,7	1,3	82	87
Costa Rica	5,1	1,0	20,6	13,9	21,6	68,8	10,6	1,7	78	83
Côte d'Ivoire	27,1	2,5	41,4	23,0	32,6	55,7	2,9	4,5	57	60
Curaçao [1]	0,2	0,5	17,8	13,0	19,0	64,0	18,2	1,7	76	82
Dänemark [7]	5,8	0,4	16,3	11,6	17,9	63,4	20,3	1,8	79	83
Deutschland	83,9	0,5	14,0	9,4	14,8	64,0	22,0	1,6	79	84
Dominica	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominikanische Republik	11,0	1,1	27,2	17,7	26,2	65,1	7,8	2,3	71	78
Dschibuti	1,0	1,6	28,6	18,0	27,0	66,6	4,8	2,6	66	70
Ecuador	17,9	1,7	27,2	17,4	26,2	65,0	7,8	2,4	75	80
El Salvador	6,5	0,5	26,3	17,6	27,1	64,9	8,8	2,0	69	78
Eritrea	3,6	1,2	40,7	24,5	32,6	54,8	4,5	3,9	65	69
Estland	1,3	0,2	16,5	10,7	14,9	62,8	20,8	1,6	75	83
Eswatini	1,2	1,0	37,0	23,7	33,4	59,0	4,0	2,9	57	66
Fidschi	0,9	0,6	28,9	17,7	25,6	65,1	6,0	2,7	66	70
Finnland [8]	5,5	0,2	15,6	11,0	16,6	61,4	23,0	1,4	80	85
Frankreich [9]	65,4	0,3	17,5	12,1	17,8	61,4	21,1	1,8	80	86
Französisch-Guayana [10]	0,3	2,7	31,7	19,0	27,6	62,5	5,8	3,2	77	83
Französisch-Polynesien [10]	0,3	0,6	22,0	15,5	23,1	68,6	9,4	1,9	76	80
Gabun	2,3	2,7	37,4	19,2	27,1	59,1	3,5	3,8	65	69
Gambia	2,5	2,9	43,8	23,1	32,4	53,7	2,5	5,0	61	64
Georgien [11]	4,0	-0,2	20,3	12,1	17,8	64,2	15,6	2,0	70	78
Ghana	31,7	2,2	36,9	21,3	30,4	59,9	3,2	3,7	63	66
Grenada	0,1	0,5	23,8	14,4	21,8	66,2	10,0	2,0	70	75
Griechenland	10,4	-0,4	13,4	10,2	15,3	63,9	22,6	1,3	80	85
Großbritannien [12]	68,2	0,6	17,6	11,4	17,3	63,5	18,8	1,7	80	83
Guadeloupe [10]	0,4	0,0	18,2	14,2	21,5	61,9	19,9	2,1	79	86
Guam [13]	0,2	0,8	23,6	15,8	24,0	65,5	10,9	2,3	77	84
Guatemala	18,2	1,9	32,9	21,2	31,3	62,0	5,1	2,7	72	78
Guinea	13,5	2,8	42,7	24,2	34,1	54,3	3,0	4,5	61	63
Guinea-Bissau	2,0	2,5	41,7	22,9	32,1	55,4	2,9	4,3	57	61
Guyana	0,8	0,5	27,5	18,1	27,8	65,2	7,3	2,4	67	73
Haiti	11,5	1,3	32,1	20,4	29,7	62,6	5,3	2,8	62	67
Honduras	10,1	1,7	30,1	20,4	30,6	64,8	5,1	2,4	73	78
Indien	1.393,4	1,0	25,8	18,0	26,9	67,4	6,8	2,2	69	71
Indonesien	276,4	1,1	25,6	16,8	25,1	67,9	6,5	2,2	70	74
Irak	41,2	2,5	37,3	21,6	31,1	59,2	3,5	3,5	69	73
Iran	85,0	1,4	24,8	14,1	20,5	68,4	6,8	2,1	76	78
Irland	5,0	1,2	20,5	13,8	19,7	64,6	14,9	1,8	81	84
Israel	8,8	1,6	27,7	16,3	23,6	59,7	12,6	3,0	82	85
Island	0,3	0,7	19,2	13,2	19,5	64,8	16,1	1,7	82	85
Italien	60,4	0,0	12,8	9,5	14,4	63,6	23,6	1,3	82	86
Jamaika	3,0	0,5	23,1	15,5	24,1	67,6	9,3	1,9	73	76

Demografische Indikatoren

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS-WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2021	
Land, Territorium oder Gebiet	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	männlich	weiblich
Japan	126,1	-0,2	12,3	8,9	13,6	59,0	28,7	1,4	82	88
Jemen	30,5	2,4	38,4	22,6	32,2	58,6	3,0	3,5	65	68
Jordanien	10,3	1,9	32,1	21,3	30,5	63,9	4,0	2,6	73	77
Jungferninseln (USA) [13]	0,1	-0,1	18,9	13,4	19,6	59,9	21,1	2,0	78	83
Kambodscha	16,9	1,5	30,7	18,5	27,4	64,3	5,0	2,4	68	72
Kamerun	27,2	2,6	41,8	23,3	32,4	55,5	2,7	4,4	59	61
Kanada	38,1	0,9	15,8	10,5	16,6	65,7	18,6	1,5	81	85
Kasachstan	19,0	1,3	29,2	15,2	20,8	62,7	8,2	2,7	70	78
Katar	2,9	2,3	13,7	8,4	16,5	84,5	1,9	1,8	79	82
Kenia	55,0	2,3	38,0	23,6	33,4	59,4	2,6	3,3	65	70
Kirgisistan	6,6	1,8	32,6	17,3	24,9	62,5	4,9	2,9	68	76
Kiribati	0,1	1,5	35,8	20,0	28,8	59,8	4,3	3,5	65	73
Kolumbien	51,3	1,4	21,9	15,6	24,1	68,7	9,4	1,8	75	80
Komoren	0,9	2,2	38,7	22,0	31,1	58,1	3,2	4,0	63	67
Kongo	5,7	2,6	41,0	23,0	31,7	56,2	2,8	4,3	63	67
Kongo, Dem. Rep.	92,4	3,2	45,6	23,6	32,2	51,4	3,0	5,6	60	63
Korea	51,3	0,2	12,3	9,1	15,1	71,2	16,6	1,1	80	86
Korea, Dem. Voksrep.	25,9	0,5	19,8	13,6	21,0	70,6	9,6	1,9	69	76
Kroatien	4,1	-0,6	14,5	10,0	15,6	63,9	21,7	1,4	76	82
Kuba	11,3	0,0	15,7	10,9	17,0	68,1	16,2	1,6	77	81
Kuwait	4,3	2,1	21,1	13,1	18,5	75,5	3,4	2,1	75	77
Laos	7,4	1,5	31,6	20,0	29,3	64,0	4,4	2,5	67	70
Lesotho	2,2	0,8	32,1	19,7	29,1	62,8	5,0	3,0	52	59
Lettland	1,9	-1,1	16,8	10,2	13,7	62,2	21,0	1,7	71	80
Libanon	6,8	0,9	24,5	16,3	24,8	67,6	7,9	2,0	77	81
Liberia	5,2	2,5	40,0	23,2	32,4	56,6	3,4	4,1	63	66
Libyen	7,0	1,4	27,4	17,4	25,2	68,0	4,6	2,1	70	76
Litauen	2,7	-1,5	15,6	9,0	13,7	63,3	21,1	1,7	71	82
Luxemburg	0,6	2,0	15,6	10,5	16,8	69,8	14,6	1,4	81	85
Madagaskar	28,4	2,7	39,8	22,7	32,4	57,0	3,2	3,9	66	69
Malawi	19,6	2,7	42,5	24,7	34,4	54,8	2,7	4,0	62	68
Malaysia[14]	32,8	1,3	23,3	15,5	24,1	69,3	7,4	1,9	75	79
Malediven	0,5	3,4	19,8	11,3	19,3	76,4	3,8	1,8	78	81
Mali	20,9	3,0	46,7	24,8	33,7	50,8	2,5	5,6	59	61
Malta	0,4	0,4	14,4	9,3	14,7	63,8	21,8	1,5	81	85
Marokko	37,3	1,3	26,5	16,5	24,2	65,6	7,9	2,3	76	78
Martinique [10]	0,4	-0,2	15,5	12,2	18,8	62,2	22,3	1,8	80	86
Mauretanien	4,8	2,8	39,5	21,7	30,6	57,3	3,2	4,4	64	67
Mauritius [15]	1,3	0,2	16,4	13,4	20,7	70,6	13,0	1,4	72	79
Mexiko	130,3	1,1	25,5	17,2	25,6	66,7	7,8	2,1	72	78
Mikronesien	0,1	1,1	31,0	19,9	29,8	64,4	4,6	2,9	66	70
Moldawien [16]	4,0	-0,2	15,8	10,5	16,2	71,2	13,0	1,3	68	76
Mongolei	3,3	1,8	31,2	15,8	22,4	64,3	4,5	2,8	66	75
Montenegro	0,6	0,0	18,0	12,4	18,9	65,9	16,2	1,7	75	80
Mosambik	32,2	2,9	43,8	24,2	33,6	53,3	2,9	4,6	59	65

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS-WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2021	
Land, Territorium oder Gebiet	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	männlich	weiblich
Myanmar	54,8	0,6	25,1	17,9	26,7	68,4	6,5	2,1	64	71
Namibia	2,6	1,9	36,7	20,8	30,2	59,7	3,6	3,2	61	67
Nepal	29,7	1,5	28,1	20,3	31,2	66,0	5,9	1,8	70	73
Neukaledonien[10]	0,3	1,0	21,7	15,0	23,2	68,3	10,0	1,9	75	81
Neuseeland[17]	4,9	0,9	19,3	13,0	19,5	64,0	16,7	1,9	81	84
Nicaragua	6,7	1,3	29,1	18,6	27,3	65,0	5,9	2,3	71	78
Niederlande[18]	17,2	0,2	15,5	11,3	17,2	64,0	20,5	1,7	81	84
Niger	25,1	3,8	49,5	24,4	33,1	47,9	2,6	6,6	62	64
Nigeria	211,4	2,6	43,3	23,2	32,0	53,9	2,8	5,2	54	56
Nordmazedonien	2,1	0,0	16,2	11,1	17,2	68,9	14,9	1,5	74	78
Norwegen[19]	5,5	0,8	17,1	11,9	18,3	65,1	17,8	1,7	81	85
Oman	5,2	3,6	22,9	11,1	17,1	74,5	2,6	2,7	77	81
Österreich	9,0	0,7	14,5	9,6	15,1	66,1	19,5	1,6	80	84
Pakistan	225,2	2,0	34,6	20,4	29,7	61,0	4,4	3,3	67	69
Palästina[20]	5,2	2,4	38,0	21,8	31,4	58,8	3,3	3,4	73	76
Panama	4,4	1,7	26,2	16,7	24,8	65,0	8,8	2,4	76	82
Papua-Neuguinea	9,1	2,0	34,8	21,3	30,7	61,5	3,7	3,4	64	66
Paraguay	7,2	1,3	28,6	18,5	27,8	64,4	7,0	2,4	72	77
Peru	33,4	1,6	24,7	15,5	23,1	66,4	9,0	2,2	75	80
Philippinen	111,0	1,4	29,5	19,4	28,6	64,7	5,7	2,5	68	76
Polen	37,8	-0,1	15,2	9,9	14,9	65,4	19,4	1,5	75	83
Portugal	10,2	-0,3	12,9	9,9	15,2	64,0	23,1	1,3	79	85
Puerto Rico[14]	2,8	-3,3	14,9	14,1	19,4	63,9	21,3	1,2	77	84
Réunion[10]	0,9	0,7	22,0	15,3	22,6	64,8	13,2	2,2	78	84
Ruanda	13,3	2,6	39,2	22,3	31,5	57,5	3,2	3,9	67	72
Rumänien	19,1	-0,7	15,5	10,8	16,1	64,9	19,7	1,6	73	80
Russland	145,9	0,1	18,5	10,8	15,3	65,5	16,0	1,8	67	78
Salomonen	0,7	2,6	39,9	21,7	30,6	56,4	3,7	4,3	72	75
Sambia	18,9	2,9	43,6	24,7	34,3	54,3	2,2	4,4	61	68
Samoa	0,2	0,5	37,1	21,2	29,5	57,7	5,2	3,7	72	76
San Marino	0,0	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé und Príncipe	0,2	1,9	41,3	24,7	33,5	55,6	3,1	4,2	68	73
Saudi-Arabien	35,3	1,9	24,5	14,2	20,8	71,8	3,6	2,2	74	77
Schweden	10,2	0,7	17,7	11,3	16,5	61,9	20,5	1,8	81	85
Schweiz	8,7	0,8	15,0	9,7	15,1	65,6	19,4	1,6	82	86
Senegal	17,2	2,8	42,3	23,2	32,3	54,6	3,1	4,4	66	70
Serbien[21]	8,7	-0,3	15,2	11,3	17,3	65,4	19,4	1,4	74	79
Seychellen	0,1	0,7	23,7	14,3	20,6	67,9	8,4	2,4	70	78
Sierra Leone	8,1	2,1	40,0	23,4	32,8	57,1	2,9	4,0	55	56
Simbabwe	15,1	1,5	41,3	24,2	33,6	55,6	3,1	3,4	60	63
Singapur	5,9	0,9	12,4	8,4	14,8	73,3	14,3	1,2	82	86
Sint Maarten[1]	0,0	1,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	5,5	0,1	15,6	10,1	15,2	67,2	17,2	1,5	74	81
Slowenien	2,1	0,1	15,1	9,6	14,2	63,6	21,3	1,6	79	84
Somalia	16,4	2,8	46,0	24,6	34,3	51,1	2,9	5,8	56	60

Demografische Indikatoren

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS-WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamt-bevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungs-wachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfrucht-barkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2021	
Land, Territorium oder Gebiet	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	männlich	weiblich
Spanien[22]	46,7	0,0	14,2	10,2	15,0	65,5	20,3	1,4	81	86
Sri Lanka	21,5	0,5	23,4	15,8	22,7	64,9	11,6	2,2	74	81
St. Kitts und Nevis	0,1	0,8	–	–	–	–	–	–	–	–
St. Lucia	0,2	0,5	17,7	12,8	21,2	71,7	10,6	1,4	75	78
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	0,3	21,6	15,4	23,8	68,3	10,2	1,8	71	75
Südafrika	60,0	1,4	28,6	17,7	25,8	65,8	5,6	2,3	61	68
Sudan	44,9	2,4	39,5	23,0	32,5	56,8	3,7	4,2	64	68
Südsudan	11,4	0,9	41,1	23,0	32,5	55,6	3,4	4,5	57	60
Suriname	0,6	1,0	26,4	17,3	25,6	66,3	7,3	2,3	69	75
Syrien	18,3	-0,6	30,7	18,3	27,1	64,4	4,9	2,7	71	79
Tadschikistan	9,7	2,4	37,4	19,0	27,4	59,3	3,3	3,5	69	74
Tansania[23]	61,5	3,0	43,3	23,6	32,5	54,0	2,7	4,7	64	68
Thailand	70,0	0,3	16,3	12,0	18,7	70,2	13,5	1,5	74	81
Timor-Leste	1,3	1,9	36,6	22,8	32,7	59,1	4,3	3,8	68	72
Togo	8,5	2,5	40,3	23,1	32,2	56,8	2,9	4,1	61	63
Tonga	0,1	1,0	34,4	22,1	31,5	59,7	6,0	3,4	69	73
Trinidad und Tobago	1,4	0,4	19,8	13,4	19,4	68,3	11,9	1,7	71	76
Tschad	16,9	3,0	46,2	24,6	33,9	51,3	2,5	5,5	53	56
Tschechien	10,7	0,2	15,8	10,1	14,4	63,8	20,4	1,7	77	82
Tunesien	11,9	1,1	24,2	14,0	20,8	66,6	9,2	2,1	75	79
Türkei	85,0	1,4	23,6	15,9	23,9	67,1	9,3	2,0	75	81
Turkmenistan	6,1	1,6	30,6	17,0	24,5	64,4	5,0	2,7	65	72
Turks- und Caicosinseln	0,0	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	0,0	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	47,1	3,6	45,5	25,0	34,6	52,4	2,0	4,6	62	66
Ukraine[24]	43,5	-0,5	15,9	10,3	15,1	66,8	17,3	1,4	67	77
Ungarn	9,6	-0,2	14,5	10,0	15,2	65,0	20,6	1,5	74	81
Uruguay	3,5	0,4	20,2	13,6	20,9	64,5	15,3	1,9	74	82
USA[25]	332,9	0,6	18,2	12,7	19,4	64,7	17,0	1,8	76	82
Usbekistan	33,9	1,6	28,7	16,4	24,4	66,2	5,0	2,4	70	74
Vanuatu	0,3	2,5	38,2	21,9	30,3	58,2	3,6	3,7	69	72
Venezuela	28,7	-1,1	26,5	18,2	25,9	65,3	8,2	2,2	68	76
Vereinigte Arabische Emirate	10,0	1,3	14,9	9,1	16,5	83,7	1,4	1,4	78	80
Vietnam	98,2	1,0	23,2	14,0	20,7	68,6	8,2	2,0	72	80
Westsahara	0,6	2,5	26,9	16,5	24,8	69,5	3,6	2,3	69	73
Zentralafrikanische Republik	4,9	1,4	43,0	26,1	36,3	54,1	2,8	4,5	52	56
Zypern[26]	1,2	0,8	16,5	11,7	19,1	68,8	14,7	1,3	79	83

ANMERKUNGEN

– Keine Daten verfügbar

1 Aus statistischen Gründen sind die Daten für die Niederlande nicht enthalten.

2 Einschließlich Bergkarabach

3 Einschließlich Weihnachtsinsel, Kokosinseln und Norfolkinsel

4 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für China Taiwan sowie die beiden chinesischen Sonderverwaltungsregionen Hongkong und Macau nicht enthalten.

5 Am 1. Juli 1997 wurde Hongkong eine Sonderverwaltungsregion Chinas. Aus statistischen Gründen werden die Daten dieser Region nicht den Daten für China hinzugerechnet.

6 Am 20. Dezember 1999 wurde Macau eine Sonderverwaltungsregion Chinas. Aus statistischen Gründen werden die Daten dieser Region nicht den Daten für China hinzugerechnet.

7 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für Dänemark nicht die Färöer-Inseln und Grönland enthalten.

8 Einschließlich der Ålandinseln

9 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für Frankreich nicht Französisch-Guayana, Französisch-Polynesien, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Neukaledonien, Réunion, St. Pierre und Miquelon, St. Barthélemy, St. Martin (französischer Teil) sowie die Wallis- und die Futuna-Inseln enthalten.

10 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten für Frankreich hinzugerechnet.

11 Einschließlich Abchasien und Südossetien

12 Bezieht sich auf das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland. Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für das Vereinigte Königreich nicht Anguilla, Bermuda, Britische Jungferninseln, Kaimaninseln, Kanalinseln, Falklandinseln (Malvinas), Gibraltar, Isle of Man, Montserrat, St. Helena und die Turks- und Caicosinseln.

13 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten für die USA hinzugerechnet.

14 Einschließlich Sabah und Sarawak

15 Einschließlich Agalega-Inseln, Rodrigues und St. Brandon

16 Einschließlich Transnistrien

17 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für Neuseeland nicht die Cook-Inseln, Niue oder Tokelau.

18 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für die Niederlande nicht Aruba, Bonaire, Sint Eustatius und Saba, Curaçao oder Sint Maarten (niederländischer Teil).

19 Einschließlich Spitzbergen und Jan Mayen-Inseln

20 Einschließlich Ost-Jerusalem

21 Einschließlich Kosovo

22 Einschließlich Ceuta, Kanarische Inseln und Melilla

23 Einschließlich Sansibar

24 Einschließlich der Krim. Bezieht sich auf das Territorium des Landes zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001.

25 Aus statistischen Gründen umfassen die Daten für die USA nicht Amerikanisch-Samoa, Guam, die Nördlichen Marianen-Inseln, Puerto Rico und die Amerikanischen Jungferninseln.

26 Einschließlich Nordzypern

DEFINITIONEN

Gesamtbevölkerung: Geschätzte Bevölkerung von Nationalstaaten zur Mitte des Jahres.

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum: Durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate der Bevölkerung in einem definierten Zeitraum auf der Grundlage einer gemittelten Wachstumsprognose.

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

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

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

Bevölkerung im Alter >65 Jahre, in %: Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

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: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Bevölkerung im Alter >65 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Gesamtfruchtbarkeitsrate: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Lebenserwartung bei der Geburt: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2021 enthalten Indikatoren, die aufzeigen, welche Fortschritte in Bezug auf die Ziele des Aktionsrahmens zur Weiterverfolgung des Aktionsprogramms der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) und die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in den Bereichen Müttergesundheit, Bildungszugang sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit erreicht wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demografischer Indikatoren. Die statistischen Tabellen untermauern die Fokussierung von UNFPA auf Fortschritte und Ergebnisse bei der Verwirklichung einer Welt, in der jede Schwangerschaft erwünscht ist, jede Geburt unter sicheren Bedingungen stattfindet und jeder junge Mensch sein persönliches Potenzial voll entfalten kann.

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

Die statistischen Tabellen beruhen auf repräsentativen Haushaltsbefragungen, die für die jeweiligen Länder repräsentativ sind, wie zum Beispiel auf Demographic and Health Surveys (DHS) und Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), auf Schätzungen der Vereinten Nationen und auf interinstitutionellen Schätzungen. Sie berücksichtigen außerdem die neuesten Bevölkerungsschätzungen aus World Population Prospects: The 2019 Revision und der Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020 (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 2021 den Kenntnisstand vom Januar 2021 wider.

Überwachung der ICPD-Ziele

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Müttersterblichkeitsrate (MMR), Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten und MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere und obere Schwellenwerte, 2017

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

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

Betreute Geburten, in %, 2014–2019

Quelle: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2020, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage der gemeinsamen globalen Datenbank berechnet. Prozentsatz an Geburten, die von geschultem medizinischem Personal (Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen oder Hebammen) durchgeführt werden; dieses Personal muss dafür ausgebildet sein, lebensrettende Geburtshilfe einschließlich der notwendigen Überwachung, Betreuung, Pflege und Beratung von Frauen im Verlauf von Schwangerschaft, Wehen und Wochenbett durchzuführen, selbstständig Geburten anzuleiten und die Neugeborenen zu versorgen (SDG Indikator 3.1.2). Traditionelle Geburtshelfer*innen sind darin nicht erfasst, selbst dann nicht, wenn sie eine kurze Schulung erhalten haben.

Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung (2018)

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

Anteil der Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, irgendeine Methode, 2021

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

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

Anteil der Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, moderne Methode, 2021

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

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

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 Jahre), 2021
Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Prozentualer Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die eine Schwangerschaft hinauszögern oder vermeiden möchten, aber keine Verhütungsmethode anwenden. Modellbasierte Schätzungen beruhen auf Daten, die aus Stichprobenerhebungen abgeleitet sind. Frauen, die eine traditionelle Verhütungsmethode anwenden, werden nicht nicht als Frauen mit ungedecktem Bedarf an Familienplanung betrachtet. Alle Frauen oder alle verheirateten Frauen und Frauen in festen Partnerschaften werden hier als sexuell aktiv angesehen und können potentiell schwanger werden. Die Berücksichtigung aller Frauen, aller verheirateten Frauen und Frauen in festen Partnerschaften kann zu niedrigeren Schätzungen im Vergleich zu dem tatsächlichen ungedeckten Bedarf führen. Insbesondere bei niedriger kontrazeptiver Prävalenz ist es möglich, dass mit steigender kontrazeptiver Prävalenz auch der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln steigt. Beide Indikatoren müssen daher zusammen interpretiert werden.

Gesetze und Vorschriften, die Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren, in %, 2019
Quelle: UNFPA.
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).

Würde und Menschenrechte

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre, 2003–2018
Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Anzahl der Geburten bei 1.000 heranwachsenden Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren (SDG Indikator 3.7.2). Die Geburtenrate der Heranwachsenden beziffert das Risiko heranwachsender Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, Mutter zu werden. Aufgrund der Meldedaten können die Geburtenraten insoweit fehlerbehaftet sein, als sie von der Vollständigkeit der Eintragung im Geburtsregister, dem Verfahren bei Neugeborenen, die zwar lebend geboren wurden, aber innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt verstorben sind, der Zuverlässigkeit der Altersangabe der Mutter und der Berücksichtigung von Geburten aus früheren Zeiträumen abhängig sind. Die bevölkerungsbezogenen Schätzungen können durch falsche Altersangaben und eingeschränkte Reichweite verfälscht sein. Bei Umfrage- und Volkszählungsdaten stammen Zähler und Nenner aus derselben Bevölkerung. Abweichungen sind hauptsächlich falschen Altersangaben, nicht berücksichtigten Geburten, falschen Angaben zum Geburtsdatum des Kindes und – im Fall von Befragungen – unterschiedlichen Stichproben geschuldet.

Ehen von unter 18-Jährigen, in %, 2005–2019
Quelle: UNICEF.
Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von UNICEF-Daten berechnet. Anteil der 20- bis 24-jährigen Frauen, die bereits vor dem 18. Lebensjahr verheiratet oder in einer festen Partnerschaft liiert waren (SDG Indikator 5.3.1).

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Mädchen (15–19 Jahre), in %, 2004–2018
Quelle: UNFPA.
Anteil der 15- bis 19-jährigen Mädchen, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden (SDG Indikator 5.3.2).

Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in % , 2000–2019
Quelle: UNFPA. Regionale und globale Schätzungen der Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, UNSD, UNODC und UNFPA). Prozentualer Anteil der Frauen und Mädchen in einer festen Partnerschaft im Alter von 15 bis 49 Jahren, die in den letzten 12 Monaten körperliche und/oder sexualisierte Partnergewalt erlebt haben. (SDG Indikator 5.2.1).

Entscheidungsmacht bei sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten, in %, 2007–2018
Quelle: UNFPA. 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). Bei Redaktionsschluss dieses Berichts lagen aktualisierte Daten für diesen SDG Indikator vor. Die aktualisierten Zahlen sind unter https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/ verfügbar.

Netto-Einschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2010–2020
Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS).
Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die an einer Grundschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 2010–2020
Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS).
Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der Primarstufe.

Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %, 2010–2020
Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS).
Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe, 2010–2020
Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS).
Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der Sekundarstufe.

Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %, 2009–2019
Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS).
Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer höheren Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe, 2009–2019
Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS).
Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekudarstufe.

Demografische Indikatoren

Bevölkerung

Gesamtbevölkerung, in Millionen, 2021
Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Geschätzte Bevölkerung der jeweiligen Länder zur Jahresmitte.

Bevölkerungswachstum

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in %, 2015–2020
Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate der Bevölkerung in einem definierten Zeitraum auf der Grundlage einer gemittelten Wachstumsprognose.

Zusammensetzung der Bevölkerung

Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %, 2021
Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %, 2021
Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Anteil der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung

Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %, 2021
Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Anteil der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter >65 Jahre, in %, 2021
Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Fertilität

Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau 2021
Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
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

Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2021
Quelle: 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 (Demokratische Volksrepublik), Laos, Malaysia, Malediven, Marshallinseln, Mikronesien, Mongolei, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistan, Palau, Papua-Neuguinea, Philippinen, Samoa, Salomon-Inseln, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

Osteuropa und Zentralasien
Albanien, Armenien, 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 (Demokratische Republik), Lesotho, Madagaskar, Malawi, Mauritius, Mosambik, Namibia, Ruanda, Sambia, Simbabwe, Südafrika, Südsudan, Tansania.

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

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

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

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

Am wenigsten entwickelte Länder umfassen gemäß Definition der Generalversammlung der Vereinten Nationen in ihren Resolutionen (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 und 68/18), Stand Dezember 2018, 47 Staaten: 33 in Afrika, neun in Asien, vier in Ozeanien und eines in der Region Südamerika und Karibik: Afghanistan, Angola, Äthiopien, Bangladesch, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Demokratische Republik 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, Salomon-Inseln, Somalia, Südsudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tschad, Tuvalu, Tansania, Uganda, Vanuatu und Zentralafrikanische Republik. Diese Länder zählen auch zur Gruppe der geringer entwickelten Regionen. Nähere Informationen finden sich unter http://unohrlls.org/about-ldcs/.

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

Impressum

Herausgeberin der deutschen Fassung:	Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) Hindenburgstr. 25 | 30175 Hannover Telefon: 0511 94373-0 | Fax: 0511 94373-73 E-Mail: hannover@dsw.org | Internet: www.dsw.org Spendenkonto: IBAN: DE56 2504 0066 0383 8380 00 | BIC: COBADEFFXXX
Übersetzung:	Marion Schweizer (Textpraxis, Hamburg), Thomas Pfeiffer (Stuttgart)
Koordination/Verantwortlichkeit:	Monika Schröder (DSW)
Redaktion:	Uwe Kerkow, Monika Schröder (DSW) und Malene Hummel (DSW)
Gestaltung/Satz:	grafik.design, Simone Schmidt (Hannover)
Herausgeber des Berichts:	© UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen — 14. April 2021
	Dieser Bericht entstand unter Federführung der Abteilung für Kommunikation und strategische Partnerschaften bei UNFPA
Chefredaktion:	Arthur Erken
Redaktionsteam:	Redaktionsleitung: Richard Kollodge Creative Director: Katie Madonia Redaktion der digitalen Ausgabe: Katie Madonia, Rebecca Zerzan Beratung für die digitale Ausgabe: Hanno Ranck Veröffentlichung, Produktion und Webdesign: Prographics, Inc.
Technische Beratung UNFPA:	Satvika Chalasani, Nafissatou Diop, Emilie Filmer-Wilson, Mengjia Liang, Leyla Sharafi
Beratung Recherche:	Nahid Toubia
Text und Recherche:	Daniel Baker, Alice Behrendt, Stephanie Baric, Marieke Devillé, Laura Ferguson, Gretchen Luchsinger, Mindy Roseman
Kunst und Gestaltung:	Gestaltung des Titelbildes: Rebeka Artim Künstlerische Illustrationen: Rebeka Artim, Kaisei Nanke, Hülya Özdemir, Tyler Spangler, Naomi Vona
Danksagung: (englische Originalversion)	UNFPA dankt den folgenden Personen, die Einblicke in ihr Leben und ihre Arbeit für diesen Bericht zur Verfügung gestellt haben: Anonymer „Jungfräulichkeitsinspektor", Südafrika; Ayim, Kirgisistan; Dr. Mozhgan Azami, Afghanistan; Enkhjargal Banzragch, Mongolei; Dr. Wafaa Benjamin Basta, Ägypten; Víctor Cazorla, Peru; Daniyar, Kirgisistan; Dr. Mouna Farhoud, Syrien; Isabel Fulda, Mexiko; Dr. Caitríona Henchion, Irland; Josefina (Name geändert), Mexiko; Liana, Indonesien; Lizzie Kiama, Kenia; Olga Lourenço, Angola; José Manuel Ramírez Navas, El Salvador; Monika, Nordmazedonien; Leidy Londono, USA; Dr. Ahmed Ben Nasr, Tunesien; Chief Msingaphansi, Südafrika; Sarojini Nadimpally, Indien; Dr. Nuriye Ortayli, Türkei; Dipika Paul, Bangladesch; Dr. Sima Samar, Afghanistan; Jay Silverman, USA; Dr. Suraya Sobhrang, Afghanistan; Maeve Taylor, Irland; Alexander Armando Morales Tecún, Guatemala; Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, Guatemala. Die Leiterin der Abteilung Medien und Kommunikation von UNFPA, Selinde Dulckeit, lieferte unschätzbare Impulse für den vorliegenden Bericht, und Gunille Backman und Jo Sauvarin vom UNFPA-Regionalbüro für Asien und den Pazifik unterstützten die Recherche und kommentierten die Entwürfe. UNFPA-Kolleg*innen und Partner*innen auf der ganzen Welt unterstützten die Ausarbeitung der Inhalte oder gaben fachliche Anleitung: Samir Aldarabi, Iliza Azyei, Lindsay Barnes, Dr. Shinetugs Bayanbileg, Esther Bayliss, Shobhana Boyle, Warren Bright, Ikena Carreira, Cholpona Egeshova, Jens-Hagen Eschenbaecher, Usenabasi Esiet, Rose Marie Gad, Irene Hofstetter, Matt Jackson, Kinda Katranji, Daisy Leoncio, Guadalupe Natareno, Ziyanda Ngoma, Claudia Martínez, Subhadra Menon, Rebecca Moudio, Rachel Moynihan, Jasmine Uysal, Dalia Rabie, Zaeem Abdul Rahman, Patrick Rose, Mindy Roseman, Alvaro Serrano, Ramz Halbak, Avani Singh, Irena Spirkovska, Walter Sotomayor, Sabrina Morales Tezagüic, Nahid Toubia, Sujata Tuladhar, Roy Wadia, Irene Wangui, Asti Setiawati Widihastuti Renato Zeballos. Der Herausgeber dankt der Abteilung für Bevölkerung und Entwicklung von UNFPA für die aggregierten regionalen Daten im Indikatorenteil und für die allgemeine Datenberatung. Die Quelldaten für die Indikatoren wurden von der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereitgestellt.
Karten und Bezeichnungen:	Die Bezeichnungen und die Darstellung des Materials geben nicht die Meinung von UNFPA bezüglich des rechtlichen Status von Ländern, Hoheitsgebieten, Städten, Regionen, ihrer Behörden oder ihrer Grenzverläufe wider.

Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle seit 1969

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158

Tel. +1 212 297 5000

www.unfpa.org
@UNFPA

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Hindenburgstr. 25
30175 Hannover

Telefon: 0511 94373-0
Fax: 0511 94373-73

E-Mail: hannover@dsw.org
www.dsw.org