

An artistic photograph of two hands, one from the left and one from the right, reaching towards each other. The hands are dark-skinned and appear to be reaching out from a light-colored, textured background. The fingers are slightly spread, and the palms are facing each other, creating a sense of tension or anticipation.

FERTILITÄT IM FADENKREUZ

Das Ringen um
reproduktive
Selbstbestimmung
in einer sich
wandelnden Welt



Weltbevölkerungsbericht 2025

Deutsche Kurzfassung



Weltbevölkerungsbericht 2025

Deutsche Kurzfassung

FERTILITÄT IM FADENKREUZ

Das Ringen um reproduktive
Selbstbestimmung in einer
sich wandelnden Welt

UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

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

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

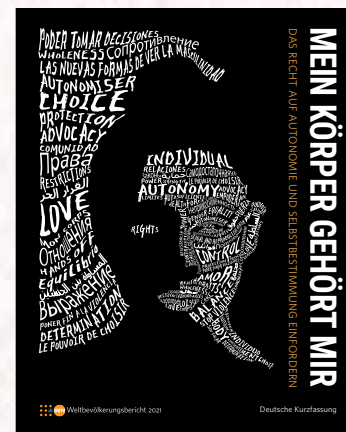
Die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) ist eine international tätige Entwicklungsorganisation, mit dem Ziel, das Potenzial der größten Jugendgeneration aller Zeiten zu fördern, um damit zu einer zukunftsfähigen Bevölkerungsentwicklung beizutragen. Sie ermöglicht jungen Menschen in Ostafrika den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

Mehr Informationen unter www.dsw.org



Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle

Die Weltbevölkerungsberichte der vergangenen Jahre untersuchten den Stand der körperlichen Selbstbestimmung und der reproduktiven Selbstbestimmung weltweit.



INHALT

VORWORT	6
GLOSSAR	8
TESTIMONIALS VON JUGENDLICHEN ...	10



KAPITEL 1

Den Blick auf die wahre Krise lenken

SEITE 13

FEATURE: Eine Familie,
drei Generationen, und sich
wandelnde Kinderwünsche in Indien ... 20

FEATURE: Junge Männer definieren
ihre Rolle in der Familienplanung neu .. 26

IM FOKUS: Wer entscheidet?
Wahlmöglichkeiten gestalten und
Kontrolle unterlassen 32



KAPITEL 2

Chancen erkennen

SEITE 35

IM FOKUS: Wie stark wirkt
sich der Rückgang bei
Teenagerschwangerschaften
auf die Gesamtfertilität aus? 54



KAPITEL 3

Geschlechter- gerechtigkeit für alle – mit Dividende

SEITE 59

FEATURE: Die Großeltern springen ein ... 66

FEATURE: Nigerias Angebot von Familienplanungsdiensten hilft Paaren, ihre Kinderwünsche zu erfüllen72

IM FOKUS: Stigmatisierung und Behandlung von Unfruchtbarkeit in Afrika südlich der Sahara 75

IM FOKUS: Glaubt den Frauen: Was in der Familienplanung wirklich zählt 76



KAPITEL 4

Die Lehren der Geschichte

SEITE 79

FEATURE: Den Kreislauf von Teenagerschwangerschaften durchbrechen 88

FEATURE: Den Bedürfnissen älterer Bevölkerungen gerecht werden 94

INDIKATOREN 99

TECHNISCHE HINWEISE 118

VORWORT

Mit diesem Bericht richten wir den längst überfälligen Fokus auf die individuellen Lebensrealitäten unzähliger Menschen, die nicht die Form von Familie gründen können, die sie sich wünschen.

Wir haben Menschen in vierzehn Ländern befragt – Länder, die zusammengenommen mehr als ein Drittel der Weltbevölkerung ausmachen. Wir wollten wissen, was sie sich für ihr reproduktives Leben und ihre Zukunft wünschen – und ob sie daran glauben, diese Vorstellungen auch verwirklichen zu können. Das Ergebnis: Viel zu wenige Menschen können bei einigen der intimsten und folgenreichsten Entscheidungen ihres Lebens tatsächlich frei wählen.

Die Entwicklung der Weltbevölkerung sorgt zunehmend für Verunsicherung. Im Mittelpunkt der öffentlichen Debatten stehen auf der einen Seite sinkende Geburtenraten, eine alternde Bevölkerung und ein drohender Mangel an Arbeitskräften. Auf der anderen Seite wird weiterhin argumentiert, dass „Überbevölkerung“ die größte Bedrohung für unseren Planeten sei.

Doch ungeachtet der jeweiligen Sorge fehlt in der öffentlichen Debatte ein zentraler Aspekt: Was wünschen sich die Menschen selbst – für ihre Fertilität, ihre Familien und ihre Zukunft?

Allzu häufig wird angenommen oder zumindest suggeriert, dass sich Geburtenraten aus freien Entscheidungen ergeben. Leider ist das nur ein Teil der Wahrheit.

Frühere Weltbevölkerungsberichte haben alarmierende Fakten offengelegt: Etwa die Hälfte aller Schwangerschaften ist unbeabsichtigt. Öffentliche Debatten über Bevölkerungszahlen und Geburtenraten schüren Ängste – und diese Ängste, das hat die Vergangenheit gezeigt, können genutzt werden, um ethnonationalistische Bewegungen zu stärken und reproduktive Rechte zu untergraben. Obwohl es große Fortschritte im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte gibt, profitieren die am stärksten marginalisierten Menschen am wenigsten davon. Daten des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) aus den letzten fünf Jahren zeigen: Etwa jede zehnte Frau kann nicht selbst darüber entscheiden, ob sie Verhütungsmittel verwenden möchte. Rund ein Viertel aller Frauen kann keine selbstbestimmten Entscheidungen über ihre eigene Gesundheitsversorgung treffen. Und etwa jede vierte Frau kann nicht selbst entscheiden, ob sie Sex haben möchte oder nicht.

Millionen von Menschen können also nach wie vor ihre reproduktiven Rechte und Wahlfreiheiten nicht wahrnehmen. Dass Individuen ihre gewünschten Fertilitätsziele nicht erreichen können – das ist die eigentliche Krise, nicht Über- oder Unterbevölkerung. Und diese Krise ist überall sichtbar.

Die für diesen Bericht durchgeführten Recherchen zeigen, dass die Hindernisse, eine unbeabsichtigte Schwangerschaft zu vermeiden, und die Hindernisse, eine Familie zu gründen, oft dieselben sind: wirtschaftliche Unsicherheit, Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, mangelnde Unterstützung durch Partner oder Gemeinschaften, unzureichende sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung, fehlender Zugang zu bezahlbaren Angeboten wie Kinderbetreuung oder Bildung – sowie eine generelle Zukunftsangst.

Wir stellen fest: Wenn wir die richtigen Fragen stellen, werden sowohl das Problem als auch die Lösung klar sichtbar. Die Antwort liegt in der reproduktiven Selbstbestimmung – also in der Fähigkeit eines Menschen, frei und informiert über Sexualität, Verhütung und Familiengründung zu entscheiden: ob, wann und mit wem. Reproduktive Selbstbestimmung bedeutet mehr als Schutz vor Zwang oder besserer Zugang zu Dienstleistungen. Sie umfasst alle Voraussetzungen, die es Menschen ermöglichen, ihre reproduktiven Rechte wahrzunehmen und echte Wahlfreiheit auszuüben, darunter Gleichstellung der Geschlechter, wirtschaftliche Sicherheit, angemessene Gesundheitsversorgung und Vertrauen in eine bessere Zukunft.

Diese Voraussetzungen sind für viel zu viele Menschen weiterhin unerreichbar. Deshalb sollten wir – auch Entscheidungstragende in Politik und Gesellschaft – die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen nicht erst am Ende,

sondern gleich zu Beginn jeder Debatte über Bevölkerungsfragen in den Mittelpunkt stellen. Politische Maßnahmen müssen genau hier ansetzen. Dazu gehören der umfassende Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung und entsprechenden Rechten für alle Menschen, eine langfristige und verlässliche Unterstützung von Eltern und Familien sowie ein entschiedenes Vorgehen gegen geschlechtsspezifische Gewalt und diskriminierende Normen, welche die Kinderwünsche der Menschen untergraben.

Schaffen wir Bedingungen, unter denen Menschen, die sich von Herzen ein Kind wünschen, ihre Fertilitätsziele erreichen können. Eine Zukunft, in der ihre Entscheidungen respektiert und ihre Rechte geschützt werden. Eine Zukunft, in der ihre Kinder – und deren Kinder – aufblühen können.

Wir hoffen, dass dieser Bericht eine längst überfällige Diskussion anstößt – und zu konkretem Handeln führt, um diese Rechte und Wahlfreiheiten zu stärken.

Dr. Natalia Kanem

Exekutivdirektorin Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)

GLOSSAR

Die Sprache, in der über Fertilitätstrends gesprochen wird, ist oft sensibel und birgt die Gefahr von Missverständnissen. Politik und Medien sollten deshalb darauf achten, keine alarmistischen Formulierungen zu wählen – gerade in Zeiten, in denen sich Falschinformationen schnell verbreiten. Viele der Begriffe, die in diesem Bericht verwendet werden, sind zwar geläufig, doch sollte nicht vergessen werden, dass sie nicht bloß abstrakte Konzepte beschreiben, sondern sich auf echte Lebensrealitäten von Menschen beziehen. Die folgenden Begriffs-erklärungen zeigen, wie diese Ausdrücke im Bericht verstanden und verwendet werden. Es handelt sich dabei nicht immer um technische oder einheitlich definierte Fachbegriffe. Ziel dieser Übersicht ist es, das Verständnis der im Bericht behandelten Themen zu erleichtern.

Geburtenrate bei Jugendlichen:

Misst die jährliche Zahl der Geburten von Mädchen oder Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren pro 1.000 Frauen dieser Altersgruppe; sie zeigt das Risiko von Schwangerschaften bei Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren an. (Wenn Daten verfügbar sind, kann und sollte diese Rate auch für Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren berechnet werden.)

Antinatalistisch: Politiken oder Praktiken, die eine niedrigere Geburtenrate fördern, Fortpflanzung beschränken oder weniger Kinder befürworten. „Antinatalismus“ kann auch die Überzeugung bezeichnen, dass Kinder zu bekommen moralisch problematisch ist. Dieser Begriff wird in diesem Bericht nach Möglichkeit vermieden, da er so unterschiedlich verwendet wird, dass er keine klare Aussagekraft hat.

Demografische Angst: Begründete oder unbegründete Sorgen oder Befürchtungen im Zusammenhang mit Trends in der Bevölkerungsentwicklung wie Bevölkerungsgröße, strukturelle Veränderung der Bevölkerung, Migration oder Fertilitätsraten.

Demografischer Wandel: Veränderungen in der Größe und Struktur einer Bevölkerung aufgrund von Veränderungen bei Fertilität, Sterblichkeit und Migration.

Demografische Vielfalt: Bezieht sich auf die unterschiedlichen demografischen Profile und Entwicklungen in verschiedenen Ländern – z. B. darauf, dass einige Länder heute eine hohe Fertilität und ein starkes Bevölkerungswachstum erleben, während andere eine niedrige Fertilität und einen Bevölkerungsrückgang aufweisen.

Demografische Resilienz: Die Fähigkeit eines Landes, demografische Veränderungen innerhalb eines menschenrechtlichen Rahmens vorherzusehen, sich daran anzupassen und daraus Vorteile zu ziehen.

Fertilitätsziele: Messgrößen wie Geburtenzahlen, Geburtenraten oder Fertilitätsraten, die Ziel einer bestimmten Bevölkerungspolitik sind. In diesem Bericht bezieht sich der Begriff „Fertilitätsziele“ auf staatliche Politiken. Es werden ausdrücklich keine derartigen Zielvorgaben empfohlen.

Hohe Fertilität: In diesem Bericht wird „hohe Fertilität“ nicht anhand eines festen Wertes definiert, sondern im Vergleichskontext verwendet. Die UN definiert „hohe Fertilität“ je nach Kontext unterschiedlich, z. B. mit mehr als 3,2 Kindern pro Frau (UN DESA, 2014), mehr als 3,5 Kindern pro Frau (UN DESA, 2017) oder über das jeweilige Bestandserhaltungsniveau eines Landes.

Niedrige Fertilität: Auch dieser Begriff wird in vergleichender Weise verwendet und nicht anhand eines festen Wertes definiert. Allgemein beschreibt er eine Gesamtfertilitätsrate von 2,1 oder weniger Kindern pro Frau – also Werte, die zu keinem langfristigen Bevölkerungswachstum führen. Auch hier erkennt der Bericht an, dass die Wahrnehmung dessen, was als „niedrig“ gilt, subjektiv ist.

Überbevölkerung: Ohne allgemein akzeptierte technische Definition beschreibt dieser Begriff üblicherweise eine Bevölkerungszahl, die durch vorhandene Ressourcen nicht getragen werden kann. Er wird oft verwendet, um Besorgnis über steigende Geburtenraten oder Migrationsbewegungen auszudrücken, und impliziert häufig eine ideale Bevölkerungsgröße oder Geburtenrate – Konzepte, die in diesem Bericht ausdrücklich nicht empfohlen werden.

Bevölkerungskontrolle: Die bewusste Steuerung des Wachstums, der Größe oder der Verteilung einer Bevölkerung. Der Begriff wird häufig mit Maßnahmen in Verbindung gebracht, die Menschenrechte verletzen.

Bevölkerungspolitik: Politiken zu verschiedenen Bevölkerungsfragen, wie Bevölkerungsgröße und -wachstum, reproduktiver Gesundheit und Familienplanung, Altersverteilung, Fertilität und Heiratsverhalten, räumlicher Verteilung und Urbanisierung, Gesundheit und Sterblichkeit sowie interner und internationaler Migration.

Bevölkerungsziele: Zahlen oder Zielkorridore von Menschen, die durch eine bestimmte Bevölkerungspolitik erreicht werden sollen.

Pronatalistisch: Politiken oder Praktiken, die eine höhere Geburtenrate fördern. „Pronatalistisch“ kann auch als Substantiv verwendet werden und bezeichnet dann Personen, die entsprechende Maßnahmen befürworten. Manche verwenden den Begriff für „kulturelle und institutionelle Kräfte, die zur Fortpflanzung drängen“. Auch dieser Begriff wird in diesem Bericht nach Möglichkeit vermieden, da er zu uneinheitlich verwendet wird.

Bestandhaltungsniveau der Fertilität: Der demografische Richtwert für die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau, die notwendig ist, um die Bevölkerungsgröße stabil zu halten – typischerweise etwa 2,1 Kinder pro Frau. Der genaue Wert variiert je nach Land, da auch Sterblichkeit, Migration und das Geschlechterverhältnis bei der Geburt eine Rolle spielen.

Reproduktive Selbstbestimmung: Die Fähigkeit, fundierte und eigenständige Entscheidungen über die eigene Reproduktion zu treffen. Dies umfasst mehr als die Möglichkeit, „Ja“ oder „Nein“ zu sagen – es erfordert ein unterstützendes Umfeld, in dem Menschen frei von rechtlichen, politischen, wirtschaftlichen oder

normativen Einschränkungen Entscheidungen treffen können. Sie ist ein zentraler Aspekt körperlicher Selbstbestimmung und der Menschenrechte. Internationale Menschenrechtsrahmen erkennen reproduktive Selbstbestimmung als wesentlich für die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung von Frauen und Mädchen an.

Reproduktiver Zwang: Jede Maßnahme oder jedes Verhalten, das in die autonome Entscheidungsfindung über die reproduktive Gesundheit einer Person eingreift.

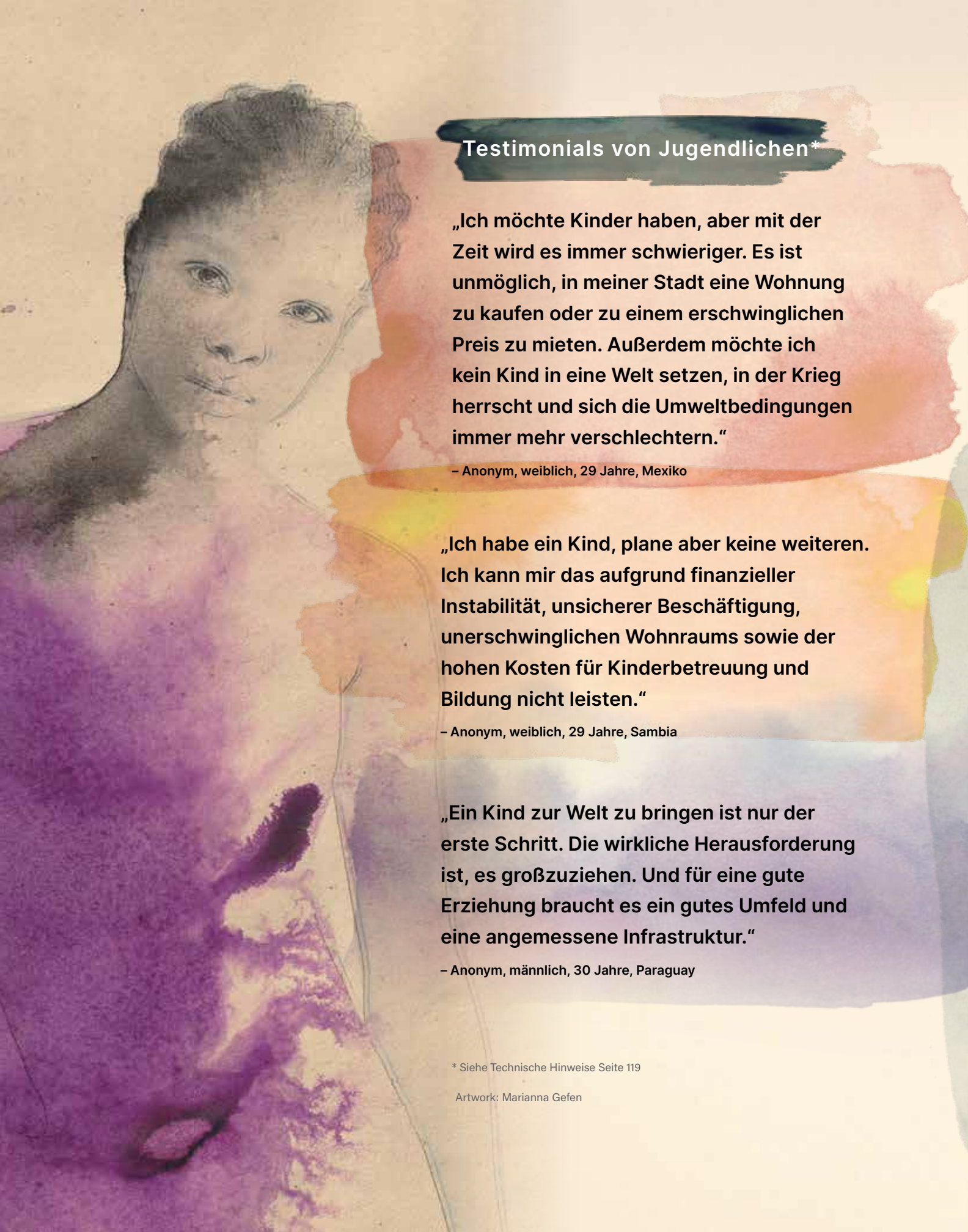
Reproduktive Rechte: Das international anerkannte Grundrecht aller Paare und Individuen, frei und verantwortungsvoll über die Anzahl, den zeitlichen Abstand und den Zeitpunkt ihrer Kinder zu entscheiden sowie Zugang zu den nötigen Informationen und Mitteln zu haben. Ebenso das Recht auf den bestmöglichen Standard sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR): Bezeichnet ein umfassendes, integriertes Set an Gesundheitsleistungen und Informationen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Dazu gehören Prävention unbeabsichtigter Schwangerschaften, Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt, Zugang zu korrekten Informationen, aber auch Behandlung von Unfruchtbarkeit und reproduktiven Erkrankungen, Beratung und Versorgung zu sexueller Funktion und Zufriedenheit, sowie Angebote für Menschen unabhängig von sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität – auch in humanitären Krisen.

Tempoeffekt: Ein demografischer Begriff, der sich auf Veränderungen im Zeitpunkt von Geburten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und deren Auswirkungen auf die (periodenbezogene) Gesamtfertilitätsrate bezieht. Wenn Frauen beispielsweise im Durchschnitt später Kinder bekommen, kann das zu weniger Geburten im aktuellen Jahr führen – auch wenn sich die Gesamtzahl der Kinder im Lebensverlauf nicht ändert.

Gesamtfertilitätsrate: Sofern nicht anders angegeben, bezieht sich die Gesamtfertilitätsrate auf die periodenbezogene Gesamtfertilitätsrate – also auf die durchschnittliche Kinderzahl, die eine Frau im Laufe ihres Lebens hätte, wenn sie bis zum Ende ihrer reproduktiven Phase lebt und Kinder in Übereinstimmung mit den altersspezifischen Fertilitätsraten eines bestimmten Zeitraums bekäme.

Tempo- und paritätsbereinigte Gesamtfertilitätsrate: Eine Variante der Gesamtfertilitätsrate, die sowohl das Tempo (den Zeitpunkt) als auch die Parität (die Anzahl der Schwangerschaften ab der 20. Woche) berücksichtigt. Dieses Maß liefert ein differenzierteres Bild der Fertilitätstrends, insbesondere in Gesellschaften, in denen sich Normen hinsichtlich des Alters bei der Geburt verschieben.



Testimonials von Jugendlichen*

„Ich möchte Kinder haben, aber mit der Zeit wird es immer schwieriger. Es ist unmöglich, in meiner Stadt eine Wohnung zu kaufen oder zu einem erschwinglichen Preis zu mieten. Außerdem möchte ich kein Kind in eine Welt setzen, in der Krieg herrscht und sich die Umweltbedingungen immer mehr verschlechtern.“

– Anonym, weiblich, 29 Jahre, Mexiko

„Ich habe ein Kind, plane aber keine weiteren. Ich kann mir das aufgrund finanzieller Instabilität, unsicherer Beschäftigung, unerschwinglichen Wohnraums sowie der hohen Kosten für Kinderbetreuung und Bildung nicht leisten.“

– Anonym, weiblich, 29 Jahre, Sambia

„Ein Kind zur Welt zu bringen ist nur der erste Schritt. Die wirkliche Herausforderung ist, es großzuziehen. Und für eine gute Erziehung braucht es ein gutes Umfeld und eine angemessene Infrastruktur.“

– Anonym, männlich, 30 Jahre, Paraguay

* Siehe Technische Hinweise Seite 119

„Die Zukunft erscheint düster, trotz der Maßnahmen der Regierung. Außerdem richten sich viele politische Entscheidungen weltweit gegen die Gesundheitsversorgung von Frauen. Ich habe das Gefühl, dass uns das dazu bringt, allein zu bleiben und keine Kinder zu bekommen.“

– Anonym, weiblich, 31 Jahre, Philippinen

„Bevor ich ein Kind in diese Welt setze, muss ich erst einmal für die nötigen Voraussetzungen kämpfen: für die Ehe zwischen gleichgeschlechtlichen Partnern, für Leihmutterschaft, für Adoptionsrechte und die rechtliche Anerkennung von Elternschaft in meinem Herkunftsland. Denn das ist nicht nur mein Kampf. Es ist der Kampf von Milliarden junger Menschen, die in Systemen gefangen sind, die ihnen die Rechte und die Würde verweigern, die sie verdienen.“

– Roman, männlich, 26 Jahre, Aserbaidschan

„Den richtigen Partner zu finden ist wichtig, weil ich glaube, dass Kindererziehung eine gemeinsame Verantwortung sein sollte, mit emotionalem und finanziellem Einsatz von beiden Elternteilen.“

– Anonym, weiblich, 18 Jahre, Indien

„Es gibt genug Ressourcen auf der Erde, um alle Menschen, und noch mehr, zu versorgen. Sie sind nur furchtbar ungerecht verteilt. Daran sollten wir als Gesellschaft dringend arbeiten. Ich glaube daran, dass uns das gelingen kann und mir dadurch das Privileg zu Teil wird, ein Kind zu bekommen, ohne es bereuen zu müssen.“

– Ilian Sales Segarra, 24 Jahre, Belgien



Artwork: Stina Persson

KAPITEL 1

Den Blick auf die wahre Krise lenken

Die Welt verändert sich in einem atemberaubenden Tempo und Ausmaß: Die globalen Fertilitätsraten sinken. Die Zahl der Menschen auf der Welt wird voraussichtlich im Laufe dieses Jahrhunderts ihren Höchststand erreichen und danach schrumpfen. Schon jetzt lebt jede vierte Person in einem Land, in dem die Bevölkerungszahl ihren Höhepunkt überschritten hat. Das wird zu tektonischen Veränderungen unserer Gesellschaften führen: mit einem höheren Anteil älterer Menschen, einem geringeren Anteil junger Menschen und womöglich weniger Erwerbstätigen.

Unsere heutige Welt ist indessen von großer demografischer Vielfalt geprägt. Einige Länder verzeichnen weiterhin hohe Fertilitätsraten, andere hingegen einen Rückgang; manche erleben starke Zuwanderung, andere hohe Abwanderung. Auch innerhalb von Staaten gibt es unterschiedliche demografische Muster. Die derzeitige Situation ist keine Überraschung, sondern die absehbare Folge langfristiger Trends. Schon vor Jahrzehnten zeigten Daten, dass die Bevölkerungen vieler Staaten altern würden. Was heute dagegen wirklich erstaunen sollte, ist die Unfähigkeit oder Weigerung, diesen Wandel weitsichtig zu gestalten.

Stattdessen sind vielerorts die Ängste des vergangenen Jahrhunderts zu hören. Weltweit warnen Schlagzeilen vor zusammenbrechenden Rentensystemen, schrumpfenden Wählerschaften, zunehmenden ethnischen Spannungen und einer angeblich irreversiblen „Entvölkerung“, obwohl gleichzeitig weiterhin die Sorge vor „Überbevölkerung“ kursiert.

Tatsächlich gibt es aber eine sehr reale Krise – eine Krise, die dringendes Handeln erfordert. Aber sie verlangt andere Maßnahmen als jene, die derzeit meist im Fokus stehen. Es ist eine Krise der

reproduktiven Selbstbestimmung, also der Fähigkeit von Menschen, frei, informiert und uneingeschränkt Entscheidungen zu treffen – vom Ausleben ihrer Sexualität über die Nutzung von Verhütungsmitteln bis hin zur Familiengründung.

Reproduktive Selbstbestimmung bedeutet nicht nur, Ja oder Nein sagen zu können, sondern auch, frei von Zwang zu sein. Sie setzt auch politische, rechtliche und gesellschaftliche Bedingungen voraus, die echte Entscheidungsfreiheit ermöglichen.

Die wahre Krise

In allen befragten Ländern und Regionen ist ein großer Teil der Frauen und Männer nicht in der Lage, ihre individuellen Kinderwünsche zu verwirklichen. Unbeabsichtigte Schwangerschaften bleiben genauso weit verbreitet wie unerfüllte Kinderwünsche. Sowohl dass Menschen mehr Kinder bekommen als beabsichtigt, als auch dass sie weniger Kinder bekommen als gewünscht, ist weit verbreitet.

Mit anderen Worten: Debatten, politische Maßnahmen und Lösungen müssen sich von der Überzeichnung einer „Bevölkerungsexplosion“ oder eines „Bevölkerungskollapses“ wegbewegen hin zu den realen Anliegen von Individuen, die tiefgreifende, persönliche Entscheidungen über ihren Körper, ihre Familie und ihre Zukunft treffen. Diese demografische Krise ist nicht das Ergebnis persönlicher Reproduktionsentscheidungen, die nicht mit den Zielen eines Staates oder einer Wirtschaft übereinstimmen. Vielmehr liegt ihre Ursache in gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, die nicht mit den Lebensentwürfen der Menschen vereinbar sind. Es wurde

versäumt, jene ökonomische Sicherheit und persönliche Selbstbestimmung zu schaffen, die viele Menschen als Voraussetzungen dafür nennen, ihre Familienziele verwirklichen zu können – unabhängig davon, ob sie viele, wenige oder gar keine Kinder haben wollen.

In der Tat sind politische Maßnahmen gefordert. Jedoch nicht solche, die Menschen zur Verhütung oder zur Ablehnung von Verhütung drängen und ebenso wenig jene, die zur Fortpflanzung animieren oder kleine Familien belohnen sollen. Vielmehr bedarf es eines grundlegend anderen Ansatzes: einer erheblichen Steigerung der globalen Investitionen in die Förderung der reproduktiven Selbstbestimmung – unabhängig von der Fertilitätsrate eines Landes.

Werden reproduktive Rechte und Kinderwünsche verwirklicht, hat das weitreichende Folgen – vor allem für die Gesundheit und das Wohlbefinden Einzelner und ihrer Familien. Auch Gesellschaften und Staaten würden erheblich profitieren, nicht nur weil sich Kosten infolge unsicherer Schwangerschaftsabbrüche und unbeabsichtigter Schwangerschaften, insbesondere bei Jugendlichen, reduzieren würden. Wenn Kinder unter stabilen sozioökonomischen Bedingungen geboren werden, in denen Familien Unterstützung erhalten, erhöht das auch die Chance auf eine stärkere Erwerbsbeteiligung künftiger Generationen.

Wie häufig bleiben Kinderwünsche unerfüllt?

Für diesen Bericht haben UNFPA und YouGov mehr als 14.000 Frauen und Männer in 14 Ländern befragt, in denen zusammen über 37 Prozent der Weltbevölkerung leben. Ziel war es, mehr über

ihre Kinderwünsche und deren Verwirklichung zu erfahren – und über mögliche Hindernisse. Die Ergebnisse sind aufschlussreich: Die gewünschte Anzahl an Kindern lässt sich für viele nicht realisieren, und auch beim Verhindern oder Verwirklichen einer Schwangerschaft stoßen viele auf Hindernisse.

In allen Ländern wünschten sich die meisten Befragten zwei Kinder. Doch in jedem Land gab es einen erheblichen Anteil an Menschen, die ihre Kinderwünsche im Lauf des Lebens angepasst hatten – sowohl nach unten als auch nach oben. Fast ein Fünftel der Befragten im reproduktiven Alter (18 Prozent) meinte, sie würden vermutlich nicht die gewünschte Kinderzahl erreichen: elf Prozent rechneten mit weniger, sieben Prozent mit mehr Kindern als beabsichtigt.

Auch Menschen über 50 Jahre wurden befragt, bei denen eine abgeschlossene Familienplanung angenommen wurde. Die tatsächliche Zahl ihrer Nachkommen wich häufig von ihren früheren Wünschen ab: 31 Prozent sagten, sie hätten weniger Kinder bekommen als sie beabsichtigt hatten; 12 Prozent gaben an, mehr Kinder bekommen zu haben.

Über alle Altersgruppen hinweg sagten 32 Prozent der Befragten, sie hätten eine unbeabsichtigte Schwangerschaft erlebt. 23 Prozent gaben an, es habe eine Zeit gegeben, in der sie ein Kind wollten, es aber nicht bekommen konnten. Davon mussten über 40 Prozent ihren Kinderwunsch letztlich ganz aufgeben.

Besonders hervorzuheben ist, dass fast 13 Prozent der Befragten sowohl eine unbeabsichtigte Schwangerschaft hatten als auch Schwierigkeiten, ein Kind zu bekommen. In manchen Ländern lag

dieser Anteil bei über 20 Prozent. Das zeigt, dass die gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen bei der Unterstützung reproduktiver Entscheidungen versagen.

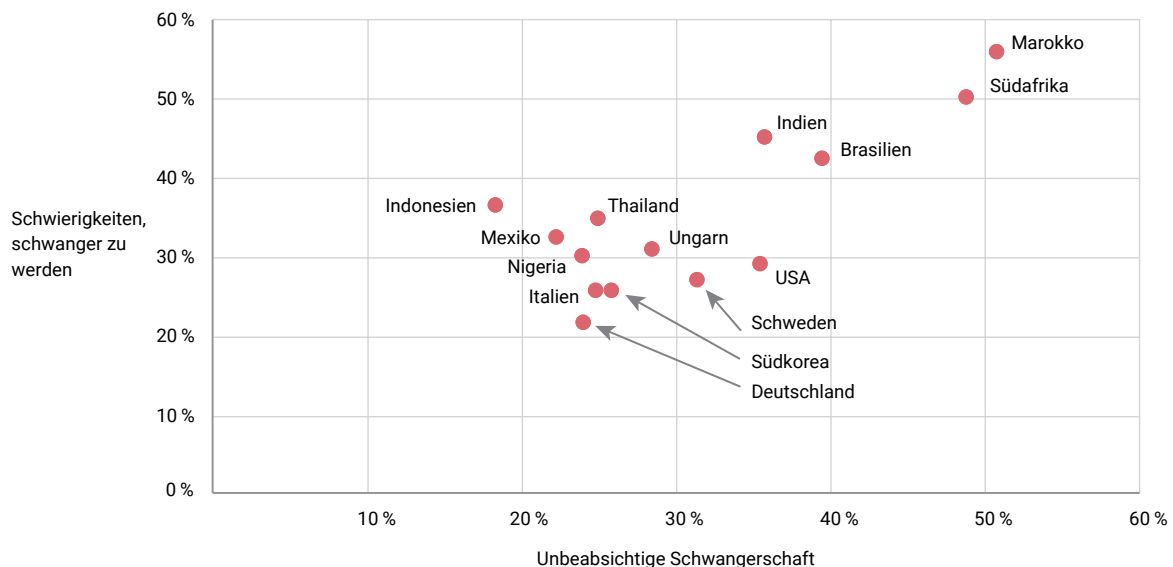
Mit anderen Worten: Überall auf der Welt sehen wir, dass Menschen Schwierigkeiten haben, ihre reproduktiven Entscheidungen selbstbestimmt zu verwirklichen. Menschen mit mehr oder weniger Kindern als beabsichtigt gibt es sowohl in Ländern mit hohen als auch mit niedrigen Fertilitätsraten, was zeigt, dass Menschen weltweit in ihrer reproduktiven Selbstbestimmung eingeschränkt sind.

Doch warum bekommen Menschen weniger Kinder als sie sich wünschen? Der mit Abstand häufigste Grund ist ihre wirtschaftlicher Situation: Von 10.000 Befragten, die Kinder haben oder wollen, sagten 39 Prozent, finanzielle Einschränkungen hätten ihre Familienplanung beeinflusst oder würden dies voraussichtlich tun. An zweiter Stelle wurde mit 21 Prozent Arbeitslosigkeit oder berufliche Unsicherheit genannt. An dritter Stelle, mit 19 Prozent, standen Wohnungsprobleme wie Platzmangel oder hohe Mietkosten.

Werden die genannten Hindernisse in vier Kategorien unterteilt – gesundheitliche Gründe, finanzielle Barrieren, Zukunftssorgen sowie fehlende oder nicht unterstützende Partnerschaften – ergibt sich folgendes Bild: Mehr als die Hälfte der

GRAFIK 1

Unbeabsichtigte Schwangerschaft und Herausforderungen beim Kinderwunsch



In allen von UNFPA/YouGov untersuchten Ländern berichteten Menschen von Schwierigkeiten, unbeabsichtigte Schwangerschaften zu verhindern und zu einem gewünschten Zeitpunkt schwanger zu werden.

Quelle: UNFPA/YouGov-Umfrage

Befragten nannte finanzielle Barrieren als Grund dafür, dass sie nicht die gewünschte Kinderzahl erreichten. 24 Prozent verwiesen auf gesundheitliche Probleme – etwa Schwierigkeiten, schwanger zu werden, mangelnden Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdiensten oder allgemein schlechte Gesundheit. 19 Prozent nannten Sorgen über die Zukunft – zum Beispiel Klimawandel, Umweltzerstörung, Krieg oder Pandemien – als Hindernis für ihre Familienplanung.

Auch der partnerschaftliche Kontext spielt eine wichtige Rolle: 14 Prozent der Befragten gaben an, keine Beziehung zu haben und deshalb nicht die gewünschte Kinderzahl zu erreichen. Weitere elf Prozent nannten fehlende Unterstützung durch

den Partner oder die Partnerin, etwa bei Hausarbeit oder Kinderbetreuung. Jüngere Menschen (unter 40 Jahren) nannten eine ungleiche Aufteilung von Care-Arbeit häufiger als Hindernis als ältere Befragte (zwölf Prozent gegenüber neun Prozent). Zudem nannten Frauen dieses Hindernis deutlich häufiger als Männer (13 gegenüber acht Prozent). (Mehr dazu in Kapitel 3.

Auf die Frage, welche Faktoren dazu geführt haben oder künftig dazu führen könnten, mehr Kinder zu bekommen als beabsichtigt, nannten 21 Prozent der Befragten am häufigsten eine Verbesserung der wirtschaftlichen Lage. Jeweils 14 Prozent gaben den Kinderwunsch in ihrer Partnerschaft oder eine Veränderung der eigenen Haltung als Grund an.

Von der „Bevölkerungsexplosion“ zum „Bevölkerungskollaps“

Im vergangenen Jahrhundert kam es durch enorme Fortschritte in Gesundheitsversorgung und Entwicklung zum größten Bevölkerungswachstum in der Menschheitsgeschichte – ein Anstieg, der vor allem im Globalen Süden als „Bevölkerungsexplosion“ wahrgenommen wurde. Es machten sich zahlreiche Ängste breit: Die Sorge, „Überbevölkerung“ könnte Entwicklung verhindern und Armut verschärfen oder die Annahme, Hungersnöte und Massensterben seien unvermeidbar. Viele Regierungen, besonders in Ländern mit hohem Einkommen, warnten damals vor einem „Wettlauf in den Untergang“, falls keine Maßnahmen zur Kontrolle weiblicher Fertilität getroffen würden – leider zu oft mit Mitteln wie erzwungener Verhütung, Zwangssterilisation oder erzwungenem Schwangerschaftsabbruch.

Im Rückblick lässt sich diese Epoche differenzierter betrachten: Seit 1950 hat sich die Weltbevölkerung mehr als verdreifacht. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau von fünf (im Jahr 1950) auf 2,25 gesunken. Bis 2050 wird ein weiterer Rückgang auf etwa 2,1 erwartet – das sogenannte Bestanderhaltungsniveau.

Anstatt die Bevölkerungsgröße oder -zusammensetzung zu steuern, setzt sich UNFPA für demografische Resilienz ein – einen Ansatz, der Bevölkerungspolitik fest in einem menschenrechtlichen Rahmen verankert. Auch migrationspolitische Fragen gehören dazu, doch im Zentrum dieses Berichts stehen die sexuellen und reproduktiven Rechte sowie die Gesundheit – der Kernauftrag von UNFPA.

Was Menschen am Kinderkriegen hindert

Antworten auf die Frage: „Welche Faktoren haben für Sie persönlich dazu geführt oder könnten dazu führen, dass Sie weniger Kinder bekommen (werden), als Sie sich ursprünglich beabsichtigten?“

Länder nach Gesamtfertilität (niedrig bis hoch) ▼	Gesundheit			Wirtschaft			
	Unfruchtbarkeit oder Schwierigkeiten, schwanger zu werden	Barrieren beim Zugang zu med. Fertilitäts- oder Schwanger- schafts- versorgung	Schlechter allgemeiner Gesundheits- zustand oder chronische Erkrankung	Finanzielle Einschränkungen	Eingeschränkter Wohnraum (Platzmangel, hohe Kosten etc.)	Mangel an guter Kinder- betreuung	Arbeitslosigkeit, unsichere Arbeit
Südkorea	12%	6%	11%	58%	31%	28%	26%
Thailand	19%	10%	17%	51%	21%	17%	33%
Italien	15%	6%	13%	29%	14%	12%	30%
Ungarn	10%	4%	8%	34%	20%	11%	16%
Deutschland	11%	3%	10%	25%	18%	12%	10%
Schweden	10%	3%	9%	19%	6%	3%	5%
Brasilien	8%	7%	13%	39%	18%	8%	26%
Mexiko	8%	7%	8%	35%	23%	14%	21%
USA	16%	8%	12%	38%	15%	12%	17%
Indien	13%	14%	15%	38%	22%	18%	21%
Indonesien	6%	9%	10%	39%	22%	6%	20%
Marokko	10%	4%	19%	47%	20%	11%	15%
Südafrika	15%	8%	13%	53%	17%	9%	33%
Nigeria	14%	11%	13%	32%	14%	17%	16%
Gesamt- durchschnitt	12%	7%	12%	39%	19%	12%	21%

	Veränderter Kinderwunsch		Zukunftssorgen		Andere Faktoren		
	Geänderte Meinung (möchte weniger Kinder)	Partner*in möchte weniger Kinder	Politische oder gesellschaftliche Sorge (z. B. Krieg, Pandemie)	Sorge über den Klimawandel	Kein*e (geeignete*r) Partner*in	Mangelnde Beteiligung des*r Partner*in an Haus- und Care-Arbeit	Druck oder Zwang von medizinischem Personal führt zu weniger Kindern
Südkorea	14%	13%	8%	8%	10%	19%	3%
Thailand	12%	9%	23%	18%	25%	11%	6%
Italien	7%	11%	19%	11%	17%	8%	1%
Ungarn	9%	8%	10%	4%	17%	5%	4%
Deutschland	11%	11%	13%	9%	15%	8%	2%
Schweden	4%	9%	6%	4%	17%	5%	4%
Brasilien	18%	12%	21%	11%	15%	8%	5%
Mexiko	12%	8%	21%	14%	16%	8%	5%
USA	12%	19%	11%	7%	18%	11%	6%
Indien	17%	19%	14%	16%	12%	15%	14%
Indonesien	19%	17%	14%	9%	4%	16%	7%
Marokko	8%	17%	8%	4%	9%	13%	4%
Südafrika	17%	18%	15%	9%	18%	9%	5%
Nigeria	17%	19%	12%	10%	9%	10%	8%
Gesamt- durchschnitt	13%	13%	14%	9%	14%	11%	5%

Den Befragten wurden 14 mögliche Gründe vorgegeben, sie konnten aber auch eigene Angaben machen. Eine kleine Anzahl von Personen nannte zusätzliche Faktoren, darunter Fehlgeburten oder der Tod eines Kindes, Unfruchtbarkeit nach einer schwierigen Schwangerschaft, sexuelle Orientierung sowie „Gottes Wille“ (in Indonesien).

Anmerkung: Diese Frage wurde nicht jenen gestellt, die angaben, dass ihre ideale Kinderzahl null ist. Da die Befragten mehrere Gründe angeben konnten, ergibt die Summe der Prozentwerte nicht 100 Prozent. Die Prozentzahlen, die an anderer Stelle in diesem Bericht zur Beschreibung übergeordneter Barriere-Kategorien („Gesundheit“, „Wirtschaft“, „Zukunftssorgen“ usw.) verwendet werden, wurden so berechnet, dass Mehrfachnennungen innerhalb einer Kategorie nicht doppelt gezählt wurden.

Quelle: UNFPA/YouGov-Umfrage

Eine Familie, drei Generationen, und sich wandelnde Kinderwünsche in Indien

Indien ist heute das bevölkerungsreichste Land der Welt mit fast 1,5 Milliarden Menschen. Prognosen zufolge wird diese Zahl noch auf etwa 1,7 Milliarden steigen, bevor sie in rund 40 Jahren wieder zu sinken beginnt. Im Jahr 1960 lebten etwa 436 Millionen Menschen in Indien, und eine Frau bekam im Durchschnitt fast sechs Kinder. Damals hatten Frauen kaum Entscheidungsfreiheit über ihren Lebensentwurf. Weniger als ein Viertel nutzte

Verhütungsmittel, weniger als die Hälfte hatte eine Grundschule besucht.

In den folgenden Jahrzehnten stieg das Bildungsniveau, der Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung verbesserte sich, und immer mehr Frauen konnten über ihr eigenes Leben mitbestimmen. Heute hat eine Frau in Indien im Durchschnitt nur noch zwei Kinder.

Drei Generationen der Familie Devi aus dem Bundesstaat Bihar zeigen, wie sehr sich Leben und Einstellungen in Indien in den vergangenen 65 Jahren verändert haben – und welchen Einfluss das auf Kinderwünsche hatte.



Saraswati Devi, 64 Jahre

Saraswati Devi wurde 1976 im Alter von 16 Jahren verheiratet. Bis zu ihrem 30. Geburtstag hatte sie fünf Söhne geboren. Alle Frauen im Dorf hatten viele Kinder. Wenn eine Frau weniger Kinder hatte, galt sie als krank, erinnert sich Saraswati.

Kinder galten als „Segen Gottes“, sagt sie. „Meine Schwiegermutter sagte immer: Je mehr Kinder, desto mehr Hände zum Arbeiten auf dem Feld.“

„Wir wussten damals nicht, wie man verhütet – und wir hatten Angst, Fragen zu stellen“, erinnert sich Saraswati. „Als ich keine Kinder mehr wollte, bestand meine Schwiegermutter darauf, dass ich weitermache. Ich durfte ihr nicht widersprechen.“

Wenn sie heute zurückblickt, sagt Saraswati: „Hätte ich die Wahl gehabt, hätte ich weniger Kinder bekommen.“

Anita Devi, 42 Jahre

Anita Devi, Saraswatis Schwiegertochter, heiratete im Alter von 18 in den späten 1990er-Jahren. Doch im Gegensatz zu ihrer Schwiegermutter wusste sie über Familienplanung Bescheid und erhielt fachkundige Unterstützung vor Ort. Trotzdem bekam sie sechs Kinder: vier Töchter und zwei Söhne. „Mein Mann und meine Schwiegermutter wollten viele Kinder – vor allem einen Sohn“, sagt sie. „Ich war erschöpft, aber ich hatte kaum Mitspracherecht.“

Sie fügt hinzu: „Eigentlich wollte ich nur ein oder zwei Kinder – ein Mädchen und einen Jungen. Wir sind arm, und es ist schwer, viele Kinder zu ernähren. Aber in meiner Familie war es sehr schwierig, über Verhütung zu sprechen – und mein Mann war dagegen.“

Pooja Kumari, 26 Jahre

Pooja Kumari, Anitas Tochter, schloss zunächst ihr Studium ab bevor sie mit 22 Jahren heiratete. Ihr erstes Kind bekam sie mit 23. In den drei Jahren danach nutzte sie Verhütungsmittel. Erst vor Kurzem entschied sie sich für ein zweites Kind.

„Mein Mann und ich haben beschlossen, nur zwei Kinder zu haben“, sagt Pooja. „Wir wollen ihnen eine gute Ausbildung und ein sicheres Leben ermöglichen. Da wir nur über begrenzte finanzielle Mittel verfügen, ist eine kleine Familie für uns ideal.“

Nach der Geburt plant Pooja, wieder zu arbeiten und zum Einkommen der Familie beizutragen. „Mein Mann unterstützt meine Ziele und gemeinsam planen wir unsere Zukunft.“

Pooja besuchte sogenannte Raatri Chaupals – nächtliche Dorfversammlungen, bei denen sie mithilfe von Filmen und Gesprächen viel über reproduktive Gesundheit und Rechte erfuhr. Diese Treffen gaben ihr das Selbstvertrauen, mit ihrem Mann offen über Kinderanzahl und deren zeitlicher Abstand zu sprechen. Frauen wie Pooja, die Zugang zu Verhütungsmitteln haben und von ihrer Familie und Gemeinschaft unterstützt werden, gehören zu einer neuen Generation, die ihre Kinderwünsche selbstbestimmt verwirklichen kann.

Schluss mit der Schuldzuweisung

Die Umfrage von UNFPA und YouGov zeigt klar: Sowohl Männer als auch Frauen stehen vor großen Herausforderungen, wenn es darum geht, ihre Kinderwünsche zu verwirklichen.

Dennoch dominieren in der öffentlichen und politischen Debatte häufig Narrative, die Frauen die Verantwortung für sinkende Heirats- und Fertilitätsraten zuschreiben. Während sinkende Fertilitätsraten oft als Ausdruck weiblicher Selbstbestimmung gedeutet werden, bezweifeln Medien, Wissenschaft und Politik zugleich die Verlässlichkeit der Aussagen von Frauen über ihre eigenen Familienabsichten. Ihnen wird unterstellt, sie seien nicht ehrlich oder ließen sich vom „Zeitgeist“ leiten.

Solche Annahmen sind grundlegend falsch – nicht zuletzt deshalb, weil Männer in allen Aspekten der Reproduktion eine zentrale Rolle spielen. Die Vorstellungen von Elternschaft verändern sich bei Frauen und Männern im Laufe der Zeit. Gleichzeitig bleibt die Freiheit von Frauen, selbst über ihren Körper und ihre Familienplanung zu entscheiden, vielerorts stark eingeschränkt.

Weltweit wird fast jedes fünfte Mädchen als Kind verheiratet. Geschlechtsspezifische Gewalt zählt zu den häufigsten Menschenrechtsverletzungen: Etwa jede dritte Frau erlebt im Laufe ihres Lebens sexualisierte Gewalt, Gewalt durch (Ex-)Partner oder andere Formen von Missbrauch – mit hoher Dunkelziffer. In 69 Ländern können elf Prozent der Frauen nicht selbst entscheiden, ob sie Verhütungsmittel nutzen. 25 Prozent können nicht frei über ihre Gesundheitsversorgung bestimmen. 24 Prozent können nicht ablehnen, Sex zu haben. In 13 von 32 untersuchten Ländern hat sich die körperliche Selbstbestimmung von Frauen zwischen 2006 und 2022 sogar verschlechtert.

Selbst dort, wo Menschen Zugang zu Verhütung haben, Gesundheitsdienste nutzen und sexuelle Kontakte ablehnen können, bleibt die reproduktive Selbstbestimmung oft unerreichbar. Denn während Verhütungsmittel leichter zugänglich sind, ist der Zugang zu erschwinglicher Behandlung bei Infertilität in vielen Ländern oft noch stark eingeschränkt. Hinzu kommen biologische, wirtschaftliche, soziale und persönliche Faktoren, die eine Schwangerschaft beeinflussen.

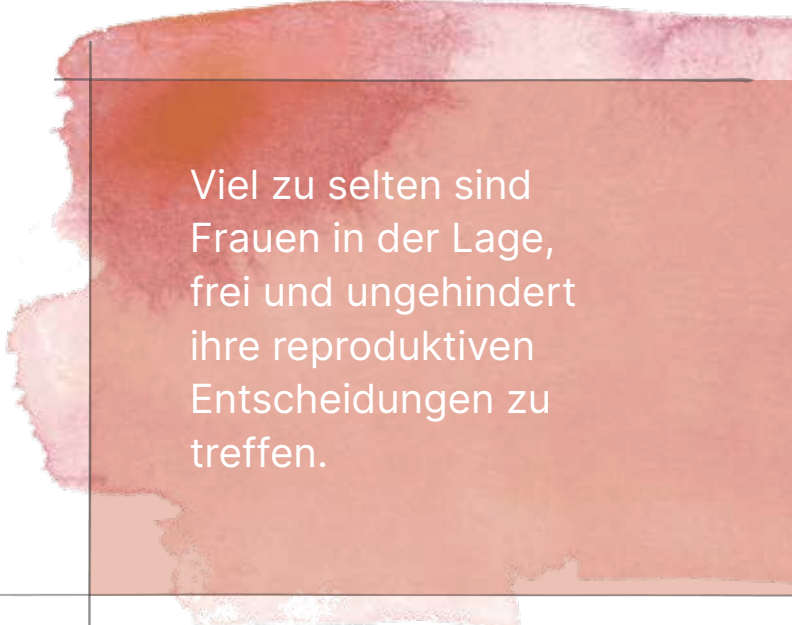


Zwangspolitik und ihre unerwünschten Folgen

Zwangspolitik in Bezug auf Fortpflanzung wird heute weitgehend abgelehnt, doch es besteht keinerlei Einigkeit darüber, was eigentlich genau als Zwang gilt. Eine gängige Definition lautet: Reproduktiver Zwang liegt vor, wenn Maßnahmen oder Verhaltensweisen die selbstbestimmte Entscheidung über Sexualität und Fortpflanzung beeinträchtigen. Einige Staaten haben Menschen zur Sterilisation gezwungen oder ihnen Verhütungsmittel aufgezwungen; andere haben Verhütung oder Schwangerschaftsabbrüche verboten. Doch es gibt auch subtilere Formen von Zwang: In der Sowjetunion etwa mussten Kinderlose eine Steuer zahlen. In Vietnam wurden Familien bestraft, wenn sie mehr Kinder bekamen als erlaubt.

Zwang muss nicht gesetzlich verankert sein. Auch strukturelle Bedingungen können Menschenrechte verletzen. In Namibia etwa stellte das oberste Gericht fest, dass Frauen, die mit HIV leben, während der Geburt in staatlichen Kliniken zu Sterilisationen gedrängt wurden – rechtswidrig. Auch ein zu begrenztes Angebot an Verhütungsmethoden oder Vorurteile beim medizinischen Personal verhindern vielerorts informierte und selbstbestimmte Entscheidungen.

Zwangspolitik hat zudem oft unerwünschte Konsequenzen – denn Menschen setzen sich aktiv für ihre reproduktiven Rechte ein. In Ländern mit Verboten oder fehlendem Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen greifen Frauen oft zu unsicheren Methoden, die das Risiko für Komplikationen und Tod erhöhen. Weltweit gelten schätzungsweise 45 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche als unsicher. Sie gehören zu den Hauptursachen für Müttersterblichkeit.



Viel zu selten sind Frauen in der Lage, frei und ungehindert ihre reproduktiven Entscheidungen zu treffen.

Nach dem Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen in mehreren US-Bundesstaaten 2022 und 2023 entschieden sich immer mehr junge Menschen, freiwillig oder aus Angst, für dauerhafte Sterilisationen, etwa durch Eileiterunterbindung oder Vasektomie. In Ländern mit niedrigem Einkommen und ohne Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen führen unsichere Eingriffe häufig zu sogenannter sekundärer Unfruchtbarkeit: Betroffene können nach einer früheren Geburt oder Schwangerschaft nicht erneut schwanger werden.

Zwangsmaßnahmen verletzen nicht nur Menschenrechte, ihre langfristige Wirkung auf die Fertilität ist zudem umstritten. Selbst die drastischsten Eingriffe haben meist nur kurzfristige Effekte und das zu einem hohen Preis. Nach dem Verbot von Verhütung und Schwangerschaftsabbrüchen in Rumänien im Jahr 1966 stieg die Geburtenrate zunächst sprunghaft von 1,87 auf 3,59 Kinder pro Frau. Doch schon 1970 fiel sie wieder unter drei. Das angestrebte Ziel von 30 Millionen Einwohnenden wurde nie erreicht.

Politisch Verantwortliche erwägen offen die Rücknahme hart erkämpfter Errungenschaften in der Gleichstellung der Geschlechter – mit dem Ziel, die Geburtenrate zu erhöhen.

Die Konsequenzen hingegen waren dramatisch: Bis zur Aufhebung der Maßnahmen 1989 verzeichnete Rumänien die höchste Müttersterblichkeit Europas – 87 Prozent davon infolge unsicherer Schwangerschaftsabbrüche. Viele Kinder wurden verstoßen. Nach dem Ende des Verbots sank die Fertilitätsrate rasch auf 1,84 im Jahr 1990 und 1,27 im Jahr 2001. Gleichzeitig halbierte sich die Müttersterblichkeit.

Auch restriktive Maßnahmen zur Senkung der Fertilitätsrate hatten ungeplante Folgen. Während der Ein-Kind-Politik in China wurden viele Geburten nicht registriert, um Sanktionen zu vermeiden. Die betroffenen Kinder waren oft vom Zugang zu Bildung, Gesundheitsversorgung und

Arbeit ausgeschlossen bis 2016 eine nachträgliche Registrierung ermöglicht wurde.

Zwar ließen sich Fertilitätsraten durch staatliche Eingriffe senken, aber auch wirtschaftlicher Fortschritt und freiwillige Familienplanung führten weltweit zu einem Rückgang der Fertilität.

Vertrauen schaffen durch menschenrechtsbasierte Politik

Ob Zwang angewendet wird oder nicht – es ist riskant, Fertilität wie einen Wasserhahn zu behandeln, den man beliebig auf- oder zudrehen kann. Viele Länder, die heute ihre Fertilitätsraten steigern wollen, versuchten noch vor wenigen Jahrzehnten, sie zu senken.

China, Japan, Südkorea, Thailand und die Türkei etwa hatten 1986 noch politische Strategien zur Senkung der Fertilitätsraten geplant. Denn damals galten ihre Zahlen als zu hoch. Bis 2015 hatten alle fünf Länder ihre Haltung geändert und



Artwork: Cyan Haribhai

begannen, Maßnahmen zur Erhöhung der Fertilitätsrate einzuführen. Dennoch liegt heute die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau in diesen Ländern unter zwei, mit sinkender Tendenz. Viele Menschen sagen, dass sie mehr Kinder wollen, als es ihnen unter den aktuellen Bedingungen möglich ist. Das legt nahe, dass Staaten selbst dann, wenn sie finanzielle Anreize oder andere Maßnahmen zur Steigerung der Fertilität bereitstellen, nicht jene Rahmenbedingungen schaffen, die Menschen benötigen, um Familien zu gründen.

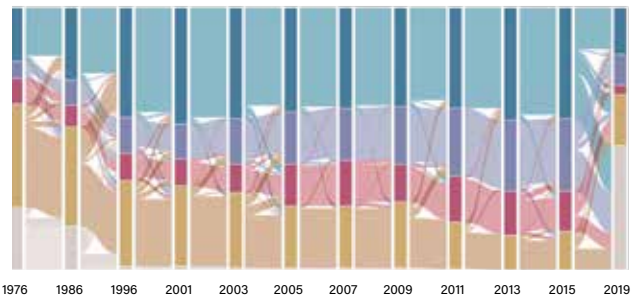
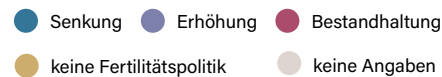
Einiges deutet auch darauf hin, dass staatliche Versuche zur Geburtenförderung das Vertrauen in politische Institutionen untergraben können. So überdenken manche Frauen ihren Kinderwunsch, wissend, dass Verbote von Schwangerschaftsabbrüchen die Müttersterblichkeit erhöhen.

Auch öffentliche Kampagnen können scheitern. In Italien etwa wurde ein offizieller „Fertilitätstag“ ausgerufen, der breite Kritik auslöste. Viele warfen der Regierung vor, an der Realität vorbei zu agieren. Statt über sichere Arbeitsplätze und soziale Absicherung zu sprechen, rufe sie zur Fortpflanzung auf. In Südkorea veröffentlichte die Regierung eine „Geburtenkarte“, die die regionale Verteilung von Frauen im reproduktiven Alter zeigte. Die Reaktionen waren heftig: Viele fühlten sich stigmatisiert, insbesondere Frauen, die keine Kinder bekommen möchten oder können. Die Aktion gilt als Auslöser der aktuellen „4B-Bewegung“: kein Dating, kein Sex, keine Ehe, keine Kinder.

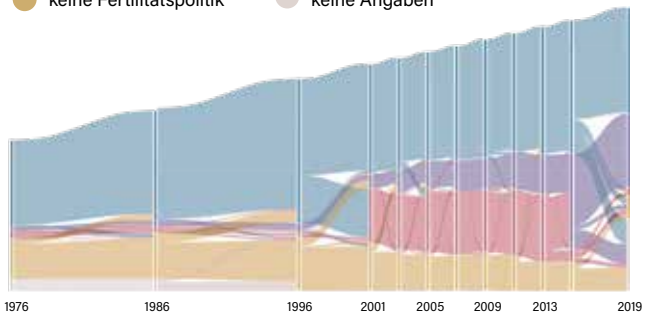
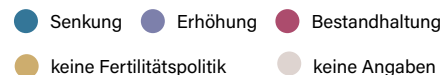
GRAFIK 3

Veränderungen der staatlichen Fertilitätspolitik im Laufe der Zeit

Anteil der Länder mit Fertilitätspolitik, nach Politik und Erhebungsjahr, 1976–2019



Anteil der Bevölkerung unter staatlicher Fertilitätspolitik, nach Politik und Erhebungsjahr, 1976–2019



Entwicklung der politischen Ziele zur Fertilität, wie sie von UN-Mitgliedstaaten in den letzten 50 Jahren selbst berichtet wurden. Die Informationen stammen aus der UN-Umfrage „Erhebung unter Regierungen zu Bevölkerung und Entwicklung“. In den Jahren 1976 und 1986 haben etwa 150 Mitgliedstaaten Angaben zu ihren Zielen gemacht; im Jahr 2019 waren es rund 100 Mitgliedsstaaten. In allen anderen Jahren liegen Daten von fast 200 Mitgliedstaaten vor.

Quelle: UNFPA, 2023.

Junge Männer definieren ihre Rolle in der Familienplanung neu

Wenn Thabo in seiner Gemeinde in KwaZulu-Natal (Südafrika) mit anderen jungen Männern spricht, bleibt er nicht bei der Theorie – er erzählt seine persönliche Geschichte.

Alles begann mit einem geplatzten Kondom und Panik. „Es war spät, die Klinik hatte geschlossen“, erinnert er sich. „Aber ich erinnerte mich an einen Gesundheitsvortrag: Du hast 72 Stunden Zeit.“

Am nächsten Morgen ging Thabo zur Wembezi-Klinik – derselbe Ort, an dem er als Kind geimpft wurde. Er ließ sich auf HIV testen, erhielt Notfallmedikamente und, was viel wichtiger war, verständliche Informationen, respektvoll und vorurteilsfrei.

„Sie zeigten mir, wie man Kondome richtig benutzt. Sie sprachen mit mir darüber wie ich mich schützen und meine Zukunft planen kann“,

sagt er. „Dieser Tag hat mein Leben verändert.“

Thabo war nicht bereit, Vater zu werden – aber er war bereit, Verantwortung zu übernehmen. Heute ist er 24 Jahre alt, arbeitet ehrenamtlich als Mentor für andere junge Männer und unterstützt sie bei Fragen zu Sexualität, Beziehungen und Familienplanung. Er ist Teil einer Bewegung, die vom Programm „2gether 4 SRHR“



gefördert wird, das sexuelle und reproduktive Gesundheitsdienste, HIV-Prävention und Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt unter einem Dach anbietet.

In Südafrika konzentrierte sich der Diskurs über Familienplanung lange auf Frauen. Doch auch Männer stehen vor vielen Fragen, wenn sie informierte und selbstbestimmte Entscheidungen treffen wollen. 17 Prozent der befragten Männer und Frauen gehen davon aus, dass sie mehr Kinder bekommen werden, als sie beabsichtigen und ebenso viele erwarten weniger Kinder als beabsichtigt.

Dabei geht es nicht nur um einen fehlenden Zugang zu Informationen oder Gesundheitsdiensten sondern auch um kulturelle Einstellungen. Viele junge Männer wachsen in dem Glauben auf, dass Schwangerschaft allein „Frauensache“ sei, dass Fragen zu sexueller Gesundheit peinlich sind oder dass über Gefühle zu sprechen Schwäche offenbart.

Forschungsergebnisse aus Südafrika zeigen, dass unbeabsichtigte Schwangerschaften, fehlende Väterbeteiligung und wirtschaftliche Unsicherheit eng miteinander verknüpft sind. Wer junge Menschen, insbesondere junge Männer, aus Debatten über Familienplanung ausschließt, gefährdet das Wohlergehen künftiger Familien.

Doch Thabo steht für Veränderung. In der Wembezi-Klinik moderiert er heute Gesprächsrunden für Männer, in denen offen über Sexualität, Elternschaft und Gefühle gesprochen wird. „Manche wussten nicht einmal, dass sie ‚Nein‘ sagen dürfen. Andere wussten nicht, dass sie warten können“, sagt er. „Jetzt wissen sie es.“

Die Klinik bietet mehr als Kondome und Paarberatung. Sie vermittelt ein neues Rollenverständnis: Junge Männer werden willkommen geheißen und dürfen Fragen stellen, ohne verurteilt zu werden.

„Du glaubst nicht, wie viele sagen: ‚Ich wusste gar nicht, dass ich so etwas fragen darf‘“, berichtet Thabo. „Wir sprechen über Verantwortung, aber auch über Träume. Du kannst deine Familie planen. Du kannst warten. Du kannst sagen: ‚Noch nicht.‘“

Er fügt hinzu: „Ich habe keine Angst mehr. Ich weiß, was ich will. Und ich wünsche mir, dass andere Männer dieses Gefühl auch erleben.“



Wahrnehmung ist entscheidend

Die gängigen Zuschreibungen reproduktiver Politik als entweder „pronatalistisch“ (geburtenfördernd) oder „antinatalistisch“ (geburtenfeindlich) sind nicht nur ungenau, sondern auch widersprüchlich.

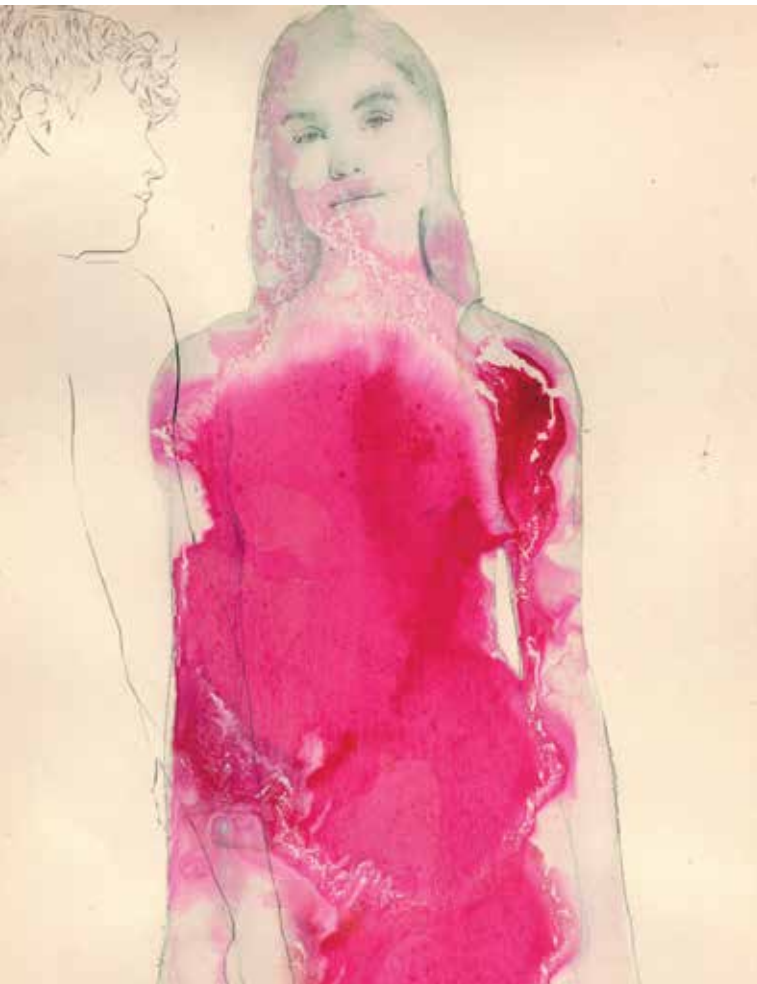
So werden Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Verhütung oft als „Anti-Kinder-Maßnahmen“ bezeichnet, obwohl sie vielmehr das Recht auf selbstbestimmte Elternschaft stärken. Umgekehrt gelten Einschränkungen bei Schwangerschaftsabbrüchen oder Verhütung manchmal fälschlich als „kinderfreundlich“, obwohl sie individuelle Rechte verletzen. Beide Begriffe werden sehr unterschiedlich gebraucht. „Antinatalismus“ steht mal für Familienplanung, mal für Zwangssterilisation. „Pronatalismus“

kann sich auf finanzielle Zuschüsse für Eltern ebenso beziehen wie auf das Verbot von Verhütungsmitteln.

Tatsächlich können beide Ansätze dazu dienen, Menschen bei selbstbestimmten Entscheidungen zu unterstützen – oder ihnen genau dieses Recht zu verwehren. Programme zur Verhütung können Entscheidungsfreiheit fördern, wurden aber auch eingesetzt, um bestimmte Bevölkerungsgruppen gezielt daran zu hindern, sich fortzupflanzen. Prämien für Neugeborene können Eltern unterstützen, aber auch als finanzielle Anreize zur Reproduktion eingesetzt werden und dabei diejenigen stigmatisieren, die von ihnen profitieren.

Solche Maßnahmen können sogar ihrem eigentlichen Ziel zuwiderlaufen: Wenn Menschen den Eindruck haben, zur Fortpflanzung gedrängt zu werden, sinkt die Fertilitätsrate. Umgekehrt fördern Maßnahmen, die individuelle Wahlfreiheit betonen, häufig die Bereitschaft zum Kinderkriegen.

Was ist also die Alternative zu staatlicher Steuerung der Fertilitätsrate? Es braucht Gesetze und politische Konzepte, die ausdrücklich das Recht jedes Menschen anerkennen, eigene Entscheidungen zu treffen. Doch leider bewegt sich die globale Politiklandschaft oft in die entgegengesetzte Richtung: Zwischen 1976 und 2015 nahm die Zahl der Regierungen zu, welche die Fertilitätsrate staatlich beeinflussen wollten. Gleichzeitig mehrten sich in vielen Ländern die Anzeichen, dass der Rückhalt für Familienförderung und Geschlechtergerechtigkeit schwindet. So haben zwischen 2015 und 2019 insgesamt 38 Länder ihre Leistungen für Familien gekürzt – darunter Kinderbetreuung, Einmalzahlungen für Neugeborene sowie Familien- und Kindergeld.



Messen, was wirklich zählt

Die Vorstellung, Fertilität und Sexualität müssten sich dem Willen von Staaten oder Regierungen unterordnen, ist längst überholt. Körperliche Selbstbestimmung wird zunehmend eingefordert, anerkannt und als Menschenrecht kodifiziert. Im Januar 2025 legte der UN-Menschenrechtsausschuss fest, dass es einen Verstoß gegen das Recht auf ein Leben in Würde und einen Akt der Folter darstellt, wenn Betroffene sexualisierter Gewalt gezwungen werden, eine Schwangerschaft auszutragen.

Trotzdem werden Fragen der Bevölkerungsentwicklung noch immer häufig so diskutiert, als seien sie allein das Ergebnis vermeintlich „falscher Entscheidungen“ junger Frauen. Demografische „Probleme“ und „Lösungen“ werden weiterhin auf den weiblichen Körper projiziert. Diese

Denkmuster halten sich nicht nur wegen tief verwurzelter patriarchaler Normen, sondern auch, weil viele der heute verwendeten Indikatoren schlicht ungeeignet sind, um die reproduktive Realität angemessen abzubilden.

Zu oft wird der Erfolg von Familien- oder Bevölkerungspolitiken daran gemessen, ob sie die Gesamtfertilitätsrate oder die absolute Geburtenzahl eines Landes steigern. Stattdessen sollte sich der Erfolg dieser Politik am Wohlergehen der Menschen bemessen. Selbst wenn die Steigerung der Fertilitätsrate ein legitimes politisches Ziel wäre, ist diese Methode ein unzureichender Indikator für langfristige Fertilitätsveränderungen. Sie vermittelt häufig fälschlich den Eindruck, dass eine kurzfristige Maßnahme zu einem Geburtenanstieg geführt habe, während differenziertere und bereinigte Indikatoren oftmals zeigen, dass dieselbe Maßnahme nie einen solchen Effekt hatte.

Geschlechterungleichheit und niedrige Fertilität

Der Übergang von hoher Sterblichkeit und hoher Fertilität zu niedriger Sterblichkeit und niedriger Fertilität ist ein Prozess, den alle Länder durchlaufen haben, wenn auch zu unterschiedlichen Zeiten und mit unterschiedlicher Geschwindigkeit. Doch der anhaltende Rückgang der Fertilitätsraten in Ländern, in denen die Fertilität bereits unter dem sogenannten Bestandserhaltungsniveau liegt, steht oft in Zusammenhang mit anhaltender Geschlechterungleichheit. Insbesondere die nur langsam zunehmende Beteiligung von Männern an Care- und Pflegearbeit gilt als Schlüsselfaktor.

Auch der Zugang von Frauen zur Erwerbstätigkeit spielt eine zentrale Rolle – denn wirtschaftliche Sicherheit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür, dass Menschen ihre Kinderwünsche verwirklichen können. Dennoch liegt die Erwerbsbeteiligung von Frauen weltweit deutlich unter der von Männern – mit negativen Folgen für ihre finanzielle Unabhängigkeit und ihre Stellung innerhalb der Familie. Trotzdem behandeln viele Regierungen und politische Entscheidungstragende die Fertilitätsrate weiterhin wie ein Werkzeug zur Ankurbelung des Wirtschaftswachstums, statt wirtschaftliche und soziale Sicherheit als Voraussetzung dafür zu schaffen, dass Menschen selbstbestimmt über ihre Familienplanung entscheiden können.

Zudem stellt sich die Frage, ob das erklärte Ziel überhaupt wirklich darin besteht, mehr Geburten zu erzielen. Denn Länder, die das anstreben, weiten Fertilitätsdienste selten auf gleichgeschlechtliche Paare oder Einzelpersonen aus. Viele verwehren diesen Gruppen sogar ausdrücklich den Zugang zu unterstützenden Leistungen. Manche Länder schließen sogar Menschen mit Migrationshintergrund von geburtsbezogenen Leistungen aus, was den Verdacht nahelegt, dass es nicht um Fertilität an sich geht, sondern vielmehr um die Fortpflanzung bestimmter Bevölkerungsgruppen. Um solche Verzerrungen und Formen struktureller Diskriminierungen sichtbar zu machen, braucht es Indikatoren, die erfassen, wie viele Menschen sich Kinder wünschen, daran aber durch strukturelle Barrieren gehindert werden.

Die Gesamtfertilitätsrate ist nicht das einzige Maß, das für politische Bewertungen ungeeignet ist. Auch die Nutzung von modernen Verhütungsmethoden ist ein weit verbreiteter Indikator, der in die Irre führen kann. Neue Messmethoden fragen daher: Wollen Frauen Verhütung nutzen? Und: Können sie diesen Wunsch tatsächlich umsetzen?

Die Bemühungen, Kinderwünsche systematisch über Ländergrenzen hinweg zu erfassen, sind vielversprechend. So misst etwa der „Generations and Gender Survey“ die Fertilitätsabsichten, allerdings bislang vor allem in Europa sowie einigen Ländern Ostasiens und Lateinamerikas. Als besonders wirkungsvolles Instrument gilt das Demographic and Health Survey (DHS), das jedoch nur im Globalen Süden durchgeführt wurde und derzeit wegen Finanzierungsproblemen auf Eis liegt. Später in diesem Jahr wird UNFPA eine globale Umfrage zu Kinderwünschen junger Menschen starten.

Ein Bereich, in dem darüber hinaus noch viel Forschungsbedarf besteht, ist das Thema Unsicherheit bei der Familienplanung. In der für diesen Bericht durchgeführten YouGov-Umfrage sagten 22 Prozent der befragten Personen im reproduktiven Alter, sie wüssten nicht oder wollten nicht sagen, wie viele Kinder sie bekommen möchten. 35 Prozent wussten nicht, wie viele Kinder sie voraussichtlich tatsächlich bekommen würden. Das zeigt: Unsicherheit ist weit verbreitet und doch bislang kaum erforscht.

Diese Unsicherheit kann sich nicht nur vor einer möglichen Schwangerschaft zeigen, sondern auch währenddessen – bei der betroffenen Person selbst oder dem anderen Elternteil. Trotzdem werden Schwangerschaften meist binär kategorisiert: beabsichtigt oder unbeabsichtigt. Tatsächlich kann die Absicht einer Person, schwanger zu werden, aber zwischen diesen Begriffen liegen und sich im Laufe der Zeit verändern. Neue Indikatoren sollen helfen, diese Grauzonen besser zu erfassen. Das ist wichtig, denn während unbeabsichtigte Schwangerschaften nachweislich ein höheres gesundheitliches Risiko für Mutter und Kind bergen, wissen wir über die Folgen von Schwangerschaftsunsicherheit oder dem Bereuen einer Elternschaft noch viel zu wenig.

Es fehlt zudem an einem standardisierten Maß für reproduktive Selbstbestimmung. Der derzeit aussagekräftigste Indikator stammt aus dem Bereich der Sustainable Development Goals: SDG 5.6.1 „misst“ die körperliche Selbstbestimmung. Es bewertet, inwieweit eine Frau in der Lage ist, Entscheidungen über ihre eigene Gesundheitsversorgung, Verhütung und ihre sexuellen Kontakte zu treffen. Doch auch dieser Indikator deckt nur einen Teilaspekt der reproduktiven Entscheidungsfreiheit ab.

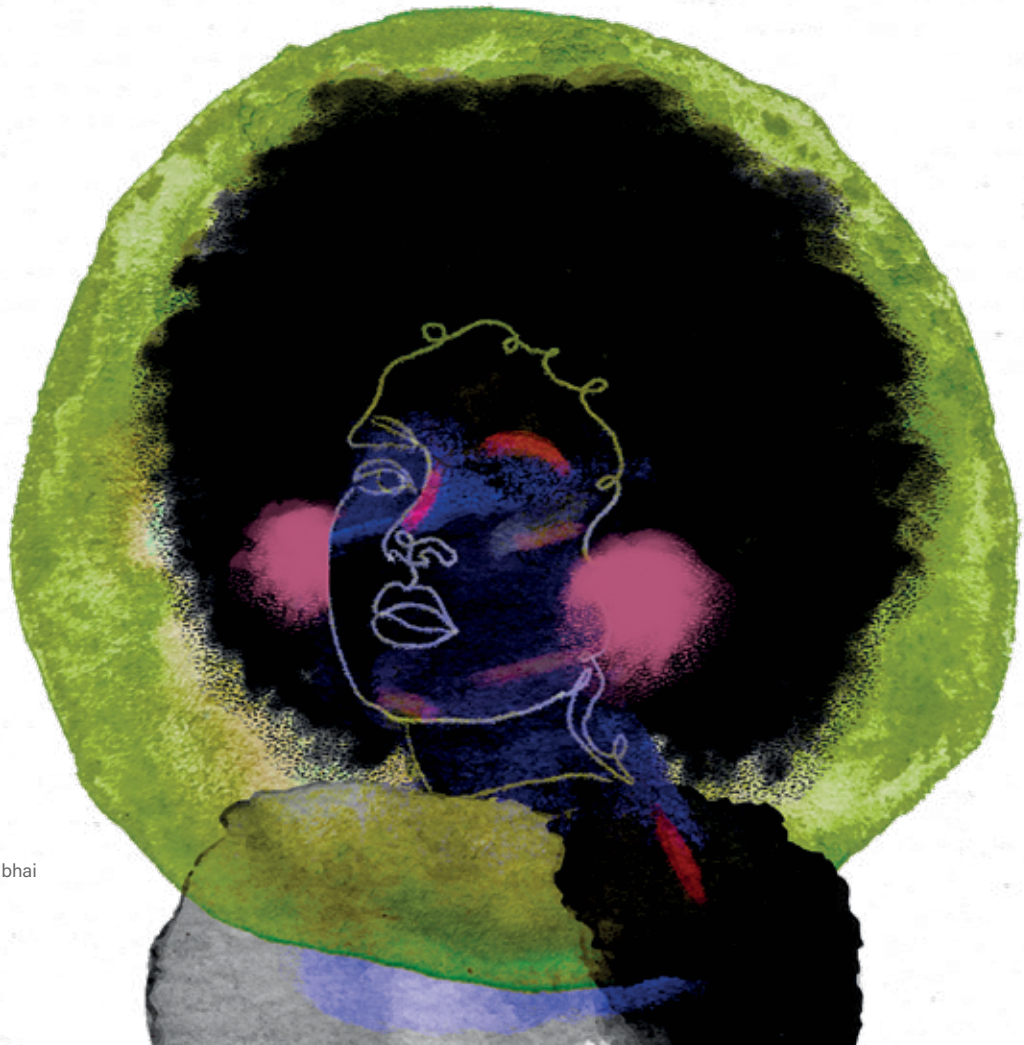
Anstatt zu versuchen, Fertilitätsentscheidungen zu beeinflussen, sollten politisch Verantwortliche daher Maßnahmen entwickeln, die sich an den geäußerten Präferenzen von Menschen orientieren und sich verändernde Normen und Lebensbedingungen berücksichtigen.

Reproduktive Entscheidungsfreiheit neu denken

Die wohl tiefgreifendste Entscheidung in Bezug auf Reproduktion ist: ob, wann und mit wem man ein Kind haben möchte. UNFPA betont seit Langem, dass dies für viel zu viele Frauen keine freie Entscheidung ist. Schätzungen basierend auf Daten aus über 150 Ländern zeigen, dass weltweit nahezu jede zweite Schwangerschaft unbeabsichtigt ist.

Doch um wirkliche reproduktive Selbstbestimmung zu erfassen, müssen wir auch jene Menschen einbeziehen, die sich sehnlichst ein Kind wünschen und denen dieser Wunsch verwehrt bleibt.

Die Hürden, eine Schwangerschaft zu vermeiden, ähneln oft jenen, die die Gründung einer Familie erschweren: wirtschaftliche Unsicherheit, Geschlechterdiskriminierung, fehlende Unterstützung in Partnerschaft oder sozialem Umfeld, mangelnde Qualität der Gesundheitsversorgung, Zukunftsängste und mehr. Diese Faktoren sind gestaltbar. Politik kann und sollte hier ansetzen, um Menschen zu ermöglichen, die Familie zu leben, die sie sich wünschen – und das mit der Sicherheit und Selbstbestimmung, die sie dafür brauchen.



Artwork: Cyan Haribhai

Wer entscheidet? Wahlmöglichkeiten gestalten und Kontrolle unterlassen

Der jüngste Anstieg populistischer Rhetorik und Politik in Bezug auf weibliche Fertilität ist der Versuch, die reproduktive Selbstbestimmung von Frauen zu beeinflussen. Damit nehmen auch die Auseinandersetzungen, Verhandlungen und Formen des Widerstands rund um dieses Thema zu. Besonders deutlich wird das, seit niedrige Fertilitätsraten zunehmend als „nationale Krisen“ wahrgenommen werden – Regierungen setzen vermehrt auf Maßnahmen zur Steigerung der Fertilitätsrate. Diese stärken jedoch häufig traditionelle Geschlechternormen und werfen Fragen zur körperlichen und reproduktiven Selbstbestimmung von Frauen auf.

Ein direkter Weg, wie Staaten Fertilität steuern, sind politische Regelungen im Bereich medizinischer Reproduktionsdienste. In Südkorea etwa übernimmt die staatliche Krankenversicherung keine Kosten für Schwangerschaftsabbrüche. Einige Kommunen gewähren hingegen finanzielle Anreize für Eingriffe wie die Rückgängigmachung von Vasektomien oder Sterilisationen bei Frauen. In anderen Ländern sind Schwangerschaftsabbrüche kriminalisiert oder stark reguliert, was den Zugang zu sicherer und rechtzeitiger Versorgung erheblich erschwert. Auch freiwillige Sterilisation wird oft behindert. In Japan etwa gelten strenge Auflagen: Frauen benötigen unter anderem die Zustimmung des Ehepartners,

müssen bereits Kinder haben oder gesundheitliche Risiken nachweisen, was den Eingriff für alleinstehende und kinderlose Frauen praktisch unmöglich macht.

Gleichzeitig gilt die staatliche Förderung von Elternschaft nicht für alle gleichermaßen: Im Mittelpunkt stehen meist heterosexuelle, verheiratete Frauen aus der Mittel- oder Oberschicht. Alleinstehende, LGBTQIA+-Personen und Menschen mit geringem Einkommen bleiben oft außen vor. So verfestigen politische Maßnahmen nicht nur Geschlechterungleichheiten, sondern stützen auch das Bild, dass die Rolle der Frau in erster Linie die der Gebärenden sei und blenden dabei vielfältige Familienformen und individuelle Lebensentwürfe aus. Die Verantwortung für niedrige oder sinkende Geburtenraten wird damit auf Frauen abgewälzt und selbstbestimmte reproduktive Handlungsmacht weiter eingeschränkt.

Doch sowohl staatlich gelenkte Fertilitätspolitik als auch soziale Normen, die Wahlfreiheit untergraben, stoßen vielfach und vermehrt auf Widerstand. Betroffene und Gemeinschaften entwickeln Strategien, um ihre reproduktive Selbstbestimmung zu behaupten. In Südkorea etwa formierte sich die „4B-Bewegung“ als kollektive Reaktion auf tief verwurzelte

Geschlechternormen und reproduktive Erwartungen. Gleichzeitig richtet sich die Bewegung gegen geschlechtsspezifische digitale Gewalt, etwa durch Online-Misogynie und sexualisierte Übergriffe im Netz, die reproduktive Selbstbestimmung bedrohen.

Ähnliche Formen des Widerstands entstehen weltweit auch über digitale und informelle Netzwerke, etwa dort, wo der Zugang zu Verhütung oder Schwangerschaftsabbrüchen eingeschränkt ist. In vielen lateinamerikanischen Ländern mit restriktiven Gesetzen zu Schwangerschaftsabbrüchen greifen Betroffene vermehrt zu selbstorganisierten medikamentösen Lösungen. Internationale Solidaritätsnetzwerke bieten dabei praktische Hilfe, Informationen und Unterstützung.

Ein weiterer Widerstandsweg ist die grenzüberschreitende Inanspruchnahme reproduktiver Gesundheitsdienste – etwa bei unerfülltem Kinderwunsch oder zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs. In Ländern, in denen assistierte Reproduktion auf heterosexuelle Ehen beschränkt ist, reisen zunehmend alleinstehende und queere Personen ins Ausland, um Zugang zu inklusiveren Gesundheitssystemen zu erhalten. Doch diese Optionen stehen nur Menschen mit ausreichend finanziellen Mitteln und Mobilität offen. Viele bleiben außen vor.

Diese vielfältigen Strategien zeigen, wie stark der Wunsch nach Selbstbestimmung über den

Statt gegen den Wunsch der Menschen nach reproduktiver Selbstbestimmung zu arbeiten, sollten Politik und Gesellschaft ihn respektieren und unterstützen.

eigenen Körper ist. Politische Maßnahmen, gesellschaftliche Systeme und strukturelle Rahmenbedingungen sollten diesem Wunsch nicht entgegenstehen sondern ihn unterstützen. Voraussetzung dafür sind leicht zugängliche Gesundheitsversorgung, inklusive Familienpolitik und umfassende reproduktive Bildung, die Selbstbestimmung und informierte Entscheidungen in den Mittelpunkt stellen.

Autorin: Kim Sunhye, Assistenzprofessorin für Frauenforschung an der Ewha Womans University und Mitbegründerin von SHARE (Center for Sexual Rights and Reproductive Justice), Südkorea.



Artwork: Marianna Gefen



KAPITEL 2

Chancen erkennen

Die Differenz zwischen der gewünschten Anzahl an Kindern und der tatsächlichen Kinderzahl klappt in manchen Ländern weit auseinander. Bisher haben sich politische Maßnahmen fast ausschließlich auf unbeabsichtigte Schwangerschaften konzentriert. Für Familien kann das bedeuten, dass sie mehr Kinder großziehen müssen als geplant, auch wenn das Budget knapp ist. Für eine Frau kann es bedeuten, lebenslang an einen gewalttätigen Partner gebunden zu sein. Für beide Eltern kann es eine Unterbrechung in der beruflichen Laufbahn bedeuten. Für ein Kind, das aus einer unbeabsichtigten Schwangerschaft hervorgeht, besteht ein höheres Risiko einer Frühgeburt, eines niedrigeren Geburtsgewichtes sowie langfristiger gesundheitlicher Nachteile.

Heute, in einer Welt mit sinkenden Fertilitätsraten, herrscht in vielen Ländern die Sorge vor, dass

Menschen weniger Kinder bekommen, als sie eigentlich möchten. Gleichzeitig wächst die Zahl der Menschen, die sich bewusst für ein Leben ohne Kinder entscheiden – ein legitimer Lebensentwurf, der jedoch gesellschaftlich und rechtlich oft mit Nachteilen verbunden ist.

In Ländern mit hoher Fertilität liegt der Fokus zumeist auf Verhütung, Bildung und der Förderung von Mädchen und jungen Frauen. In Ländern mit niedriger Fertilität stehen dagegen finanzielle und weitere Hilfen für Eltern im Vordergrund. Doch diese strikte Trennung greift zu kurz, denn in jeder Gesellschaft gibt es Hürden sowohl für die Verhütung als auch für die Verwirklichung einer Schwangerschaft. Deshalb braucht es ein breites Spektrum an politischen Maßnahmen – und zwar überall.



Artwork: Graham Dean

Hindernisse beim Kinderwunsch

Die Gründe, die Menschen davon abhalten, ihre Vorstellungen von Familie zu verwirklichen, sind vielfältig. Um sie zu verstehen, muss man sie erfragen. Wenn Wünsche und Herausforderungen ignoriert werden, drohen politische Strategien am eigentlichen Bedarf vorbeizugehen.

Die UNFPA/YouGov-Umfrage zeigt das eindrücklich: In Italien gab nur ein Prozent der Befragten unter 50 Jahren an, vermutlich mehr Kinder zu bekommen, als sie sich wünschen. Immerhin 14 Prozent rechnen dagegen mit weniger Kindern, als sie gerne hätten. Daraus könnte man schließen, dass weniger in Verhütung und mehr in die Förderung von Familiengründungen investiert werden sollte. Doch gleichzeitig berichteten fast 25 Prozent der Befragten aus Italien von mindestens einer unbeabsichtigten Schwangerschaft – ein klares Zeichen dafür, dass auch Verhütung weiterhin ein dringendes Anliegen ist.

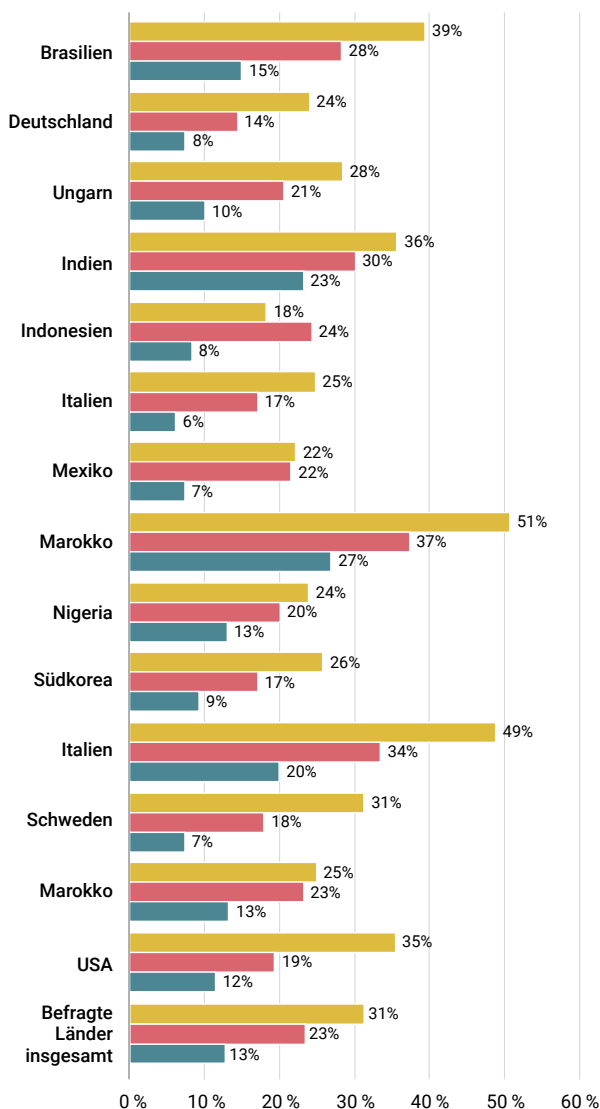
Ähnlich verhielt es sich in Südafrika, dem Land mit den höchsten Überschreitungen der angestrebten Kinderzahl. Dort sagten 17 Prozent der Befragten, dass sie mehr Kinder erwarten, als sie eigentlich möchten. Daraus könnte man folgern, Familiengründung müsse dort nicht stärker gefördert werden. Doch gaben gleichzeitig 34 Prozent der Befragten an, dass sie schon einmal ein Kind wollten, es aber zum gewünschten Zeitpunkt nicht bekommen konnten. Auch hier besteht also Unterstützungsbedarf.

Bemerkenswert ist, dass fast 13 Prozent aller Befragten in den 14 untersuchten Ländern sowohl eine unbeabsichtigte Schwangerschaft als auch eine Phase, in der sie ein gewünschtes Kind nicht

GRAFIK 4

Erfahrung sowohl unbeabsichtigter Schwangerschaft als auch eines unerfüllten Kinderwunsches

- Unbeabsichtigte Schwangerschaft
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Beides



Ein signifikanter Anteil der Menschen hat sowohl eine unbeabsichtigte Schwangerschaft erlebt als auch einen unerfüllten Kinderwunsch.

Quelle: UNFPA/YouGov-Umfrage

Unbeabsichtigte Schwangerschaft ist keine Lösung

Sind also unbeabsichtigte Schwangerschaften ein Weg, um niedrige Geburtenraten auszugleichen und Menschen doch noch zu ihrem Wunschkind zu verhelfen?

Klare Antwort: Nein. Denn selbst wenn unbeabsichtigte Schwangerschaften im Nachhinein positiv aufgenommen werden, haben sie oft lebenslange Folgen – vor allem für Frauen.

Unzählige Mädchen, die während der Schulzeit schwanger werden, brechen ihre Schullaufbahn ab oder werden ausgeschlossen. Doch ohne Abschluss fällt es ihnen schwer, später einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden. Auch für das Gesundheitssystem sind unbeabsichtigte Schwangerschaften eine Herausforderung, denn sie gehen häufig mit Komplikationen wie postpartale Hämorrhagie, Frühgeburten, Präeklampsie und verspäteter Schwangerschaftsvorsorge einher. Frauen, die unbeabsichtigt schwanger werden, sind dazu deutlich häufiger von postpartaler Depression betroffen. Kinder aus unbeabsichtigten Schwangerschaften haben auch öfter gesundheitliche Probleme.

Unbeabsichtigte Schwangerschaften können zudem schwerwiegende menschenrechtliche Folgen haben. In einigen Ländern drohen Mädchen und Frauen sogenannte „Ehrenmorde“, wenn sie außerhalb einer Ehe schwanger werden. Zudem sind viele unbeabsichtigte Schwangerschaften Folge sexualisierter Gewalt. Frauen nach Vergewaltigungen zur Geburt zu zwingen, stuft die UNO-Menschenrechtskommission als Menschenrechtsverletzung und teilweise sogar Folter ein.

Darüber hinaus sind viele unbeabsichtigte Schwangerschaften nicht grundsätzlich unerwünscht, sondern kommen zum falschen Zeitpunkt. Je größer die Diskrepanz zwischen gewünschtem und tatsächlichem Schwangerschaftszeitpunkt, desto gravierender können die Folgen sein – für Mutter und Kind. Schwangerschaften, die deutlich früher oder später als beabsichtigt eintreten, sind häufiger mit Frühgeburten verbunden und wirken sich oft nachteilig auf die Bildungs- und Berufschancen der betroffenen Kinder aus.

Wer unbeabsichtigte Schwangerschaften als Lösung für sinkende Fertilitätsraten betrachtet, könnte Adoption als eine gute Alternative zur Verhütung oder zum Abbruch einer solchen Schwangerschaft ansehen. Doch auch wenn eine Adoption für viele Menschen eine positive Erfahrung sein mag, ersetzt sie nicht das Recht auf körperliche Selbstbestimmung und die freie Entscheidung über eine Schwangerschaft.

Hinzu kommt: In jedem Land gibt es viele Menschen, die Kinder haben möchten, aber nicht die nötigen Voraussetzungen vorfinden. Die Politik sollte daher die Selbstbestimmung aller Menschen stärken – auch jener, die sich bewusst für ein Kind entscheiden.

bekommen konnten, erlebt haben. Das mag widersprüchlich erscheinen, doch entscheidend sind Zeitpunkt und Umstände. Eine Schwangerschaft in der richtigen Beziehung, im richtigen Alter und bei ausreichendem Einkommen kann willkommen sein – dieselbe Schwangerschaft unter anderen Bedingungen jedoch nicht.

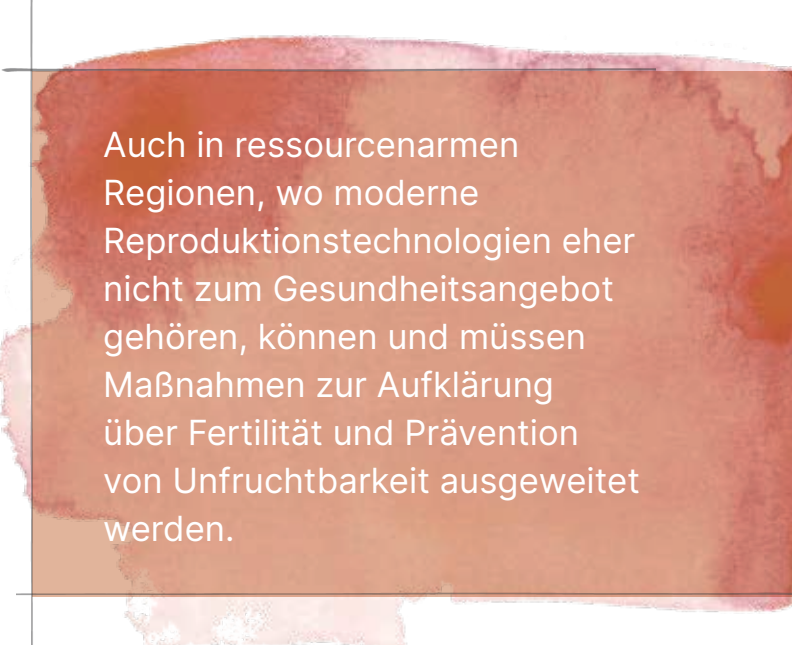
Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik zählt naturgemäß zu den wirksamsten Instrumenten, um reproduktive Selbstbestimmung zu ermöglichen und zu stärken. Das zeigen die Fortschritte der vergangenen 30 Jahre deutlich. Bei der Konferenz von Kairo im Jahr 1994 unterzeichneten 179 Regierungen ein Aktionsprogramm zur Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. Seitdem haben 60 Länder ihre Gesetze in puncto Schwangerschaftsabbruch liberalisiert, zuletzt Argentinien, Kolumbien, Irland, Mexiko, Portugal und Uruguay. Der Zugang zu Verhütung hat sich in weiten Teilen der Welt verbessert und in Frankreich wurde 2024 das Recht auf Schwangerschaftsabbruch sogar in die Verfassung aufgenommen.

Doch diese Entwicklung verläuft nicht geradlinig. In manchen Ländern gab es auch Rückschritte. Polen etwa verschärfte 2021 das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche drastisch. Selbst bei schweren Fehlbildungen ist ein Abbruch seither verboten. In den USA wurden 2022 langjährige Schutzrechte für Schwangerschaftsabbrüche aufgehoben, in mehreren Bundesstaaten folgten gar Verbote und strafrechtliche Regelungen.

2025 haben weltweit 44 Prozent aller Frauen und Mädchen keine Entscheidungsgewalt über ihre sexuellen Beziehungen, Verhütung oder reproduktive Gesundheitsversorgung.

Bessere Maßnahmen sind dringend nötig, um unbeabsichtigte Schwangerschaften zu verhindern und gleichzeitig gewollte Elternschaft zu ermöglichen. Dafür müssen aber auch weitreichende Angebote der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung verfügbar sein und idealerweise fest in die allgemeinen Gesundheitssysteme integriert werden. Leider sind nicht alle Gesundheitssysteme in der Lage, dieses vollständige Angebot bereitzustellen – sei es aufgrund mangelnder Integration in bestehende Versorgungsstrukturen, Voreingenommenheit von medizinischem Personal, unzureichender Verfügbarkeit erschwinglicher und qualitativ hochwertiger Produkte für die reproduktive Gesundheit (darunter nicht nur Verhütungsmittel, sondern auch Medikamente für die Schwangerschaftsvorsorge und die Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen) oder anderer struktureller Hürden.



Auch in ressourcenarmen Regionen, wo moderne Reproduktionstechnologien eher nicht zum Gesundheitsangebot gehören, können und müssen Maßnahmen zur Aufklärung über Fertilität und Prävention von Unfruchtbarkeit ausgeweitet werden.

Zugang und Qualität der Versorgung

Die Qualität der medizinischen Versorgung ist ein wesentlicher Faktor bei der Entscheidung für oder gegen eigene Kinder. So kann etwa die Art der Betreuung während und nach einer Schwangerschaft die zukünftigen Kinderwünsche ebenso beeinflussen wie traumatische Geburtserfahrungen infolge geburtshilflicher oder gynäkologischer Gewalt, medizinischer Eingriffe ohne vorherige Einwilligung oder Druck beim Stillen. Auch das fehlende Angebot von Gesundheitsdiensten, die auf die Bedürfnisse von Jugendlichen und junge Menschen zugeschnitten sind, erhöht das Risiko von zu frühen und unbeabsichtigten Schwangerschaften.

Eine qualitativ hochwertige, umfassende Versorgung ist entscheidend für die Gesundheit von Gemeinschaften insgesamt. Dennoch fehlen vielerorts grundlegende Angebote. Mangelhafte

Versorgung wird oft mit Ländern mit hoher Fertilität assoziiert. Doch zunehmend ist auch in Ländern mit vergleichsweise niedriger Fertilität ein Rückgang der Versorgung im Bereich der Geburtshilfe zu beobachten. In den USA etwa wächst die Sorge über sogenannte Geburtshilfe-Wüsten, in denen es kaum noch Hebammen oder Geburtskliniken gibt. Für Mutter und Kind steigt dadurch das gesundheitliche Risiko. In anderen Ländern mit niedriger Geburtenrate schließen Entbindungsstationen oder Fachkräfte wandern ab.

Weltweit gaben 18 Prozent der Befragten an, bereits keinen Zugang zu medizinischen Leistungen im Bereich Verhütung oder Fortpflanzung gehabt zu haben. Die Spannweite reicht dabei von zehn Prozent in Deutschland bis zu 33 Prozent in Marokko. Es gibt also in allen Ländern noch erheblichen Verbesserungsbedarf.

Vom demografischen Sicherheitsdenken zur demografischen Resilienz

In vielen Regionen der Welt verändern sich die Bevölkerungsstrukturen und damit wachsen auch Sorgen über mögliche Auswirkungen. Solche Ängste sind keineswegs neu: Die Vorstellung, dass wir „aussterben“ oder „überrannt werden“, zieht sich durch die Geschichte verschiedenster Länder und Kulturen. Heute, da die Fertilitätsraten in Europa und Asien sinken, warnen einige politische Stimmen vor Unsicherheit und Instabilität. Oft beziehen sich diese Sorgen auf die Größe und Altersstruktur der Bevölkerung, mitunter aber auch auf ethnische Zugehörigkeiten. Diese Befürchtungen gipfeln in der Forderung, dass Menschen Kinder nicht aus eigenen Wünschen, sondern aus „Pflicht gegenüber der Nation“ bekommen sollen. Diese demografische Angst ist ein Nährboden für extremistische Bewegungen. Sie kann soziale Spannungen verschärfen und sogar zu innerstaatlichen oder internationalen Konflikten führen.

Um dem entgegenzuwirken, unterstützt UNFPA Länder dabei, sich vom Konzept der „demografischen Sicherheit“ zu lösen und stattdessen mithilfe von Daten sowie faktenbasierter und menschenrechtsorientierter Politik eine demografische Resilienz aufzubauen.

Versorgung bei Unfruchtbarkeit

Während die Versorgung rund um Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt in vielen Ländern systematisch ausgebaut wurde, fehlt es beim Thema Unfruchtbarkeit meist an verfügbaren, erschwinglichen und qualitativ hochwertigen Angeboten.

Weltweit ist schätzungsweise jede sechste Person im Laufe ihres Lebens von Unfruchtbarkeit betroffen. Die medizinische Definition hierfür lautet: kein Eintritt einer Schwangerschaft nach einem Jahr ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Über 60 Prozent der Betroffenen schaffen es am Ende, ein Kind zu bekommen (oder ein weiteres, wenn zuvor eine sekundäre Unfruchtbarkeit vorlag). Doch knapp 40 Prozent bleiben kinderlos.

Unfruchtbarkeit kann viele Ursachen haben, etwa unbehandelte sexuell übertragbare Infektionen, Funktionsstörungen der weiblichen oder männlichen Fortpflanzungsorgane, Alter, Umweltfaktoren oder Lebensstil. In Ländern mit hohem und niedrigem Einkommen liegt die Prävalenz von Unfruchtbarkeit auf einem ähnlichen Niveau. Je nach Studie und Messmethode kann sie jedoch variieren. Laut einiger Studien weist Afrika die höchsten Unfruchtbarkeitsraten weltweit auf.

Den eigenen Kinderwunsch nicht verwirklichen zu können, kann das Wohlbefinden von Frauen und Männern erheblich beeinträchtigen und hat oft tiefgreifende seelische Folgen: Trauer, depressive Episoden und Angstzustände. Besonders schwer wiegen diese Folgen in Gesellschaften, in denen Fertilität und große Familien einen hohen Stellenwert haben. Eine Diskrepanz zwischen gewünschter und tatsächlicher Kinderzahl kann als Bruch in der

erwarteten Lebensplanung empfunden werden und mit einem Gefühl des Identitäts- und Kontrollverlusts einhergehen.

Für manche tritt Unfruchtbarkeit bereits beim Versuch ein, das erste Kind zu zeugen und kann zu ungewollter Kinderlosigkeit führen. Bei anderen betrifft sie nachfolgende Schwangerschaften; in weniger wohlhabenden Gesellschaften ist sie häufig die Folge unsicherer Schwangerschaftsabbrüche und unzureichender Geburtsversorgung. Die Ursache von Unfruchtbarkeit kann bei Frauen, Männern oder beiden liegen. Doch die Schuld wird fast immer der Frau zugeschrieben. Das macht sie besonders verletzlich, auch im Hinblick auf Gewalt durch Partner oder Ausgrenzung durch die Familie.

Medizinisch unterstützte Reproduktion – Chancen und Ungleichheiten

Die Nachfrage nach medizinischer Unterstützung der Reproduktion übersteigt weltweit bei Weitem das Angebot. In-vitro-Fertilisation (IVF) ist die bekannteste Methode – aber auch die teuerste. In Ländern mit niedrigem Einkommen gibt es kaum Programme, die bezahlbare, zugängliche und wirksame IVF-Behandlungen ermöglichen. Es existieren jedoch günstigere Alternativen, etwa intrauterine Insemination oder hormonelle Stimulation, die vielen ungewollt kinderlosen Menschen helfen können. In ressourcenarmen Regionen, in denen eine Aufnahme solcher Technologien ins Gesundheitssystem unwahrscheinlich ist, müssen Maßnahmen zur Aufklärung über Fertilität und Prävention von Unfruchtbarkeit ausgebaut werden.

Zugang, Kosten und gesetzliche Regelungen führen weltweit zu massiven Ungleichheiten in der Versorgung. Wer eine Behandlung bekommt, hängt davon ab, wo jemand lebt, ob ein Partner oder eine Partnerin vorhanden ist (und welchen Geschlechts), wie alt die Person ist, wie viele Versuche bezahlt oder genehmigt werden, und ob das Einkommen ausreicht. Die Zahl der Kinderwunschzentren pro Kopf variiert stark, teilweise auch innerhalb eines Landes. In einkommensschwachen Regionen kommen lange Wartelisten und Personalmangel hinzu, was die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung zusätzlich schmälert.

Selbst in Ländern mit gut ausgebauter Infrastruktur für Fertilitätsbehandlungen erhalten längst nicht alle dieselben Möglichkeiten. Wenn Behandlungen nicht staatlich gefördert werden, bleiben Menschen mit geringerem Einkommen

oft ausgeschlossen. So entstehen gravierende soziale Ungleichheiten.

Die Rechtslage im Hinblick auf Eizellen- oder Samenspenden sowie Leihmütter variiert je nach Gesundheitssystem. In vielen Ländern beschränkt sich der Zugang auf verheiratete, heterosexuelle Paare im fortpflanzungsfähigen Alter, die mindestens ein Jahr lang erfolglos versucht haben, schwanger zu werden. Alleinstehende, LGBTQIA+-Personen und ethnische Minderheiten haben oft schlechtere Chancen auf Versorgung.

Einige Staaten beginnen mittlerweile, die Kosten für Kinderwunschbehandlungen zu bezuschussen. Das kann soziale Ungleichheit verringern und sich sogar als wirtschaftlich sinnvoll erweisen. Öffentliche Förderungen im Bereich der Fertilitätsbehandlung können angehenden Eltern mehr Gleichheit

Artwork: Marianna Gefen



ermöglichen und sollten daher gezielt ausgebaut werden. Dabei ist jedoch Vorsicht geboten, damit der Zugang nicht auf eine Weise gesteuert wird, die Menschenrechte und Gesundheit gefährdet.

Der Fokus von Reproduktionstechnologien muss auf der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch liegen – nicht darauf, Fertilitätsraten zu steigern oder Bevölkerungszahlen zu senken. In Ländern wie Australien, den Niederlanden, Tschechien und den USA trägt diese sogenannte assistierte Reproduktion schätzungsweise nur mit 0,05 bis 0,1 Kindern pro Frau zur Geburtenrate bei.

Während neue Technologien in diesem Bereich rasant voranschreiten – von der Eizellkonservierung bis hin zur Genbearbeitung mittels CRISPR –, wachsen auch die Bedenken. Zentrale bioethische Fragen bleiben ungeklärt: etwa zur Kommerzialisierung von Reproduktion, zu den Rechten von Leihmüttern, Samen- und Eizellspendenden sowie von durch Spenden gezeugten Menschen, und zu sogenannten „Designer-Babys“. Der milliarden-schwere Markt für Fortpflanzungsmedizin ist häufig nur schwach reguliert.

Wirtschaftliche Barrieren

Ebenso entscheidend wie die Gesundheitspolitik und ihre Vorgaben sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

In Ländern mit einer hohen Fertilität befürchten politisch Verantwortliche oft, dass Frauen zu viele Kinder bekommen. In Staaten mit einer niedrigen Fertilität hingegen besteht die Sorge, dass Frauen zu wenige Kinder bekommen und es künftig nicht genügend Arbeitskräfte geben könnte.

Die unsichtbare, unbezahlte oder schlecht bezahlte Care-Arbeit von Frauen trägt stark dazu bei, dass sie seltener erwerbstätig sind und sich entscheiden, keine oder weniger Kinder zu bekommen, als sie sich eigentlich wünschen würden.

Solche Denkmuster können dazu führen, dass Geburtenzahlen als ein probates Mittel zur wirtschaftlichen Steuerung betrachtet werden. Dabei gibt es durchaus effektivere Maßnahmen, schwaches Wirtschaftswachstum zu beheben. Studien zeigen, dass eine höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen zu den effektivsten gehört.

Gleichzeitig sollte nicht aus dem Blick geraten, dass wirtschaftliche Unsicherheit auf individueller Ebene einer der größten – wenn nicht der größte – Hinderungsgrund für die Gründung einer Familie ist. Viele Menschen bekommen heute weniger oder gar keine Kinder, weil es ihnen schlichtweg an ökonomischer Sicherheit fehlt. Paradoxerweise kann diese wirtschaftliche Unsicherheit gleichzeitig das Risiko für unbeabsichtigte Schwangerschaften erhöhen – vor allem bei Jugendlichen und jungen Frauen, die kaum Zugang zu Verhütung haben. In solchen Fällen entsteht ein Teufelskreis aus Armut, Bildungsabbrüchen und gesundheitlichen

Belastungen mit negativen Folgen für Familien, Gesellschaften und am Ende ganze Volkswirtschaften.

In West- und Zentralafrika finden sich derzeit die weltweit höchsten Raten von Teenagerschwangerschaften, gefolgt von Ost- und Südafrika. Gleichzeitig deuten Studien darauf hin, dass hohe Lebenshaltungskosten und soziale Ungleichheiten in Städten dazu führen, dass Paare nicht so viele Kinder bekommen, wie sie sich wünschen. Welche wirtschaftlichen Faktoren erschweren reproduktive Selbstbestimmung konkret? Unsichere Arbeitsverhältnisse, Arbeitslosigkeit, niedrige Löhne, das Fehlen eines existenzsichernden Einkommens und allgemeine wirtschaftliche Instabilität. Hinzu kommen oft hohe Kosten für reproduktive Gesundheitsversorgung, insbesondere bei Unfruchtbarkeitsbehandlungen, sowie die insgesamt hohen Ausgaben für die Kindererziehung. Auch die Wohnkosten tragen wesentlich zur finanziellen Belastung vieler Menschen bei.

Diese Faktoren erklären auch, warum die Lücke zwischen gewünschter und tatsächlicher Kinderzahl in Ländern mit schwach ausgebautem Sozialstaat besonders groß ist. Weltweit steigt das durchschnittliche Alter der Mütter bei ihrer ersten Geburt. Derzeit liegt es im Durchschnitt bei 28 Jahren. Viele Menschen warten länger mit dem Nachwuchs, um wirtschaftlich stabiler zu sein. Gleichzeitig zeigt sich in einigen wohlhabenden Ländern eine Art umgekehrter Trend, denn heute sind es zunehmend Menschen mit geringerer Bildung, die kinderlos bleiben, während früher eher Frauen mit höherer Bildung weniger oder keine Kinder hatten.

Kinderbetreuung

Die Betreuung von Kindern ist weltweit meist schlecht oder gar nicht bezahlt. Dabei liegt ihr ökonomischer Wert – je nach Schätzung – zwischen fünf und neun Prozent des globalen Bruttoinlandsprodukts. Diese wichtige, aber häufig unsichtbare und unterbewertete Arbeit wird überwiegend von Frauen geleistet. Sie trägt wesentlich dazu bei, dass viele von ihnen aus dem Erwerbsleben ausscheiden oder erst gar nicht einsteigen. Deshalb ist eine qualitativ gute, bezahlbare und leicht zugängliche Kinderbetreuung unverzichtbar. Sie sollte vom Säuglingsalter bis ins frühe Jugendalter reichen und mit den Arbeitszeiten der Eltern kompatibel sein. Studien zeigen: Solche Angebote fördern nicht nur die Erwerbstätigkeit von Frauen und Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondern können auch die Fertilität positiv beeinflussen.

Kinderbetreuung kann viele Formen haben, abhängig vom kulturellen und sozialen Kontext. Eine der weltweit häufigsten Formen ist die familiäre Betreuung insbesondere durch die Großeltern. In Ländern ohne einen umfassenden Sozialstaat sind sie oft eine tragende Säule der Kinderbetreuung. In Familien, bei denen die Großeltern unterstützen, steigen die Chancen, dass die erwachsenen Kinder sich für die Elternschaft oder auch ein weiteres Kind entscheiden.

Die Rolle der Großeltern ist so bedeutsam, dass einige Forschende bereits von einer „neuen reproduktiven Strategie“ sprechen. In Schweden gibt es bereits staatlich geförderte Modelle, bei denen Großeltern bezahlten Urlaub für die Betreuung ihrer Enkel nehmen können.

Eine institutionelle Betreuung in Kitas oder Tagesstätten wird in vielen Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen kulturell als unpassend

angesehen. Doch Studien zeigen, dass die Nutzung solcher Angebote in diesen Ländern zunimmt. Vor allem wohlhabendere Haushalte in Süd- und Mittelamerika sowie in Südasien greifen vermehrt darauf zurück. Das deutet darauf hin, dass die Hürden oft nicht kultureller, sondern eher finanzieller oder auch infrastruktureller Natur sind.

Trotz der hohen Kosten für Eltern sind die Angestellten in der Kinderbetreuung meist schlecht bezahlt. Ein möglicher Ausgleich können staatliche Zuschüsse sein – sowohl für institutionelle Einrichtungen als auch für die Betreuung zu Hause.

Übergang ins Erwachsenenleben

Mit dem Anstieg des durchschnittlichen Alters bei der ersten Geburt verändern sich auch die Erwartungen junger Menschen. Für viele ist heute klar: Bevor sie Eltern werden, wollen sie wirtschaftlich unabhängig sein und eine stabile Partnerschaft leben. Doch die Realität sieht oft anders aus, denn viele erreichen diese Voraussetzungen später, als sie es sich wünschen würden.

Gründe dafür sind unter anderem hohe Wohnkosten und die Schwierigkeit, angemessene Jobs zu finden. Dabei betrifft das Problem nicht nur Jugendliche. Wohnraumknappheit und unsichere Arbeitsverhältnisse hindern vielen Altersgruppen an der Familiengründung.

Arbeitslosigkeit, prekäre oder unfreiwillige Teilzeitjobs und wirtschaftliche Unsicherheit sind Bremsen auf dem Weg ins Erwachsenenleben. Dieses Muster zeigt sich weltweit: In Afrika etwa ist mehr als jede vierte junge Person (rund 72 Millionen Menschen) weder in Beschäftigung noch in Ausbildung. Insbesondere für junge Frauen sind die Hürden zum Arbeitsleben hoch.



Artwork: Cyan Haribhai

Jugendliche aus benachteiligten Familien, mit Migrationshintergrund oder aus sexuellen Minderheiten haben es dabei besonders schwer, ihre Pläne zu verwirklichen. Wer gering gebildet und wirtschaftlich benachteiligt ist, hat schlechtere Chancen, eine Partnerschaft einzugehen und bleibt daher mit höherer Wahrscheinlichkeit kinderlos.

Wenn junge Menschen ihre Lebensentwürfe in ihrer Heimat nicht realisieren können, wandern sie oft in andere Länder ab. Gerade in wirtschaftlichen Krisenzeiten sind sie die ersten, die vom Arbeitsmarkt verdrängt werden.

Deshalb ist es von zentraler Bedeutung, dass Verantwortliche in Politik und Wirtschaft für

angemessene Jobs sorgen. Und zwar mit Löhnen, die der Lebensrealität und den Wohnkosten gerecht werden. Gleichzeitig müssen politische Maßnahmen jungen Menschen gerecht werden. Der Weg ins Erwachsenenleben ist kulturell und regional verschieden – das sollte bei jeder Politikgestaltung berücksichtigt werden.

Familienfreundliche Arbeitsplätze

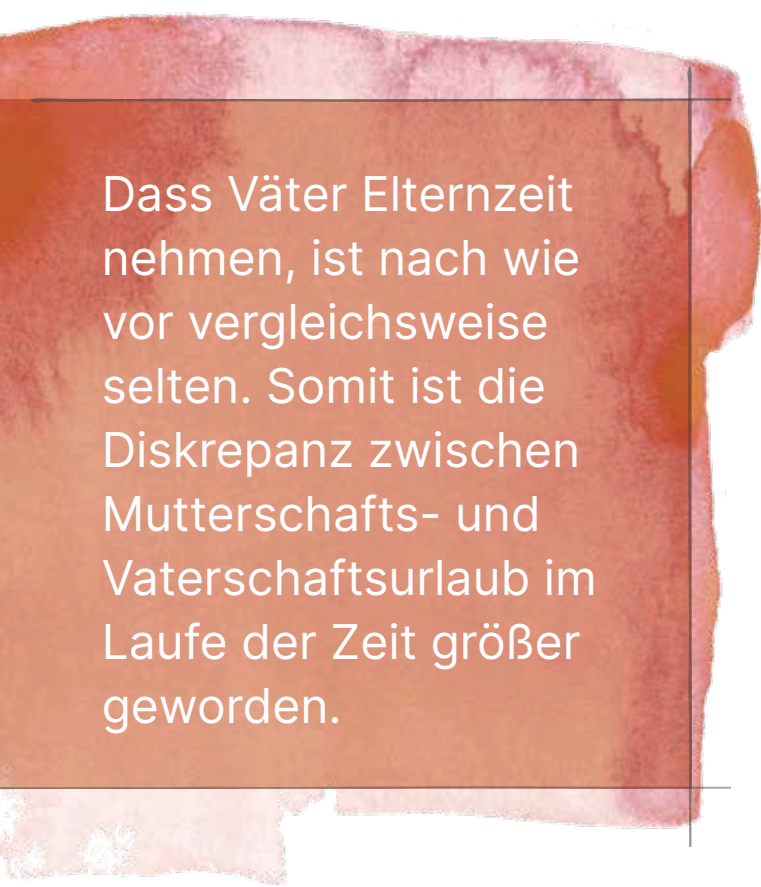
Für viele Menschen, insbesondere für Frauen, ist die Vereinbarkeit von Kinderbetreuung und Vollzeitarbeit eine enorme Herausforderung. Familienfreundliche Arbeitsplätze bieten hier eine mögliche Lösung und sind immer weiter verbreitet. In der Europäischen Union ist 2019 die EU-Richtlinie zur Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben in Kraft getreten. Solche Programme erzielen positive Effekte; etwa im Hinblick auf das Wohlbefinden der Beschäftigten,

die Stärkung der Unternehmensbindung sowie die Wahrscheinlichkeit, dass Mütter nach einer Geburt in ihren Beruf zurückkehren.

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen können unter anderem folgende Maßnahmen umfassen: flexible Arbeitszeitmodelle, die es Eltern ermöglichen, angepasste Arbeitszeiten zu nutzen oder mobil zu arbeiten; betriebseigene Kinderbetreuung oder finanzielle Unterstützung bei der Kinderbetreuung; bezahlter Elternurlaub nach der Geburt, einschließlich Mutterschafts- und Vaterschaftsurlaub in voller Lohnhöhe; Gesundheitsleistungen für mitversicherte Familienangehörige; Stillpausen sowie Freistellung zur Pflege kranker Kinder.

Weltweit haben allerdings nur wenige Beschäftigte Zugang zu solchen Leistungen. Immerhin ist die Zahl der Länder mit Mutterschutz deutlich gestiegen: 186 Staaten gewähren mittlerweile bezahlten Mutterschaftsurlaub. Vaterschaftsurlaub dagegen ist noch immer selten. Nur 122 Länder bieten ihn überhaupt an. Die durchschnittliche Dauer liegt bei nur neun Tagen. Am langsamsten schreitet die Einführung in Nordafrika und dem Nahen Osten voran. Dabei wirkt sich Vaterschaftsurlaub nachweislich positiv aus: Er stärkt die Bindung des Vaters zum Kind, verbessert die Beziehung zur Partnerin und kann auch die Gesundheitsentwicklung des Kindes fördern.

Wenn familienfreundliche Maßnahmen jedoch nicht sorgfältig umgesetzt werden, können sie sogar kontraproduktiv wirken, zum Beispiel indem sie negative Stereotype weiter verfestigen. In den USA und in Indien berichten Frauen, dass die Inanspruchnahme solcher Angebote, selbst medizinisch notwendiger Mutterschaftsurlaub, mit einem Reputationsverlust im



Dass Väter Elternzeit nehmen, ist nach wie vor vergleichsweise selten. Somit ist die Diskrepanz zwischen Mutterschafts- und Vaterschaftsurlaub im Laufe der Zeit größer geworden.

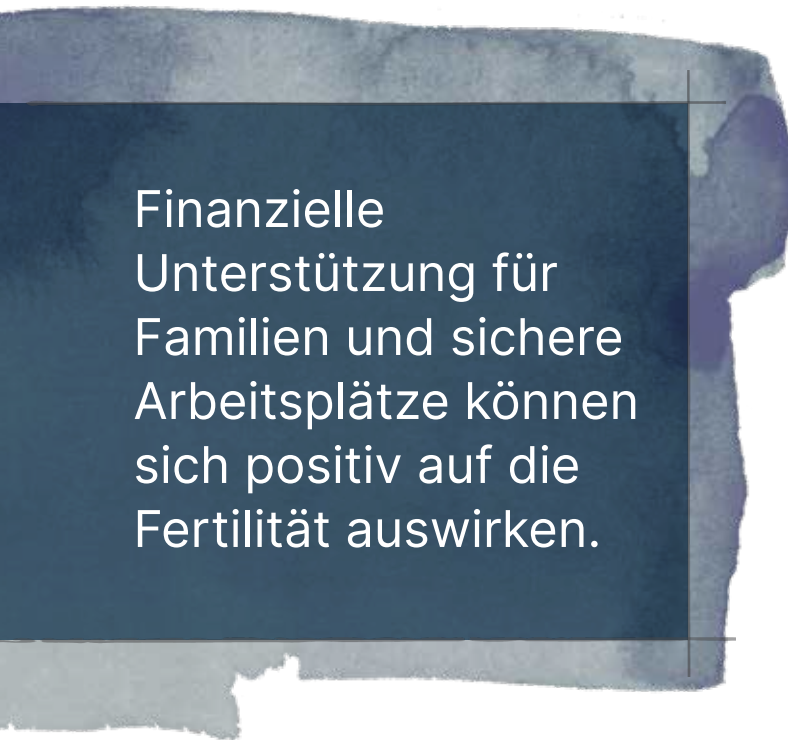
Arbeitsumfeld einhergeht. In männlich geprägten Organisationskulturen gelten Eltern, insbesondere Mütter, häufig als weniger ideale Arbeitskräfte. Deshalb schrecken viele weibliche Beschäftigte davor zurück, solche Leistungen zu nutzen.

Männer und Frauen nehmen familienfreundliche Angebote unterschiedlich stark wahr und nutzen sie auch unterschiedlich häufig. Beide Geschlechter befürchten Nachteile, wenn sie Elternzeit nehmen – je nach Branche und Land unterschiedlich stark. Studien zeigen jedoch, dass Männer von einer Elternzeit oft mehr profitieren, weil sie dadurch weniger Konflikte zwischen Beruf und Privatleben empfinden. Für Frauen hingegen bleiben diese Konflikte bestehen, solange sich die gesellschaftliche Einstellung zu Geschlechterrollen nicht ändert.

Daher ist es entscheidend, familienfreundliche Angebote für alle Beschäftigten zu verbessern, nicht nur für Eltern, um Stigmata im Zusammenhang mit der Nutzung von Elternzeitregelungen zu verringern. Tatsächlich leidet das Familienleben aller Arbeitnehmenden unter überlangen Arbeitszeiten und fehlender Flexibilität.

Eine Option wäre, den Vaterschaftsurlaub verpflichtend zu machen. Singapur führte im April 2025 zwei Wochen obligatorische Väterzeit ein, um die geringe Inanspruchnahme zu adressieren und eine gleichmäßigere Aufteilung bei der Kinderbetreuung zu fördern. In Ländern, in denen Vaterschaftsurlaub nicht übertragbar ist und die Urlaubsregelungen als individuelle Ansprüche für jeden Elternteil gewährt werden, ist die Inanspruchnahme durch Männer ebenfalls deutlich höher.





Finanzielle Unterstützung für Familien und sichere Arbeitsplätze können sich positiv auf die Fertilität auswirken.

Eine weitere Möglichkeit läge in Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben unabhängig vom jeweiligen Familienstand. Wenn Arbeit und Privatleben für alle Beschäftigten besser vereinbar sind, entfällt der Nachteil für Frauen im Arbeitsmarkt. Gleichzeitig könnte die Zurückhaltung, Elternzeit zu nehmen, auch bei Männern abnehmen. Flexiblere Freistellungen würden das Vertrauen in die Bereitschaft der Arbeitgebenden stärken, auf die Bedürfnisse aller Beschäftigten einzugehen.

Auch Homeoffice und hybride Arbeitsmodelle, die in den letzten Jahren zugenommen haben, könnten Eltern helfen, Arbeit und Privatleben besser zu vereinbaren. In einigen Fällen kann Fernarbeit Frauen dabei unterstützen, ein gewünschtes Kind zu bekommen – zum Beispiel, wenn sie sonst einen langen Arbeitsweg hätten.

Allerdings führen diese Maßnahmen nicht dazu, dass Frauen mehr Kinder bekommen. Tatsächlich hat Homeoffice oft sogar negative Auswirkungen auf die Karriere, erhöht sowohl die beruflichen als auch die häuslichen Belastungen und löst nicht das Hauptproblem: die ungleiche Verteilung der Betreuungsaufgaben. In Großbritannien ist die Wahrscheinlichkeit ein Kind zu bekommen bei Frauen, die von zu Hause aus arbeiten, geringer als bei Frauen, die im Büro arbeiten oder arbeitslos sind.

Kurzfristige Anreize vs. langfristige Stabilität

Ein stabiles Einkommen und eine sichere Beschäftigung sind entscheidend, wenn es darum geht, einen Kinderwunsch zu realisieren. Das mag offensichtlich klingen, aber viele politisch Verantwortliche stehen unter Druck, schnelle Verbesserungen im Leben der Menschen oder sofortige Veränderungen bei den Geburtenraten zu erreichen. Deshalb sind kurzfristige, einmalige oder zeitlich begrenzte Maßnahmen weit verbreitet.

Typisch ist der sogenannte Baby-Bonus, also Einmalzahlungen oder Geldprämien zur Geburt eines Kindes. Solche Strategien können zwar kurzfristig zu mehr Geburten führen, doch häufig verschieben Eltern ihre Pläne einfach nur etwas nach vorne, ohne tatsächlich mehr Kinder zu bekommen.

Regelmäßige Geldtransfers zeigen da schon etwas stärkere Effekte. In Ländern wie Argentinien, Israel, Ungarn und Spanien haben regelmäßige Leistungen einen kleinen, aber messbaren Einfluss auf die Anzahl der Geburten. Polen führte im Jahr 2016 eine recht großzügige Familienprämie ein, die bis zu zwei Prozent des Bruttoinlandsprodukts betrug. Das Ergebnis:

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau ein Kind bekam, stieg um 1,5 Prozentpunkte – vor allem bei Frauen zwischen 31 und 40 Jahren. Bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren sank die Geburtenrate jedoch, vermutlich, weil viele von ihnen zunächst Ausbildung und Beruf Vorrang gaben.

Die zentrale Erkenntnis ist, dass langfristige wirtschaftliche Sicherheit, etwa durch verlässliche Jobs, faire Löhne und gute Rahmenbedingungen entscheidender ist als kurzfristige Prämien. Denn wenn Menschen nicht auf dauerhafte Stabilität bauen können, hilft auch eine Bonuszahlung wenig: Sie könnten zwar ein erstes Kind bekommen, sich aber spätere Kinder trotzdem nicht leisten und geben ihren Wunsch nach einer größeren Familie auf.

Bildung und Information

Bildungspolitik kann einen enormen Beitrag zur Förderung von reproduktiver Gesundheit, Rechten und Entscheidungsfreiheit leisten. Umgekehrt können mangelhafte und unzureichende Bildungssysteme langfristige Nachteile für die körperliche Selbstbestimmung und das Wohlergehen von Menschen bedeuten.

Zahlreiche Studien belegen, dass eine umfassende Sexualaufklärung die Gesundheit von Jugendlichen verbessert. Sie senkt zum Beispiel die Rate von Teenagerschwangerschaften und sexuell übertragbaren Infektionen, stärkt die Kommunikation in der Partnerschaft, fördert Wissen über Verhütung und verbessert den Zugang zu Gesundheitsdiensten. Umfassende Sexualaufklärung ist medizinisch fundiert, altersgerecht basiert, auf Menschenrechten und Gleichstellung, wird an den jeweiligen kulturellen Kontext angepasst und

unter Mitwirkung von Lehrkräften, Jugendlichen, Eltern sowie Gemeinschaften entwickelt.

Viele Lehrpläne konzentrieren sich nur auf die unmittelbaren sexuellen und reproduktiven Gesundheitsbedürfnisse von Jugendlichen, anstatt sie auf Themen vorzubereiten, die ihnen im Laufe ihres Lebens begegnen werden. Forschende betonen, dass Fertilitätsbewusstsein in Bildungsprogrammen für Jugendliche aufgenommen werden sollte. Einige Länder, wie das Vereinigte Königreich testen bereits solche Programme. Fertilitätsbewusstsein umfasst nicht nur den altersbedingten Rückgang der Fertilität, sondern auch den Einfluss von Rauchen und Drogen, das Risiko eines Versagens aller Verhütungsmethoden sowie die Möglichkeit unbeabsichtigter Schwangerschaften in den Wechseljahren.

Besonders wirksam ist Sexualaufklärung, wenn sie mit leicht zugänglichen, vorurteilsfreien Gesundheitsdiensten verknüpft ist und einen integralen Bestandteil der Lehrkräfteausbildung darstellt. Dennoch fehlen in 28 Prozent der untersuchten 153 Länder gesetzliche Regelungen oder Strategien zur Sexualaufklärung. Teilweise wird sie sogar aktiv eingeschränkt oder abgebaut.

Wenn Sexualaufklärung falsche oder unvollständige Informationen enthält oder auf eine stigmatisierende Weise vermittelt wird, kann dies Stereotype verstärken und die Zukunfts- und Familienplanung junger Menschen erschweren. So kann beispielsweise die Information über den altersbedingten Rückgang der Fertilität (die sogenannte „biologische Uhr“) derart vermittelt werden, dass sie Frauen stigmatisiert oder bevormundet. Auch Jungen und Männer benötigen Informationen über Sex, Verhütung und Fertilität, denn gerade sie wissen oft zu wenig.

Bildung und Teenagerschwangerschaft – ein umfassender Blick

Um Teenagerschwangerschaften zu reduzieren, ist Bildung ein wichtiger Faktor. Denn in vielen Ländern zeigt sich: Je höher das Bildungsniveau der Bevölkerung, desto niedriger die Rate früher Schwangerschaften. Neuere Forschungsergebnisse aus Lateinamerika zeigen, dass auch der Zeitpunkt von Bildung eine Rolle spielt. Während sich viele Studien auf Hochschulbildung konzentrieren, hat insbesondere der Zugang zur Sekundarstufe II (also zur oberen Mittelstufe bzw. Oberstufe) großen Einfluss, weil sie einer breiteren Bevölkerung möglich ist.

Auch die Bewertung von Bildungsabschlüssen spielt eine Rolle. Wenn Frauen mit guter Ausbildung trotzdem keine Stelle mit einer angemessenen Bezahlung und keinen sicheren Job finden, verpufft der Effekt. Ebenso entscheidend ist daher das Zukunftsbild junger Frauen: Studien zeigen, dass Frauen ohne geplante Lebensentwürfe oder Perspektiven, wie zum Beispiel ein Studium, häufiger früh Mutter werden. Das zeigt, dass Geschlechterstereotype und gesellschaftliche Erwartungen nach wie vor die Lebenswege vieler junger Frauen bestimmen und nicht selten in eine ungewollt frühe Elternschaft führen.

Diese Dynamik wird durch Diskriminierungen aufgrund von Ethnie, Einkommen, Wohnort oder Alter noch verstärkt. Aktuelle Forschungsergebnisse von UNFPA zeigen, dass in der Region Lateinamerika und Karibik die Wahrscheinlichkeit, Mutter zu werden, für Jugendliche afrikanischer Herkunft um 50 Prozent höher liegt, als bei gleichaltrigen Mädchen nicht afrikanischer Herkunft. Die Folgen dieser Ungleichheit sind gravierend – nicht nur individuell, sondern auch volkswirtschaftlich. Laut UNFPA belaufen sich die Kosten früher Mutterschaften in 15 untersuchten Ländern der Region auf mehr als 15 Milliarden US-Dollar. Den größten Teil dieser Last tragen die jungen Mütter selbst. Die Lösung heißt Schulbildung: Mädchen müssen ermutigt werden länger in der Schule zu bleiben, aber das allein reicht nicht. Die Politik muss dazu die strukturellen Ursachen der Marginalisierung bekämpfen. Denn wenn Mädchen sich eine Zukunft jenseits früher Mutterschaft vorstellen können, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie diese verwirklichen.



Medizinisch fundiertes Wissen sollte auch fernab von Schulen weitergegeben werden, an Erwachsene ebenso wie an Jugendliche. Denn Falschinformationen zu Verhütung, Anatomie oder Gesundheit verbreiten sich rasant, vor allem über soziale Medien – und untergraben das Vertrauen in Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Schwangerschaftsabbrüche und HIV-Behandlung. Darüber hinaus gibt es auch digitale Angebote, die gezielt Falschinformationen verbreiten. Manche davon werden sogar in offizielle Lehrpläne aufgenommen. Deshalb braucht es heute mehr denn je verlässliche Quellen und seriöse digitale Lernangebote zur sexuellen Aufklärung.

Bildungspolitik wirkt sich aber auch indirekt auf reproduktive Entscheidungen aus: Studierende mit Kindern, insbesondere Mütter, berichten weltweit von Schwierigkeiten, ihre Ausbildung mit der Betreuung ihrer Kinder zu verbinden und brechen sie deshalb ab. Diese Herausforderungen betreffen alle Bildungsstufen weltweit – von Jugendlichen in der Schule bis hin zu Promovierenden. Unterstützende Maßnahmen wie flexible Stundenpläne und Kinderbetreuung sollten deshalb in allen Bildungseinrichtungen zum Standard werden.

In einigen Ländern beeinflusst das Bildungssystem sogar die Familienplanung. In Südkorea zum Beispiel wirkt der extreme Leistungsdruck demotivierend: Er führt häufig zu verspätetem Berufseinstieg, einem schlechteren Wohlbefinden, geringerer Chancengleichheit und schlussendlich zu einer sinkenden Geburtenrate. In Japan und China nennen viele Menschen die hohen Bildungskosten als einen Grund, weniger oder keine Kinder zu bekommen.

Rechtliche Barrieren für selbstbestimmte Elternschaft

Weltweit wächst der Wunsch nach Elternschaft von Menschen, die nicht dem klassischen Bild der heterosexuellen Kleinfamilie entsprechen. Viele Alleinstehende, LGBTQIA+-Paare oder Frauen jenseits des traditionellen „Mutteralters“ möchten heute bewusst Eltern werden.

Doch in vielen Ländern verhindern Gesetze genau das: Der Zugang zu Angeboten wie Adoption oder medizinisch assistierter Reproduktion ist oft auf verheiratete, heterosexuelle Paare beschränkt. Weltweit erlauben nur 36 Länder die gemeinsame Adoption durch gleichgeschlechtliche Paare. Weitere 37 Länder gestatten zumindest die sogenannte Stiefkindadoption, d. h. dass nur eine Person in der Partnerschaft das biologische oder rechtliche Elternteil ist. Der Zugang zu künstlicher Befruchtung oder Leihmutterschaft für gleichgeschlechtliche Paare ist dagegen deutlich seltener. In Europa etwa erlauben von 49 Ländern nur 17 eine medizinisch assistierte Insemination (Samenübertragung) unabhängig von sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität. Für alleinstehende Menschen ist der Zugang in 26 Ländern möglich.

Eine Elternschaft, die im Ausland durch reproduktionsmedizinische Verfahren erreicht wurde, wird im Heimatland oft nicht anerkannt. In manchen Fällen werden nicht-biologische Elternteile aus Geburtsurkunden gestrichen oder eine Leihmutterschaft wird kriminalisiert, selbst wenn sie in einem anderen Land legal erfolgte.



Artwork: Stina Persson

Andere rechtliche Hürden schließen Menschen explizit vom Elternsein aus, etwa die Zwangssterilisation bei geschlechtsangleichenden Behandlungen, die laut dem UN-Sonderberichterstatter für Folter und dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte als menschenrechtswidrig gilt.

Weltweit gibt es zahlreiche rechtliche Hürden beim Zugang zur Verhütung, beispielsweise Verbote freiwilliger Sterilisation. In manchen Ländern gibt es Mindestaltervorgaben oder es wird verlangt, dass Frauen und Jugendliche eine Zustimmung von Dritten einholen müssen – etwa von Eltern, Ehepartnern oder Behörden –, um Verhütungsmittel nutzen zu dürfen. Auch der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen ist eingeschränkt: Rund 40 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter (753 Millionen) leben in Ländern mit restriktiven Gesetzen über Schwangerschaftsabbrüche. In 95 Staaten ist ein Schwangerschaftsabbruch strafbar. Manche Länder koppeln selbst die medizinische Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt an den Familienstand – etwa, indem nur verheiratete Frauen Anspruch auf Leistungen haben.

Schließlich fehlen in vielen Ländern Gesetze zum Schutz vor sexualisierter Gewalt und reproduktiver Nötigung – oder die Betroffenen werden durch bestehende Gesetze sogar kriminalisiert. Rund ein Viertel aller Frauen geben an, dass sie nicht in der Lage sind, Sex abzulehnen. Weltweit ist sexualisierte Gewalt ein wesentlicher Faktor für unbeabsichtigte Schwangerschaften.

Auf dem Weg in eine bessere Welt?

Auf der ganzen Welt verzichten Frauen und Männer auf Schwangerschaften oder verschieben ihren Kinderwunsch. Nicht, weil sie keine Kinder wollen, sondern weil ihnen die nötigen Voraussetzungen fehlen.

In der UNFPA/YouGov-Umfrage gaben 18 Prozent der Befragten an, dass sie wahrscheinlich nicht die Zahl an Kindern bekommen werden, die sie sich wünschen. 19 Prozent nannten Zukunftsängste wie die Klimakrise, Krieg oder Umweltzerstörung als Grund, weniger Kinder zu planen. 54 Prozent erklärten, wirtschaftliche und institutionelle Faktoren wie Wohnungsnot, fehlende Kinderbetreuung oder unsichere Arbeitsplätze würden sie daran hindern, ihre Familienpläne zu verwirklichen.

Gleichzeitig erleben Millionen Menschen weltweit unbeabsichtigte Schwangerschaften und viele erfahren beides: dass sie ein Kind bekommen, obwohl sie es nicht wollten und dass sie keines bekommen, obwohl sie es sich wünschen.

All das deutet auf eines hin: Wir leben in einer politischen und gesellschaftlichen Umgebung, die junge Menschen in ihren Lebensentwürfen behindert. Sie bringt unbeabsichtigte Schwangerschaften hervor und eine Welt, in die viele bewusst kein neues Leben setzen wollen. Diese Realität muss sich ändern. Und sie kann sich ändern, wenn wir jungen Menschen zuhören, wenn wir ihre Ängste ernst nehmen, ihre Wünsche verstehen und ihnen echte Handlungsfreiheit geben. Dann entsteht eine bessere Zukunft: für sie und für die Generationen, die folgen.



Artwork: Cyan Haribhai

Wie stark wirkt sich der Rückgang bei Teenagerschwangerschaften auf die Gesamtfertilität aus?

Viele politisch Verantwortliche zeigen sich besorgt über sinkende Geburtenraten. Dabei sind diese Rückgänge in manchen Regionen ein direktes Ergebnis erfolgreicher Entwicklungs- und Menschenrechtsarbeit insbesondere im Einsatz für die Eindämmung von Teenagerschwangerschaften. Eine aktuelle Analyse zeigt, dass in einigen Ländern und Regionen der starke Rückgang der Gesamtfertilität eng mit einem Rückgang von Geburten bei Mädchen und jungen Frauen (15 bis 24 Jahre) zusammenhängt.

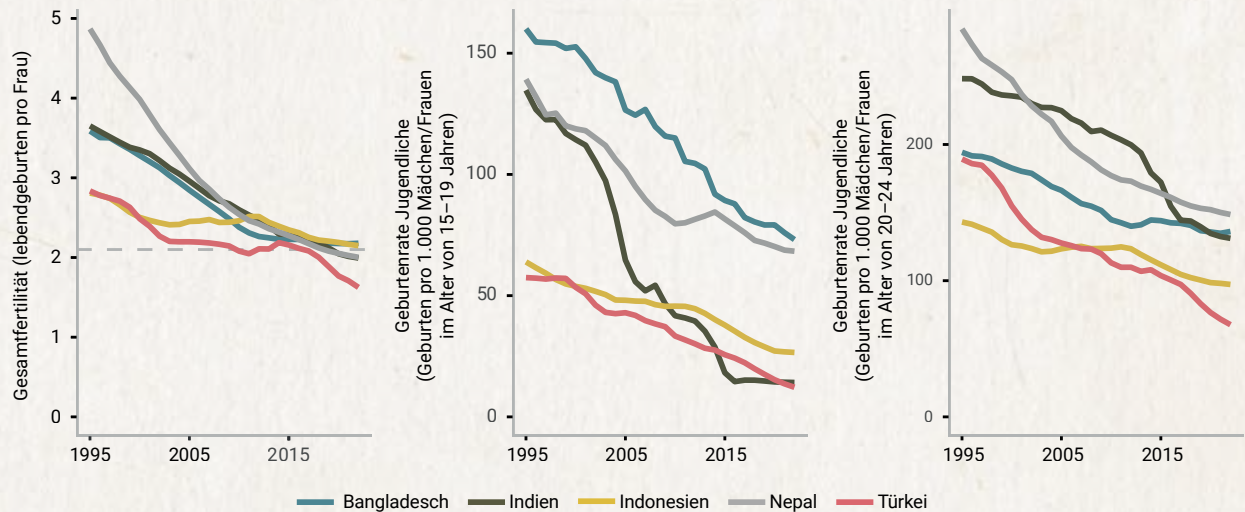
Abbildungen 5a und 5b zeigen die Gesamtfertilitäts- und Geburtenraten von Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren und 20 bis 24 Jahren in ausgewählten Ländern Asiens sowie in Lateinamerika und der Karibik. Diese Länder verzeichneten in den letzten zwei Jahrzehnten einen stetigen Rückgang der Gesamtfertilität, wobei mehrere Länder das Bestandhaltungsniveau (2,1 Geburten pro Frau) erreichen oder sogar darunter fielen. Parallel dazu ist die Geburtenrate bei 15- bis 19-jährigen Mädchen drastisch gesunken.

In Argentinien fiel die Geburtenrate bei Jugendlichen zwischen 2015 und 2022 um 60 Prozent. In Uruguay ging sie im gleichen Zeitraum um 53 Prozent zurück. Dort zeigen Studien, dass der starke Rückgang vor allem darauf zurückzuführen ist, dass Frauen ihr erstes Kind später bekommen – unterstützt durch gezielte Aufklärungs- und Verhütungsprogramme für Jugendliche. Auch in asiatischen Ländern ist dieser Trend zu beobachten. Der Rückgang der Teenagerschwangerschaften zählt zu den größten gesundheitspolitischen Erfolgen der vergangenen 30 Jahre. Er ermöglicht mehr jungen Frauen, ihre Ausbildung abzuschließen und bewahrt sie außerdem vor den gesundheitlichen Risiken einer frühen Mutterschaft.

Der Rückgang der Teenagerschwangerschaften zählt zu den größten gesundheitspolitischen Erfolgen der vergangenen 30 Jahre.

GRAFIK 5a

Gesamtfertilitätsrate (links), Geburtenrate bei Jugendlichen (15–19 Jahre; Mitte), und Geburtenrate bei jungen Frauen (20–24 Jahre; rechts) in ausgewählten Ländern in der Asien-Pazifik-Region, Ost-Europa und Zentralasien (1995–2022)

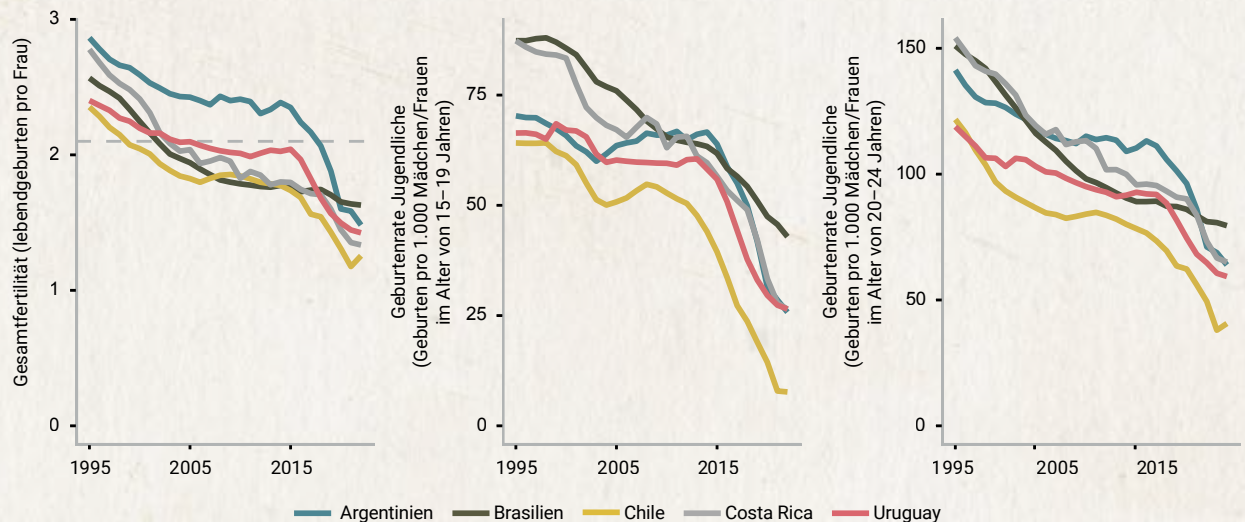


Anmerkung: Die gestrichelte graue Linie im ersten Diagramm zeigt das Bestanderhaltungsniveau.

Quelle: UN DESA, 2024

GRAFIK 5b

Gesamtfertilitätsrate (links), Geburtenrate bei Jugendlichen (15–19 Jahre; Mitte), und Geburtenrate bei jungen Frauen (20–24 Jahre; rechts) in ausgewählten Ländern in Lateinamerika und der Karibik (1995–2022)



Anmerkung: Die gestrichelte graue Linie im ersten Diagramm zeigt das Bestanderhaltungsniveau.

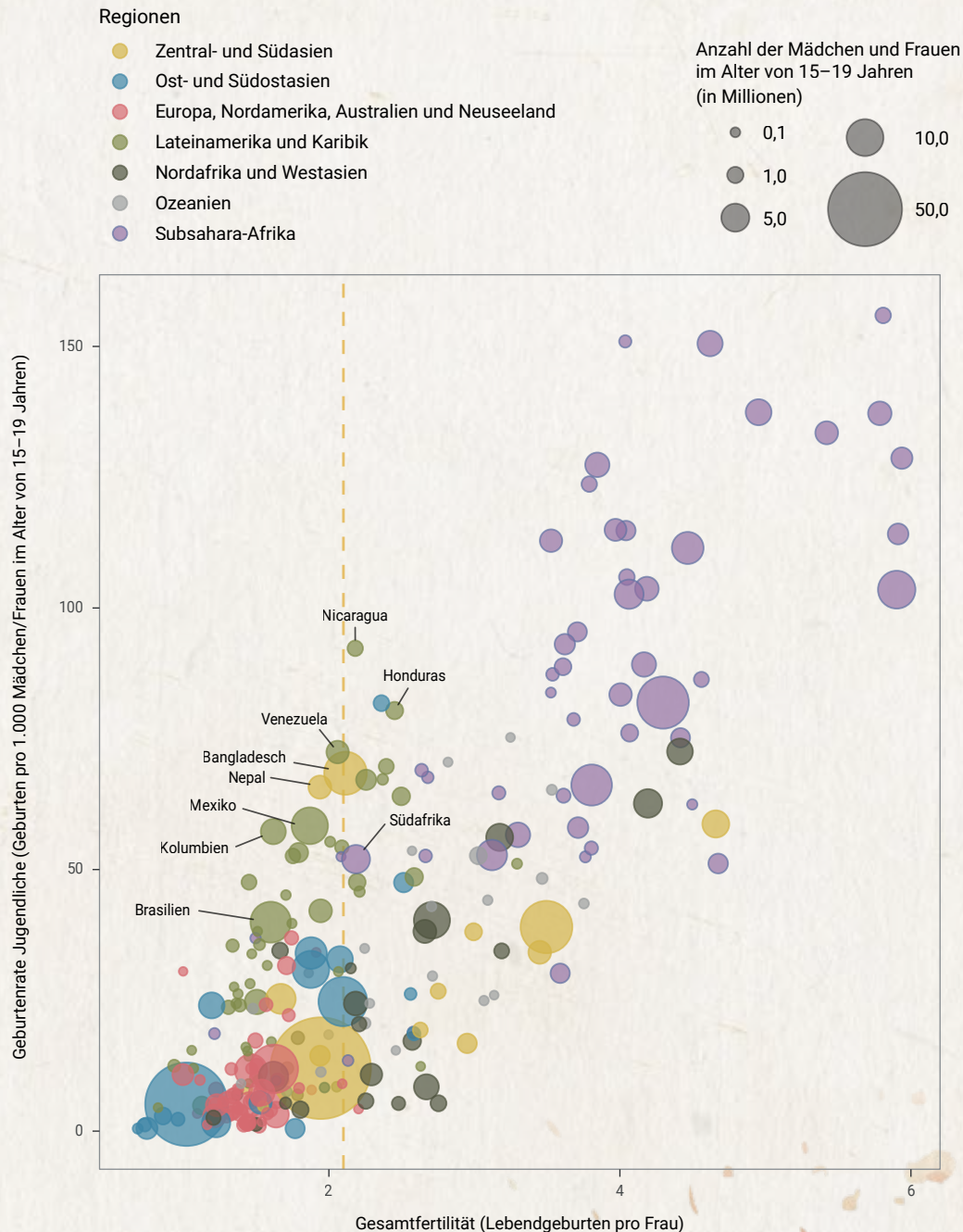
Quelle: UN DESA, 2024

Darüber hinaus geht die Geburtenrate bei 20- bis 24-jährigen Frauen ebenfalls zurück. Das zeigt einen Trend: Frauen entscheiden sich heute bewusster und später für ein Kind.

Hingegen weisen manche Länder mit einer niedrigen Fertilitätsrate heute noch relativ hohe Raten bei Teenagerschwangerschaften auf. Über 50 Geburten pro 1.000 Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren zählen etwa Kolumbien, Mexiko und Venezuela in Lateinamerika sowie Bangladesch und Nepal in Asien. In diesen Ländern ist zu erwarten, dass bald ebenfalls ein Rückgang bei frühen Geburten einsetzt, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gesamtfertilität. Doch kann auch hier ein erster Rückgang durch spätere Schwangerschaften ausgeglichen werden. Deshalb ist es wichtig, nicht nur die Gesamtzahl der Geburten zu betrachten, sondern auch die Fertilitätsmuster in verschiedenen Altersgruppen zu analysieren, um die demografische Entwicklung besser zu verstehen.

Textbeitrag von UN DESA



GRAFIK 6
Geburtenraten bei Jugendlichen (15–19 Jahre alt) im Verhältnis zur Gesamtfertilität, nach Regionen, 2024


Anmerkung: In der Abbildung sind Länder und Gebiete mit mindestens 90.000 Einwohnenden im Jahr 2024 dargestellt. Die Größe der Kreise entspricht der Anzahl der Frauen und Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren im Jahr 2024. Die Länderbezeichnung „Venezuela Boliviarische Republik“ wurde auf „Venezuela“ verkürzt. Die orange gestrichelte Vertikallinie markiert das Bestandserhaltungsniveau.

Quelle: UN DESA, 2024



Artwork: Graham Dean



KAPITEL 3

Geschlechter- gerechtigkeit für alle – mit Dividende

Das Jahr 2025 markiert den 30. Jahrestag der Pekingener Erklärung – ein wegweisendes internationales Abkommen, das festhält: „Frauenrechte sind Menschenrechte“. Aufbauend auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung von 1994 in Kairo wurde außerdem erklärt: „Die ausdrückliche Anerkennung und Bekräftigung der Rechte aller Frauen, die Kontrolle über alle Aspekte ihrer Gesundheit auszuüben, insbesondere über ihre eigene Fertilität, ist grundlegend für ihre Selbstbestimmung.“

In den Jahren seither wurden bedeutende Fortschritte für Frauen und Mädchen erzielt – nicht nur in der Gesetzgebung, sondern auch im Wandel gesellschaftlicher Haltungen und Normen. So sprechen sich immer mehr Menschen gegen Gewalt in Partnerschaften und andere Formen geschlechtsspezifischer Gewalt aus. Diese Entwicklung wird durch die Verabschiedung von rund 1.583 Gesetzen gegen geschlechtsspezifische Gewalt in 193 Ländern untermauert. Zum Vergleich: Im Jahr 1995 hatten nur zwölf Länder entsprechende Gesetze.

Auch die Teilhabe von Frauen an politischen Entscheidungen auf höchster Ebene wird zunehmend akzeptiert. Zwischen 1997 und 2025 stieg der Anteil weiblicher Abgeordneter in nationalen Parlamenten von etwa zwölf auf rund 27 Prozent. Doch diese Fortschritte sind fragil und leicht umzukehren. Der Gender Social Norms Index, der geschlechterspezifische Vorurteile erfasst, zeigt, dass sich die Haltung gegenüber Frauen und Mädchen in den vergangenen zehn Jahren kaum verbessert hat. In 38 Ländern sank der Anteil der Menschen mit mindestens einem geschlechterbezogenen Vorurteil lediglich von 86,9 auf 84,6 Prozent. Obwohl es zwischen 2006

und 2022 in 19 Ländern Fortschritte bei der körperlichen Selbstbestimmung von Frauen gab, verschlechterte sich die Lage in 13 anderen Ländern.

Ein Grund dafür ist die erstarkende sogenannte Anti-Gender-Bewegung, die zunächst in Europa, später in Lateinamerika aufkam und heute national wie transnational vernetzt agiert. Besonders Menschenrechtsbewegungen, die sich für sexuelle und reproduktive Rechte einsetzen, sind zunehmend Angriffen ausgesetzt.

Kinderwünsche, Geschlechternormen und gesellschaftlicher Wandel

Kinderwünsche stehen oft in komplexem Zusammenhang mit sich wandelnden Geschlechternormen und Einstellungen. Für Männer symbolisieren viele Kinder häufig eine Art Vermächtnis und sozialen Status. Für Frauen hängen sie stärker mit der Erwartung zusammen, Care-Arbeit zu leisten und gesellschaftlichen Rollenbildern zu entsprechen. Das könnte ein Grund dafür sein, warum Männer tendenziell mehr Kinder haben wollen als Frauen. In 14 untersuchten Ländern gaben im Durchschnitt 56 Prozent der Männer und 45 Prozent der Frauen an, dass die Weitergabe ihres Familiennamens und Besitzes ein Grund sei, Kinder zu bekommen.

Ein weiterer Ausdruck geschlechtsspezifischer Ungleichheit ist die Bevorzugung von Söhnen, insbesondere in Südasien, Ostasien und im Südkaukasus. Diese Präferenz kann zu geschlechtsselektiven Geburtenwahlen führen, die letztendlich das Geschlechterverhältnis in der Bevölkerung

verzerren können. Auch wenn keine geschlechtsselektive Auswahl bei der Geburt erfolgt, kann die Bevorzugung von Söhnen dazu führen, dass Paare mehr Kinder bekommen, als sie eigentlich wünschen – in der Hoffnung, einen Sohn zu bekommen. Diese Präferenz ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen: 49 Prozent der Männer gegenüber 40 Prozent der Frauen bevorzugen Söhne.

Solche Faktoren führen zu Unterschieden in der gewünschten Kinderzahl zwischen den Geschlechtern. In Subsahara-Afrika liegt die durchschnittlich gewünschte Kinderzahl bei Frauen bei etwa 4,8, bei Männern bei 5,7. In Südostasien und Südasien liegt die gewünschte Kinderzahl im Durchschnitt bei drei Kindern für Frauen und 3,3 für Männer. In Lateinamerika und der Karibik ist der Unterschied geringer: Frauen wünschen sich im Schnitt 2,9 Kinder, Männer drei.



Artwork: Marianna Gefen

Geschlechterrollen in Familie und Beruf

Die Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern, insbesondere bei der Care-Arbeit, beeinflusst maßgeblich, wie viele Kinder sich Menschen wünschen und wie viele sie tatsächlich bekommen. Geschlechterrollen entstehen im Zusammenspiel von Kultur, wirtschaftlichen Umständen und politischen Rahmenbedingungen. Sie bestimmen, wie Paare die Aufgaben teilen und wirken sich direkt auf die Entscheidung aus, ob ein (weiteres) Kind infrage kommt.

Trotz aller Fortschritte bei Gleichstellung in Bildung, Arbeitswelt und Politik hat sich im privaten Bereich wenig verändert. Frauen übernehmen nach wie vor den Großteil der unbezahlten Haus- und Care-Arbeit – Studien zufolge zwischen dem Drei- und Zehnfachen im Vergleich zu Männern. Dies ist einer der Hauptgründe dafür, dass Frauen in Ausbildung und Beruf benachteiligt sind und weniger Zeit zur Erholung haben. Zwar engagieren sich Männer heute deutlich mehr in Haushalt und Kinderbetreuung als vor einigen Jahrzehnten, dennoch gilt gesellschaftlich oft noch: Ein „guter Vater“ sorgt finanziell für die Familie. Eine „gute Mutter“ stellt die Kinder in den Mittelpunkt – unabhängig davon, ob sie berufstätig ist.

Die Aufteilung von bezahlter und unbezahlter Arbeit hängt jedoch nicht allein von kulturellen Erwartungen ab. Wer wie viel verdient oder wer flexibler arbeitet, beeinflusst ebenfalls, wie Aufgaben im Alltag verteilt werden. Doch genau die Faktoren Gehalt und Flexibilität im Beruf spiegeln bestehende Geschlechternormen wider. Frauen arbeiten häufiger in schlecht bezahlten Jobs, und Branchen mit überwiegend weiblichen

Beschäftigten bieten seltener flexible Arbeitszeiten. Dadurch sind es oft die Frauen, die ihre Erwerbstätigkeit reduzieren oder ganz aufgeben, um unbezahlte Care-Arbeit zu leisten. Gleichzeitig zeigt sich, dass eine bezahlte Beschäftigung die Entscheidungsbefugnis von Frauen im Haushalt deutlich stärkt. Wenn Frauen jedoch hauptsächlich unbezahlte Care-Arbeit leisten, kann dies zu einem Kreislauf der Benachteiligung führen. Unabhängig von den Ursachen der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung beeinflusst diese auch den Kinderwunsch. Viele Frauen entscheiden sich deshalb dafür, weniger Kinder zu haben, um Beruf und Familie besser in Einklang zu bringen. Auch wenn Frauen sich mehr Kinder wünschen, hindern sie die Betreuungsaufgaben daran, beruflich voranzukommen, eine Vollzeitstelle anzunehmen oder sich weiterzubilden. Männer hingegen sehen sich seltener gezwungen, ihre Karriereplanung auf die Familie abzustimmen. Studien zeigen: Paare, die ihre Haus- und Care-Arbeit gleichberechtigt teilen, bekommen tendenziell mehr Kinder als solche, in denen eine Person – meist die Frau – die gesamte Care-Arbeit übernimmt, während ihr Partner hauptsächlich für das Einkommen sorgt.

Theorien zu Geschlechtergerechtigkeit und Fertilität legen nahe, dass in einkommensstarken Gesellschaften besonders niedrige Geburtenraten bei jenen Frauen auftreten, die unter der „Doppelbelastung“ leiden: Sie arbeiten in einem Job und erledigen gleichzeitig den Großteil der unbezahlten Hausarbeit. Beteiligen sich Männer aktiv am Familienleben, kann das die Geburtenrate wieder steigen lassen.

Gerade durch neue Arbeitsformen wie Homeoffice oder hybride Modelle verändert sich auch das Zusammenspiel von Beruf und Familie. Das

eröffnet neue Möglichkeiten, birgt aber auch Risiken. Denn wenn durch das Homeoffice noch mehr Aufgaben bei den Frauen landen, verstärkt sich die Ungleichheit. Studien zeigen: Wer zuhause arbeitet, bei dem verwischen oft die Grenzen zwischen Arbeit und Familie. Dies kann Konflikte verstärken und Karrieren behindern, besonders bei Frauen. Schlussendlich kann es auch dazu führen, dass sich Frauen gegen weitere Kinder entscheiden.

Mehr Engagement von Vätern

Die gesellschaftlichen Vorstellungen über die Rolle von Vätern wandeln sich langsam, aber spürbar. Wenn Väter sich stärker in Kinderbetreuung und im Haushalt einbringen, entlastet das nicht nur ihre Partnerinnen. Es verändert auch die Familienstruktur insgesamt hin zu mehr Gleichberechtigung und kann einen positiven Einfluss auf die Entscheidung haben, (mehr) Kinder zu bekommen.

Artwork: Stina Persson

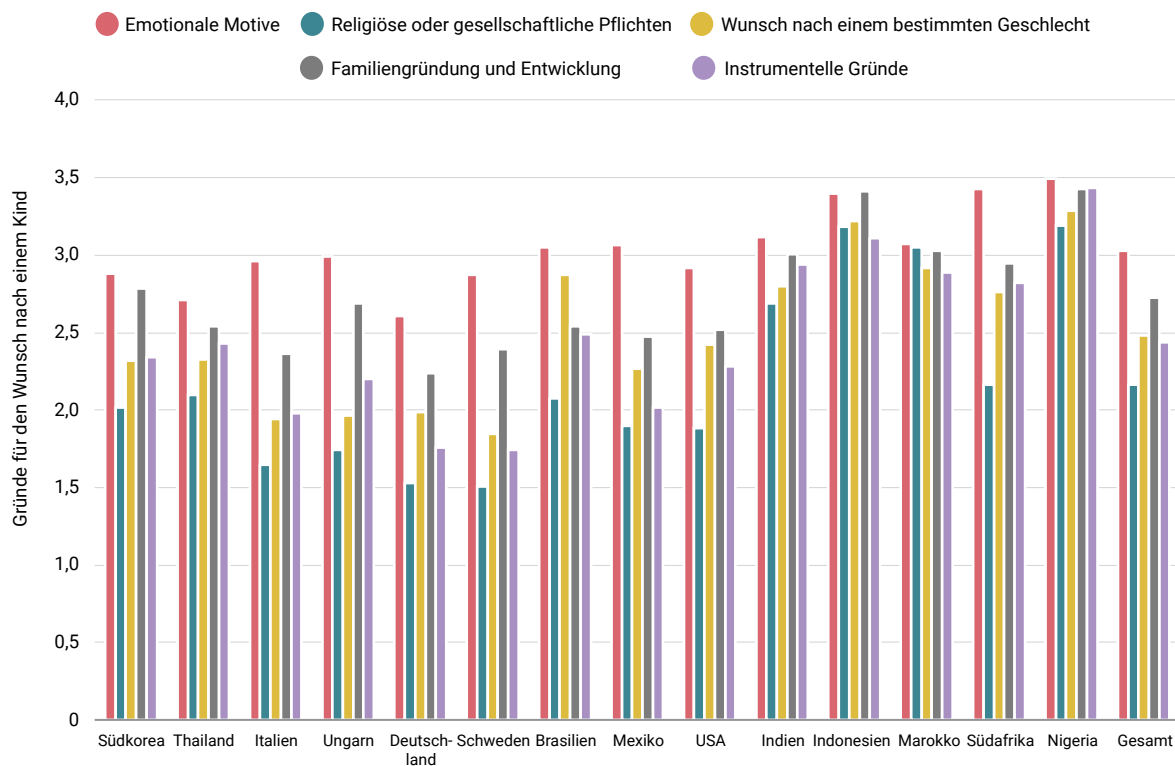


GRAFIK 7

Gründe für den Wunsch nach einem Kind

Die Befragten bewerteten auf einer Skala von 1 bis 5, wie wichtig ihnen verschiedene Gründe für den Wunsch nach einem Kind sind. Diese Gründe wurden in fünf Kategorien eingeteilt:

- 1 Die Kategorie „Emotionale Motive“ umfasst Aussagen wie „Ein Kind bringt mir lebenslange Freude“ und „Ich empfinde Zufriedenheit darin, ein Kind in seiner Entwicklung zu begleiten und es zu unterrichten“.
- 2 Unter „Religiöse oder gesellschaftliche Pflichten“ fallen Gründe wie die Erfüllung religiöser Werte in Bezug auf Familie sowie das Empfinden, ein Kind zu haben sei eine gesellschaftliche Verpflichtung.
- 3 Der „Wunsch nach einem bestimmten Geschlecht“ bezieht sich auf die Präferenz für einen Sohn oder eine Tochter.
- 4 In der Kategorie „Familiengründung und Entwicklung“ wurden Motive wie die Stärkung der Partnerschaft durch ein gemeinsames Kind oder der Wunsch nach einem Geschwisterkind für bereits vorhandene Kinder zusammengefasst.
- 5 Die Kategorie „Instrumentelle Gründe“ beinhaltet Überlegungen wie die Bewahrung des Familiennamens und -vermögens sowie die Hoffnung, im Alter praktische oder wirtschaftliche Unterstützung durch ein Kind zu erhalten.



Anmerkung: Länder aufgeführt nach Fertilität (niedrig bis hoch).

Quelle: UNFPA/YouGov-Umfrage

Gleichzeitig zeigt sich: Viele Männer möchten sich mehr einbringen. In einer Umfrage in 15 Ländern gaben fast 90 Prozent der Männer an, dass sie sich ebenso verantwortlich für die Betreuung ihrer Kinder fühlen wie ihre Partnerin. Männer wie Frauen berichten, dass ihnen das Umsorgen ihrer Kinder Zufriedenheit bringt. Eltern, die mit ihrem eigenen Engagement in der Familie zufrieden sind, stimmen deutlich häufiger der Aussage zu: „Ich bin die Person, die ich immer sein wollte.“ In den meisten Ländern finden über 80 Prozent der Befragten, dass Jungen gezielt ermutigt werden sollten, Care-Arbeit zu erlernen – ein Zeichen dafür, dass sich Vorstellungen von Männlichkeit und Verantwortung verändern.

Warum bekommen Menschen eigentlich Kinder?

Während sich die Rollenbilder von Männern und Frauen im familiären Kontext wandeln, verändern sich auch die Gründe, warum Menschen Kinder bekommen oder eben auch nicht. In Gesellschaften mit hohen Sterblichkeitsraten kann eine höhere Fertilitätsrate eine Methode sein, um sicherzustellen, dass zumindest einige Kinder überleben (auch wenn eine höhere Fertilitätsrate mit höherer Mütter- und Säuglingssterblichkeit einher geht). In Gesellschaften mit niedrigen Sterblichkeitsraten wird eine niedrigere Fertilitätsrate vorteilhafter, wenn mehr in jedes Kind investiert werden soll. In vielen Regionen hängt die gewünschte Kinderzahl auch davon ab, welche Unterstützung Eltern im Alter erwarten können. Wenn soziale Sicherungssysteme schwach sind und sogar Kinderarbeit zum Haushaltseinkommen beiträgt, entscheiden sich Paare tendenziell für größere Familien. Andererseits kann der hohe

Aufwand, Kindern ein gutes Leben zu ermöglichen, den Wunsch nach weniger Nachwuchs verstärken.

Diese Sichtweise legt nahe, dass der Hauptgrund, ein Kind zu bekommen, vor allem praktisch ist. Dabei gibt es viele weitere Gründe, ein Kind zu bekommen oder darauf zu verzichten. In Ländern wie Indonesien und Nigeria spielen der Erhalt des Familiennamens und Vermögens für kommende Generationen sowie die Unterstützung der Eltern im Alter eine große Rolle. In Indonesien, Marokko und Nigeria gaben Befragte auch religiöse und gesellschaftliche Verpflichtungen als wichtige Gründe für den Kinderwunsch an. Im Vergleich dazu wurden religiöse und soziale Verpflichtungen in Deutschland und Schweden als weniger wichtig angesehen.

Was aber weltweit auffällt: In allen Ländern steht die Freude am Kind ganz oben. Die emotionale Bereicherung, die das Aufwachsen und Begleiten eines Kindes mit sich bringt, ist für viele der wichtigste Grund, Eltern zu werden. Gleichzeitig zeigt sich auch: Die enormen Anforderungen an Zeit, Energie und finanzielle Mittel sind ein zentraler Faktor, gegen den der Kinderwunsch abgewogen wird.

Die Anforderungen an Eltern steigen

Das gilt nicht nur im Hinblick auf die ungleiche Verteilung zwischen Müttern und Vätern, sondern generell für beide Elternteile. Diese Entwicklung lässt sich auch als Fortschritt verstehen: Eltern sind sich heute mehr denn je der Bedeutung der emotionalen und kognitiven frühkindlichen

Die Großeltern springen ein

Als Carina Persson zum ersten Mal hörte, dass sie die Elternzeit ihrer Tochter übernehmen könne, war das wie ein unerwartetes Geschenk. „Es gibt mir die Möglichkeit, wertvolle Zeit mit meinem Enkel zu verbringen, nur wir zwei. Zugleich ist es ein gutes Gefühl, meine Tochter und ihren Mann entlasten zu können. Beide arbeiten Vollzeit“, sagt sie.

Carina Persson, leitende Beraterin im öffentlichen Dienst, gehört zu einer wachsenden Zahl schwedischer Großeltern, die von einem neuen Gesetz aus dem Jahr 2024 profitieren. Dieses erlaubt Eltern, bis zu 90 Tage bezahlte Elternzeit auf enge Angehörige zu übertragen – darunter auch Großeltern oder sogar Nicht-Verwandte. Bei Paaren kann jedes Elternteil bis zu 45 Tage abgeben, alleinstehende Mütter oder Väter sogar die vollen 90 Tage. Für berufstätige Eltern bedeutet das deutlich mehr Flexibilität. Carina Persson konnte so eine Auszeit von ihrer Arbeit nehmen. 80 Prozent ihres Gehalts übernimmt die schwedische Sozialversicherungsbehörde.

Ein System, das auf Flexibilität und Gleichberechtigung setzt

Fortschrittliche Familienpolitik hat in Schweden Tradition. Das Land fördert seit Langem Gleichstellung der Geschlechter und unterstützt vielfältige Familienformen. Mit bis zu 480 Tagen bezahltem Elternurlaub pro Kind gehört Schweden weltweit zu den großzügigsten Ländern in diesem Bereich.

Trude Warner ist Analystin bei der schwedischen Sozialversicherung. Sie hat einen Zwischenbericht zur neuen Regelung verfasst und sagt, die Bedürfnisse bei der Kinderbetreuung hätten sich verändert. „Ein Ziel der Reform war es, dass auch verschiedene Familienkonstellationen von den Leistungen profitieren können. Und das scheint zumindest bei Alleinerziehenden gelungen zu sein. Sie gehören überdurchschnittlich oft zu den Nutzenden.“

Der Bericht zeigt, dass die meisten der übertragenen Elternzeittage an Großeltern gehen – besonders häufig an Großmütter mütterlicherseits. Die Entscheidung liegt jedoch bei den Eltern. „Das Gesetz

schreibt niemandem vor, wie er oder sie die Regelung nutzen soll. Es schafft lediglich Möglichkeiten“, sagt Trude Warner.

Viele Familien, vor allem Alleinerziehende, begrüßen das Gesetz. Auch die schwedische Wirtschaft, die bereits auf flexible Arbeitsmodelle und familienfreundliche Politik eingestellt ist, hat sich problemlos angepasst. „Mein Arbeitgeber hat mich sehr unterstützt“, sagt Carina Persson. „Bis jetzt gab es keinerlei Schwierigkeiten.“

Ein nordischer Weg zur Familienförderung

Schwedens jüngste Reform reiht sich in eine nordische Tradition familienfreundlicher Politik ein. In Norwegen erhalten Eltern zum Beispiel zwölf Monate Elternzeit, mit festen Quoten für beide Partner, um die Betreuung gleichmäßig aufzuteilen. In Island garantiert ein Gesetz aus dem Jahr 2000 beiden Elternteilen jeweils drei Monate bezahlte Elternzeit. Weitere drei Monate können sie frei untereinander aufteilen. Das hat die Beteiligung



© Mathilda Persson

von Vätern an der Kinderbetreuung deutlich erhöht. In Dänemark wurde 2024 zudem die kostenlose Kinderwunschbehandlung auch auf Zweitkinder ausgeweitet.

Zudem sind die nordischen Länder bekannt für ihre kostengünstige Kinderbetreuung. Das ermöglicht es beiden Elternteilen, berufstätig zu sein, ohne dass die Betreuung zur finanziellen Belastung wird – ein wichtiger Grund dafür, dass mehr Frauen in diesen Ländern erwerbstätig bleiben.

Blick in die Zukunft

Wie viele europäische Länder kämpft auch Schweden mit sinkenden Geburtenraten. Die Hoffnung der Politik ist, dass Initiativen wie die hier beschriebene das Familienleben erleichtern. Tatsächlich zeigen Erfahrungen: Länder mit langer Tradition niedriger Geburtenraten, die zugleich in Familienförderung investieren und bei der Gleichstellung der Geschlechter Fortschritte gemacht haben – etwa Frankreich, Norwegen oder Schweden – weisen meist höhere Geburtenraten auf als andere vergleichbare Länder.

Aktuell jedenfalls nutzen Familien wie die von Carina Persson die neuen Möglichkeiten. „Es ist ein großes Privileg, Zeit mit meinem Enkel verbringen zu können“, sagt sie. Diese Reform erkennt an, dass moderne Familien nicht allein von Eltern getragen werden. Indem Angehörige einbezogen werden, spiegelt das System die Realität von heute wider – und trägt zu einer fortschrittlichen Familienplanung bei.

Förderung bewusst, was dazu führt, dass sie mehr Zeit und Energie in die Erziehung ihrer Kinder investieren. Doch dieser gestiegene Anspruch wird selten durch Entlastung an anderer Stelle ausgeglichen. In Europa und den USA zum Beispiel hat sich die Zeit, die Mütter mit ihren Kindern verbringen, deutlich erhöht, obwohl ihre Erwerbsbeteiligung ebenfalls zugenommen hat. Diese Intensivierung der Elternrolle belastet zunehmend die psychische Gesundheit von Eltern weltweit, nicht nur im Globalen Norden.

Zwar sagen neun von zehn Eltern, dass die Betreuung ihrer Kinder zu den erfüllendsten Aspekten ihres Lebens gehört. Doch nicht immer überwiegt diese Freude die Belastung. Besonders spürbar wird das bei denjenigen, die keine Unterstützung haben: 17 Prozent der Eltern geben an, komplett allein für die Betreuung ihrer Kinder verantwortlich zu sein. In dieser Gruppe sagen rund 29 Prozent der Väter und 32 Prozent der Mütter, dass Kindererziehung eher erschöpfend als erfüllend sei.

Solche Erfahrungen können sich auf Fertilitätsraten auswirken. Studien zeigen, dass Frauen, die in großen Familien aufgewachsen sind, weniger Kinder bekommen wollen, weil sie die Belastung durch Pflege- und Erziehungsarbeit aus eigener Erfahrung kennen. In Ländern mit stark wettbewerbsorientierten Bildungssystemen sagen Eltern, dass sie so viel in den schulischen Erfolg ihrer Kinder investieren müssen, dass sie sich gegen weitere Kinder entscheiden.

Der Bedarf an Unterstützung bei der Kinderbetreuung hat klare politische Implikationen, aber auch soziale Dimensionen: Selbst in Familien mit zwei engagierten Elternteilen kann moderne Elternschaft überfordern – insbesondere, wenn

wirtschaftliche Unsicherheit hinzukommt. Politische Maßnahmen sollten also darauf abzielen, diese Belastungen gezielt zu reduzieren und Eltern zu unterstützen.

Kinderlos aus Überzeugung

Die veränderten gesellschaftlichen Normen und Motive für Familiengründung spiegeln sich auch in der wachsenden Zahl von Menschen wider, die sich bewusst gegen Kinder entscheiden. Diese Lebensentscheidung findet zunehmend gesellschaftliche Akzeptanz. Dennoch erleben Frauen und Männer, die sich gegen Kinder entscheiden, weiterhin erheblichen sozialen Druck. Sie sehen sich Erwartungen aus dem familiären oder kulturellen Umfeld ausgesetzt und werden häufig als egoistisch, unreif oder unnatürlich abgestempelt.

Die Gründe für eine bewusste Kinderlosigkeit sind vielfältig und nicht zwangsläufig Ausdruck einer Abneigung gegenüber Kindern. Viele Frauen führen traditionelle Vorstellungen von Mutterschaft und ungleiche Geschlechternormen als ausschlaggebend an. Andere nennen Sorgen über die Zukunft – etwa den Zustand des Planeten – als entscheidenden Beweggrund. Diese Aspekte werfen die Frage auf, inwiefern es sich tatsächlich immer um eine freie Entscheidung handelt. Wenn Menschen ihre Kinderwünsche verwirklichen könnten, ohne Angst vor negativen Auswirkungen auf Umwelt, Karriere oder Lebensqualität, würden sie sich dann noch immer gegen Kinder entscheiden?

Gleichzeitig gibt es viele, die schon früh wissen, dass sie keine Eltern werden möchten. Und Studien zeigen, dass Frauen, die sich bewusst gegen Kinder entscheiden, meist auch später ihre

Entscheidung nicht bereuen (allerdings ist die Forschungslage hierzu noch begrenzt und stammt vorwiegend aus Europa und des USA).

In einigen Ländern steigt der Anteil junger Menschen, die sagen, dass sie nie Kinder haben möchten. Kulturelle Normen, die kleine Familien oder Kinderlosigkeit begünstigen, scheinen sich dort zu festigen. Es wird vermutet, dass anhaltend niedrige Geburtenraten langfristig zu einem gesellschaftlichen Wertewandel führen – hin zu einem Ideal kleiner oder gar keiner Familie. In Südkorea, dem Land mit der weltweit niedrigsten Geburtenrate, sind „kinderfreie Zonen“ in Restaurants oder öffentlichen Einrichtungen keine Seltenheit. Diese Regelungen bedeuten, dass Betreuende – in der Regel Frauen – solche Orte meiden müssen, was wiederum ihre Entscheidung gegen Kinder verstärken kann.

Klar ist jedoch: Die Entscheidung, auf Elternschaft zu verzichten, ist eng mit reproduktiver Selbstbestimmung verknüpft und Elternschaft unter Zwang schadet Individuen und Familien. Versuche, die reproduktive Entscheidungsfreiheit einzuschränken, sind oft wirkungslos oder sogar kontraproduktiv.

Familienstruktur und Kinderwunsch

Die Art, wie Familien aufgebaut sind – ob als Kernfamilie, Großfamilie oder Patchworkfamilie – hat einen deutlichen Einfluss auf den Kinderwunsch. Dennoch scheuen sich viele politisch Verantwortliche davor, die realen, vielfältigen Familienkonstellationen zu berücksichtigen – oft aus Angst vor ideologischen Auseinandersetzungen darüber, was überhaupt als „Familie“ gilt.

Dabei ist es wichtig anzuerkennen, dass Familienformen schon immer vielfältig waren und es weiterhin sind. Ein zentraler Grund, die Unterschiede in Familienzusammensetzungen zu beachten, liegt in der Tatsache, dass einige Familienstrukturen, etwa von Alleinerziehenden, minderjährigen Haushaltsvorständen, Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen oder Mehrgenerationenhaushalte, besonders anfällig für Armut und soziale Ausgrenzung sind.

Kinderwünsche und die Fähigkeit, Entscheidungen über Kinderzahl und -zeitpunkt zu treffen, werden wesentlich durch das familiäre Umfeld beeinflusst – etwa durch das Maß an Unterstützung, das verschiedenen Familienformen zur Verfügung steht. In Zwei-Eltern-Kernfamilien liegt die Betreuungs- und Haushaltsverantwortung oft vollständig bei den Eltern. Das kann den Kinderwunsch in Richtung kleinerer Familien mit mehr Zeit und mehr Geld pro Kind verschieben.

In Ländern mit niedrigem Einkommen fehlen häufig umfassende staatliche Betreuungsangebote. Die Folge ist eine stärkere Abhängigkeit von Familienmitgliedern bei der Kinderbetreuung. Tatsächlich lebt weltweit die größte Bevölkerungsgruppe in erweiterten Familienstrukturen – etwa 38 Prozent aller Menschen. In solchen Mehrgenerationen-Haushalten kann die Betreuung gemeinschaftlich erfolgen, was größere Familien begründet, da Kinder als „Beitrag zum Haushalt“ gesehen werden.

Entscheidend sind also politische Maßnahmen, die anerkennen, dass es unterschiedliche Wege gibt, wie Familien ihre Kinderbetreuung organisieren und Eltern unterstützen. Einige Strukturen, wie Mehrgenerationenhaushalte, können zwar zusätzliche Unterstützung bieten, bringen aber

auch komplexere Bedürfnisse mit sich, beispielsweise durch Pflegeverantwortung gegenüber älteren Angehörigen. Andere Konstellationen wie Haushalte, die allein von Frauen geführt werden, sind einem besonderen Armutsrisiko ausgesetzt.

Partnerschaftsnormen und die „Epidemie der Einsamkeit“

Viel wird derzeit über die Abnahme von Partnerschaften, die sinkende Anzahl von Ehen und eine wachsende „Epidemie der Einsamkeit“ gesprochen – kulturelle und soziale Entwicklungen, die oft mit rückläufigem Kinderwunsch in Verbindung gebracht werden. Dabei handelt es sich um eine Vermischung eigenständiger Phänomene. So nimmt etwa das Zusammenleben ohne Trauschein zu. In Ländern der OECD finden mittlerweile 42 Prozent der Geburten außerhalb der Ehe statt.

In Ostasien hingegen, wo Ehe und Elternschaft eng miteinander verknüpft sind, gehen sinkende Heiratsraten mit niedrigen Geburtenraten einher. In Japan liegt die Kinderzahl von verheirateten Paaren bei rund zwei Kindern, während Geburten außerhalb der Ehe selten sind. Andere Regionen verzeichnen hingegen einen Anstieg von Singles. In der Europäischen Union ist die Zahl der Ein-Personen-Haushalte ohne Kinder zwischen 2013 und 2023 um 21 Prozent gestiegen.

Oft werden Frauen dafür verantwortlich gemacht, sich bewusst gegen Ehe oder Partnerschaft zu entscheiden. Andere beschuldigen junge Menschen generell beim Erwachsenwerden zu „versagen“. Die Realität ist jedoch komplexer und sollte frei von Schuldzuweisungen sein. Auf der einen Seite

beeinflussen wandelnde Geschlechternormen weltweit das Heiratsverhalten und die Ablehnung konventioneller Familienmodelle führt zu mehr Singlehaushalten und späterer Familiengründung. Auf der anderen Seite aber berichten viele Männer und Frauen, dass ihr Singledasein keine bewusste Entscheidung war. Forschung aus Japan zeigt zum Beispiel, dass viele Erwachsene sich in einem Schwebezustand befinden – ohne klare Motivation, zu heiraten oder bewusst Single zu bleiben. Einige äußern durchaus den Wunsch zu heiraten, es habe sich nur schlichtweg noch nicht ergeben. Nur eine Minderheit lehnt eine Partnerschaft aktiv ab.

Hier ist es dringend geboten, für eine gerechte Gestaltung von Arbeitswelt und Familienpolitik zu sorgen – besonders angesichts der Stimmen, die fälschlich die Bildung von Frauen für sinkende Geburtenraten verantwortlich machen.

Warum finden Menschen keine langfristigen Partnerschaften? In vielen Ländern haben alleinstehende Erwachsene, insbesondere Männer, häufiger ein geringes Einkommen und einen niedrigen Bildungsstand. Oft wird angenommen, dass eine bessere Bildung und wirtschaftliche Unabhängigkeit von Frauen zu höheren Single-Raten bei weniger gebildeten Männern und hochgebildeten Frauen führt. Dafür gibt es durchaus Anhaltspunkte.

Wichtig ist jedoch, dass die Bildungserfolge und die gesellschaftliche Teilhabe von Frauen nicht als Bedrohung für die Fertilität missverstanden werden, denn gerade anhaltende Geschlechterungleichheiten tragen maßgeblich dazu bei, dass es seltener oder später zu Partnerschaften kommt. Wenn Männer nur als Ernährer und Frauen nur als Mütter oder Haushaltskräfte wahrgenommen

werden, dann wird es auch schwieriger, Partnerschaften auf Augenhöhe zu gestalten.

Mit anderen Worten: Wenn die Selbstbestimmung von Frauen wächst, die Gleichstellung aber nicht Schritt hält, ist lebenslange Single-Existenz wahrscheinlicher. Frauen benötigen nicht länger eine Ehe zur wirtschaftlichen Absicherung – zumindest nicht überall. Der Rückgang der Zahl der Partnerschaften in einigen Ländern lässt sich auch damit erklären, dass die Erwartungen an die Geschlechterrollen sich bei jungen Frauen deutlich schneller als bei jungen Männern verändern. Für junge Frauen ist Gleichstellung weitaus wichtiger als für ältere Frauen – etwa bei Machtverhältnissen in Beziehungen, der Arbeitsteilung im Haushalt oder dem Umgang mit Gewalt. Junge Männer hingegen zeigen kaum Unterschiede im Vergleich zu älteren Männern.

Tatsächlich stimmen die Einstellungen der jüngsten Männergeneration oft eher mit denen der ältesten überein. Männer in ihren frühen Dreißigern haben laut Studien tendenziell die egalitärsten Einstellungen. Eine mögliche Erklärung: Jüngere Männer sind besonders häufig mit antifeministischen Botschaften konfrontiert – vor allem online. Viele von ihnen haben noch keine Beziehungserfahrung gesammelt und orientieren sich an idealisierten oder gar fehlerhaften Vorstellungen über Partnerschaft.

Da Alleinerziehende in vielen Teilen der Welt gesellschaftlich benachteiligt sind, wirkt sich der Rückgang von Partnerschaften spürbar auf die Kinderwünsche aus. Rund 14 Prozent der Befragten, die Kinder haben möchten, gaben an, dass sie wahrscheinlich weniger Kinder bekommen oder bekommen haben als sie sich wünschen – schlicht weil sie keine passende Partnerschaft haben.

Bildung und Fertilität

In der Region südlich der Sahara verzögert ein höherer Bildungsstand bei Frauen deren Schwangerschaft. Insgesamt führt Bildung zu niedrigeren Kinderzahlen, insbesondere in Gesellschaften, in denen es an verlässlicher staatlicher Unterstützung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf mangelt. Zwar variiert der Zusammenhang zwischen Bildung und Fertilität je nach Kontext, doch Studien zeigen: Frauen, die sich für eine länger andauernde Ausbildung und berufliche Laufbahnen entscheiden, stehen vor der Herausforderung, ihre beruflichen Ziele mit ihren Vorstellungen zur Familiengründung in Einklang zu bringen. Interessanterweise zeigt sich in Ländern mit einer niedrigeren Geburtenrate ein scheinbares Paradox: Hochgebildete Frauen äußern häufig den Wunsch nach mehr Kindern als Frauen mit geringerem Bildungsstand, aber erreichen ihre gewünschte Kinderzahl seltener. Der Grund: Sie beginnen später mit der Familiengründung und stellen zunächst ihre berufliche Entwicklung voran. Dies führt dann letztlich zu weniger Geburten, selbst wenn ursprünglich mehr Kinder gewünscht waren. Eine Ursache für die Kluft zwischen gewünschter und tatsächlicher Kinderzahl sind unzureichende politische Maßnahmen, die es Frauen erschweren, Beruf und Familie miteinander zu vereinbaren.

Nigerias Angebot von Familienplanungsdiensten hilft Paaren, ihre Kinderwünsche zu verwirklichen

Mehr als jede zehnte Frau und jeder zehnte Mann in Nigeria haben mehr Kinder, als sie sich eigentlich wünschen. Meist sind sozialer Druck oder ein eingeschränkter Zugang zu Verhütungsmitteln die Hauptgründe, dass Menschen mehr Kinder bekommen, als sie geplant hatten.

In einigen der ärmsten Gemeinden der nigerianischen Hauptstadt Abuja setzen sich Fachkräfte aktiv dafür ein, dass Frauen die Verhütungsmethode ihrer Wahl erhalten und so ihr Recht auf eine selbstbestimmte Familienplanung wahrnehmen können.

„Ich habe drei Kinder“, sagt Hawa. Nach der Geburt ihres zweiten Kindes nahm sie die Antibabypille, vergaß aber einige Intervalle und wurde daraufhin erneut schwanger. „Eigentlich wollte mein Mann nur zwei Kinder. Jetzt ist für uns Schluss“, sagt sie. Heute nutzt sie ein injizierbares Verhütungsmittel, das sie in der Familienplanungsstelle des Kuje General Hospital erhält.

Talatu Yakubu, Gesundheitsfachkraft in diesem Krankenhaus, berichtet, dass das Angebot für Familienplanung in Abuja und im ganzen Land wächst. „Jede Gemeinde hat inzwischen ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik mit Personal, das in Familienplanung geschult ist“, sagt sie.

Allerdings, so Yakubu weiter, wünschen sich zwar viele Frauen eine Schwangerschaft zu verhindern oder aufzuschieben, nutzen aber keine moderne Verhütungsmethode – entweder, weil sie unsicher sind, wie man diese richtig anwendet, oder weil ihre Partner es ihnen verbieten. In Nigeria verwenden rund 16 Prozent aller Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren eine moderne Verhütungsmethode. Zum Vergleich: Der globale Durchschnitt liegt bei 44 Prozent.

„Es gibt viele falsche Vorstellungen“, sagt Yakubu. Manche Frauen glauben etwa, dass eine Dreimonatsspritze zur dauerhaften Unfruchtbarkeit führen könne. Andere meinten, dass man mit der Familienplanung erst nach dem dritten oder vierten Kind beginnen dürfe.

Yakubu betont, dass auch die Männer Teil der Lösung sein müssen: „Sie sollten gemeinsam mit ihren Frauen zur Beratung kommen.“ Wenn sie dann ihr Wissen mit anderen Männern teilen, könne das die Wirkung verstärken. „Wissen ist Macht und wer Bescheid weiß, kann schnell handeln.“

Im Durchschnitt bekommen Frauen in Nigeria fünf Kinder, viele würden jedoch lieber nur zwei haben. Anbieter von Familienplanungsdiensten müssten deshalb stärker in Gemeinden und religiösen Einrichtungen über Verhütung informieren, sagt Yakubu: „Einige Glaubensgemeinschaften bezeichnen Verhütung als etwas Böses. Aufklärungsarbeit bei ihnen ist entscheidend für die Akzeptanz.“

© Adewole Ajao



Gewalt, Zwang und Kinderwünsche

Geschlechtsspezifische Gewalt – ob im häuslichen Umfeld oder außerhalb – hat tiefgreifenden Einfluss auf die Familienplanung von Frauen. Ganz gleich, ob sie von Partnern, Familienmitgliedern, der Gemeinschaft, medizinischem Personal oder sogar vom Staat ausgeht: Gewalt gegen Frauen – insbesondere reproduktive Gewalt – schränkt ihre Fähigkeit ein, selbstbestimmt über ihre Fertilität zu entscheiden.

Gewalt in einer Partnerschaft steht in direktem Zusammenhang mit einer höheren Zahl unbeabsichtigter Schwangerschaften und geringerer Nutzung von Verhütungsmitteln. Frauen, die körperliche, emotionale, sexuelle oder psychische Gewalt erfahren, haben oft weniger Autonomie und Entscheidungsfreiheit. Häufig fühlen sie sich aus Angst vor weiteren Übergriffen gezwungen, sich den Wünschen ihres Partners zu beugen – auch im Hinblick auf Kinder. Reproduktiver Zwang ist eine Form der Gewalt, bei der Partner oder Familienmitglieder Macht und Kontrolle über Frauen und Mädchen ausüben. Sie verweigern Verhütung, zwingen sie zu Schwangerschaften oder nehmen ihnen das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche. Zudem schaffen gewalttätige Beziehungen instabile Lebensumstände, die Entscheidungen über Kinderwünsche und Familienplanung zusätzlich erschweren.

Geschlechtsspezifische Gewalt kann auch dazu führen, dass Menschen keine Partnerschaft eingehen. Dies trägt wiederum dazu bei, dass ein Kinderwunsch womöglich unerfüllt bleibt. Digitale Gewalt, wie Online-Belästigung, Cyberstalking oder die Verbreitung intimer Bilder, schreckt viele Frauen davon ab, sich in digitalen

Räumen zu bewegen. Doch genau dort entstehen heute viele soziale Netzwerke und Partnerschaften. Ein Großteil von Frauen berichtet, dass sie auf Dating-Plattformen mit Belästigungen und Gewaltandrohungen konfrontiert wurden.

Auch gesellschaftliche Normen können auf subtile Weise einen reproduktiven Zwang ausüben. In vielen Gesellschaften südlich der Sahara wird von Frauen erwartet, viele Kinder zu bekommen, als Zeichen ihres Wertes. In Ländern wie Indien führt die Bevorzugung von Söhnen häufig zu Zwang und Druck, so lange Kinder zu bekommen, bis ein männlicher Nachkomme geboren wird.

Auch medizinisches Fachpersonal kann Druck auf Frauen ausüben, weniger Kinder als gewünscht zu bekommen. Fünf Prozent der Befragten gaben an, dass solcher Druck bereits dazu geführt habe oder in Zukunft dazu führen könnte, dass sie ihr Wunschkind nicht bekommen. Besonders ausgeprägt ist dieses Phänomen in Indien: Dort nannten 14 Prozent der Befragten den Einfluss von medizinischem Personal als Grund dafür, dass sie ihre Familienplanung nicht umsetzen konnten.

Benachteiligte und marginalisierte Gruppen – ethnische Minderheiten, wirtschaftlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Menschen, die aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität diskriminiert werden sowie Menschen mit Behinderungen – sind besonders stark von sexualisierter Gewalt und reproduktivem Zwang betroffen. LGBTQIA+-Personen und Menschen mit Behinderungen erleben nicht nur häufiger sexualisierter Übergriffe und Barrieren beim Zugang zu Verhütung, sondern sehen sich auch in Gesundheitseinrichtungen mit Stigmatisierung konfrontiert. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit unbeabsichtigter

Schwangerschaften. Obwohl ihnen gleichzeitig der Zugang zu künstlicher Befruchtung oder Adoption verwehrt wird, was wiederum ihre Möglichkeiten einschränkt, Kinder zu bekommen.

Eine Krise der Männlichkeit und die Dividende der Gleichstellung

In einer Zeit, in der in vielen Ländern die Fortschritte in Sachen Gleichstellung zurückgedreht werden, wird auch das Verständnis von Männlichkeit zunehmend politisiert und instrumentalisiert. Dies geschieht nicht zuletzt deshalb, weil es bislang versäumt wurde, Männer und Jungen systematisch in die Gleichstellung einzubeziehen. Dabei profitieren nicht nur Frauen und Mädchen von echter Gleichstellung, sondern auch Männer.

Beispielsweise beobachten OECD-Staaten seit Jahrzehnten eine wachsende Bildungslücke zwischen Jungen und Mädchen. In 75 Prozent der Länder mit mittlerem Einkommen und 95 Prozent der Länder mit hohem Einkommen sind heute mehr Frauen als Männer an Hochschulen eingeschrieben. Auch bei den Abschlüssen liegen Frauen klar vorne. Allerdings betrifft diese Bildungslücke nicht alle Jungen gleichermaßen: Besonders benachteiligt sind Jungen aus armutsbetroffenen oder diskriminierten Gruppen. Ein Grund dafür ist, dass gesellschaftliche Normen die Bildung von Jungen aus einkommensschwachen Familien abwerten, während gleichzeitig in vielen Ländern Arbeitsplätze ohne Bildungsanforderungen nach wie vor zwar für Männer verfügbar sind, für Frauen aber nicht.

Konventionelle Geschlechternormen halten Männer davon ab, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern. Das zeigt sich in zahlreichen Bereichen sexueller und reproduktiver Gesundheit bis hin zu psychischer Gesundheit. Weltweit sind Männer 2,3-mal häufiger von Suizid betroffen als Frauen. Sie sterben viermal häufiger durch Tötungsdelikte und begehen neunmal häufiger selbst Tötungsdelikte. Mehr Geschlechtergerechtigkeit für alle Menschen würde Gewalt und gesundheitliche Vernachlässigung als Ausdruck von Männlichkeit ein Ende setzen. Sie würde Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt, im Bildungssystem und in der Verteilung von Care-Arbeit beenden und allen Menschen ein selbstbestimmteres Leben ermöglichen.

Männer, die in einem Land mit höherer Geschlechtergleichstellung leben, sind gesünder, haben ein halb so hohes Risiko an Depressionen zu erkranken, eine geringere Suizidwahrscheinlichkeit und ein um 40 Prozent geringeres Risiko, gewaltsam zu Tode zu kommen. Diese positiven Auswirkungen werden oft als „Dividende der Geschlechtergerechtigkeit“ bezeichnet. Männer profitieren von gleichberechtigten Partnerschaften und Arbeitsumgebungen, die ihnen ermöglichen, aktiv Vater zu sein und Fürsorgearbeit zu übernehmen. Forschende sehen darin Potenzial, um in Ländern mit hohem Einkommen und niedriger Geburtenrate die Fertilität zu stabilisieren oder sogar zu erhöhen.

Gleichstellung kann jedoch nicht allein durch gesetzliche Regelungen erreicht werden. Notwendig ist auch ein gesellschaftlicher Wandel hin zu einer gemeinsamen Wertegrundlage wie sie in internationalen Vereinbarungen festgeschrieben ist: die Gleichstellung der Geschlechter, das Ende aller Diskriminierung und die Verwirklichung von Würde und Rechten für alle.

Stigmatisierung und Behandlung von Unfruchtbarkeit in Afrika südlich der Sahara

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Afrika südlich der Sahara im Vergleich zu anderen Weltregionen die höchste Unfruchtbarkeitsrate. Paradoxiertweise ist die Geburtenrate in dieser Region ebenfalls die höchste weltweit. Doch dass hohe Fertilität und hohe Infertilität gleichzeitig auftreten, ist kein Widerspruch. Beide Phänomene haben oft dieselben Ursachen: unzureichender Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung sowie fehlende Informationen über Verhütung.

Die Verhütungsrate in Afrika liegt mit 25,4 Prozent deutlich unter dem globalen Durchschnitt von 65 Prozent – auch deshalb, weil viele Menschen glauben, dass Verhütungsmittel Unfruchtbarkeit verursachen können. Gleichzeitig zeigen langjährige Daten, dass Infektionen des Genitaltrakts bei Männern und Frauen zu den Hauptursachen für Unfruchtbarkeit zählen.

Forschende weisen seit Jahren darauf hin, dass Bevölkerungspolitiken und Programme in Afrika zu stark auf die Kontrolle der Fertilität fokussiert sind, während das Problem der Unfruchtbarkeit weitgehend ausgeblendet wird. Dabei wäre der Fokus auf Prävention – etwa durch die Vermeidung von sexuell übertragbaren Erkrankungen, Infektionen nach Geburten oder Schwangerschaftsabbrüchen – ein wirksamer Weg, die Häufigkeit von Unfruchtbarkeit langfristig zu senken.

Infertilität ist in vielen Ländern Afrikas der häufigste Grund für gynäkologische Behandlungen.

Dennoch fehlt es an einem präventiven Ansatz. Stattdessen liegt der Fokus oft auf teuren und technisch aufwendigen In-Vitro-Fertilisationen (IVF) oder Embryotransfers. In Angesicht oft schwacher Gesundheitssysteme und begrenzter Ressourcen bleibt der Mehrheit betroffener Paare der Zugang zu entsprechenden Behandlungen verwehrt: Weniger als zwei Prozent erhalten eine wirksame Versorgung. Das stellt eine massive soziale Ungerechtigkeit dar, denn die Ausgrenzung trifft vor allem einkommensschwache Paare.

Die Konsequenz liegt auf der Hand: Viele Paare verschieben eine Behandlung so lange, bis sie das Ende ihres reproduktiven Lebens erreicht haben und bleiben letztlich ungewollt kinderlos. Die sozialen Folgen sind gravierend, insbesondere für Frauen. Denn auch wenn Unfruchtbarkeit beide Geschlechter betreffen kann, leiden Frauen deutlich stärker unter gesellschaftlicher Ächtung. In vielen Fällen führt Unfruchtbarkeit bei einer Frau zu Ausgrenzung, häuslicher Gewalt, Scheidung oder sogar zur völligen Isolation in einer Gemeinschaft.

Eine Bevölkerungspolitik, die in Afrika südlich der Sahara sowohl die Prävention als auch die Behandlung von Fertilitätsproblemen gleichermaßen ernst nimmt, wäre deutlich wirksamer als der bisherige einseitige Fokus auf die Verhinderung unbeabsichtigter Schwangerschaften.

Textbeitrag von Dr. Friday Okonofua, emeritierter Professor für Gynäkologie und Reproduktive Gesundheit an der Universität Benin, Nigeria.

Glaubt den Frauen: Was in der Familienplanung wirklich zählt

Seit Jahrzehnten dominieren drei zentrale Kennzahlen die globale Familienplanung: die Verbreitung moderner Verhütungsmethoden („modern contraceptive prevalence rate“, mCPR), der ungedeckte Bedarf an Verhütung („unmet need“) und der Prozentsatz der gedeckten Nachfrage („demand satisfied“), der sich aus den ersten beiden Werten berechnet. Diese Indikatoren werden weltweit von Regierungen, Geldgebenden und globalen Gesundheitsorganisationen genutzt, um Fortschritte zu messen und politische Ziele zu setzen. Doch diese Messgrößen geben nur unzureichend wieder, was Frauen wirklich wollen und brauchen.

Vor allem die mCPR misst lediglich, wie viele Frauen moderne Verhütungsmethoden anwenden, nicht aber, ob sie das freiwillig tun, ob sie eine echte Auswahl haben oder ob sie Zugang zu ihrer bevorzugten Methode haben. Auch der „ungedekter Bedarf“ basiert nicht auf der direkten Befragung der Frauen, sondern auf Algorithmen, die Faktoren wie Ehestatus, Kinderwunsch und Fertilität einbeziehen. Der Wert für gedeckte Nachfrage unterstellt schlussendlich, wer Verhütung „brauchen“ sollte, ohne direkt zu erfragen, ob Frauen mit ihrer Situation zufrieden sind.

Diese Kennzahlen basieren auf Annahmen über sehr persönliche und stets im Wandel befindliche Entscheidungen. Dadurch können sie die tatsächlichen Bedürfnisse von Frauen verzerren, die Nachfrage überschätzen und sogar unbeabsichtigt zu einer Bevormundung beitragen.

Eine bessere Herangehensweise beginnt mit der einfachen Frage: „Möchten Sie in naher Zukunft Verhütung anwenden?“

Wenn sich Programme zur Familienplanung an der tatsächlichen Absicht der Frauen orientieren, lassen sich Mittel auch gezielter einsetzen. Wer klar äußert, in den nächsten zwölf Monaten Verhütung nutzen zu wollen, kann dementsprechend unterstützt werden. Die Herangehensweise „Intent to Use“ (ITU), also die Absicht zur Nutzung, hilft nicht nur, Programme bedarfsgerechter zu gestalten, sondern zeigt auch, ob Frauen ihre Pläne später in die Tat umsetzen konnten.

Was das Konzept ITU zeigt:

- **Absicht führt zum Handeln:** Frauen, die angaben, innerhalb eines Jahres Verhütung einsetzen zu wollen, taten dies deutlich häufiger als jene, die nach herkömmlichen Maßstäben als „ungedeckter Bedarf“ klassifiziert wurden.
- **„Ungedeckter Bedarf“ liegt oft daneben:** Rund 25 Prozent der Frauen wurden nach herkömmlichen Methoden falsch eingeordnet. Manche galten als bedürftig, obwohl sie gar keine Verhütung wollten, andere wurden nicht erfasst, obwohl sie bald eine Verhütungsmethode nutzen wollten.
- **Bedarfslagen sind dynamisch:** Nahezu 60 Prozent der Frauen änderten im Lauf der Zeit ihre Absichten oder ihr Verhalten. Gründe hierfür waren veränderte Wünsche, soziale Normen, Zugangsbarrieren oder ein verändertes Risikoempfinden.
- **Unterschiede zwischen Wunsch und Realität sind gering:** Frauen, die verhüten wollten, aber nicht konnten („aspiring users“), unterschieden sich kaum von jenen, die tatsächlich verhüteten („actualized users“). Demografische Merkmale allein genügen also nicht, um diesen Bedarf realistisch zu erfassen.

Von der Zahl zur Bedeutung

Wenn Familienplanung wirklich auf Selbstbestimmung, Zugang und Wahlfreiheit beruhen soll, dann müssen Frauen nicht nur gefragt werden – man muss ihnen auch glauben. ITU-basierte Ansätze sollten deshalb durch Fragen wie „Warum nutzen Sie derzeit keine Verhütung?“ ergänzt werden, wenn Frauen eigentlich den Wunsch danach äußern. So lassen sich konkrete Barrieren identifizieren und Programme an den Lebensrealitäten ausrichten.

Mit Hilfe von ITU kann der zukünftige Erfolg entsprechender Programme neu definiert werden. Es geht dann nicht mehr darum, wie viele Frauen Verhütungsmittel nutzen, sondern darum, wie viele Frauen das tun konnten, was sie selbst wollten.

Indem Frauen und ihre Ziele, Zweifel und Wünsche ernst genommen werden, kann Familienplanung ihrem Anspruch gerecht werden: So entsteht ein Angebot, das nicht länger kontrolliert, sondern unterstützt.

Textbeitrag von Michelle O'Brien, Ying-Yi Lin, Marita Zimmerman und Elisabeth Root vom Institute for Disease Modeling der Gates Foundation.



Artwork: Stina Persson

A horizontal watercolor brushstroke in shades of green and yellow, with a darker green center where the chapter title is located.

KAPITEL 4

Die Lehren der Geschichte

Die Daten zeigen es eindeutig: Wir bewegen uns weg von einer Welt mit starkem Bevölkerungswachstum in der Mitte des 20. Jahrhunderts hin zu einer Phase sinkender Fertilitätsraten. Unsere heutige Welt ist von großer demografischer Vielfalt geprägt. Doch wie in der Vergangenheit werden erneut Ängste vor wirtschaftlichem Zusammenbruch und einem „demografischen Suizid“ aufgrund sinkender Geburtenraten geschürt. Gleichzeitig herrscht in vielen Ländern weiterhin Besorgnis über ein „unkontrolliertes Bevölkerungswachstum“, insbesondere im Globalen Süden, wo die Fertilitätsraten vergleichsweise hoch bleiben. Diese Ängste werden nur

In **allen** Ländern und Regionen gibt es, unabhängig von ihrer Fertilitätsrate, eine erhebliche Prävalenz sowohl von unbeabsichtigten Schwangerschaften als auch unerfüllten Kinderwünschen.

allzu oft mit Begriffen belegt, die gerade die wirtschaftlich ärmsten und am stärksten marginalisierten Menschen zu Sündenböcken machen.

Der Schluss liegt nahe, dass diese Sorgen – die ohne Zweifel politische Aufmerksamkeit verdienen – auf veralteten Vorstellungen darüber beruhen, wer sich fortpflanzen sollte und warum. Zugleich herrscht die Annahme, dass das Erreichen einer staatlich gewünschten Geburtenrate wirtschaftliche und politische Sicherheit gewährleiste. Doch die Einteilung der Welt in Zonen mit vielen und wenigen Kindern lässt außer Acht, dass in allen Ländern und Regionen unabhängig von ihrer Fertilitätsrate sowohl unbeabsichtigte Schwangerschaften als auch unerfüllte Kinderwünsche in beträchtlichem Ausmaß auftreten.

Wie der gesamte Bericht zeigt, liegt hier eine echte Krise vor: Eine Krise der Rahmenbedingungen und politischen Entscheidungen, die es weltweit versäumen, Einzelpersonen und Paaren die Verwirklichung ihrer Familienplanungsziele zu ermöglichen – wie auch immer diese aussehen mögen.

Ohne eine ganzheitliche und inklusive Politik, die den gesamten Bedarf von Individuen berücksichtigt, kann leicht der Eindruck entstehen, dass die Fertilitätsziele des Staates über die seiner Bürger gestellt werden. Dieses Kapitel wirft einen genaueren Blick auf das komplexe, aber entscheidende Thema der reproduktiven Selbstbestimmung und darauf, wie nicht nur die Politik und die Zivilgesellschaft sondern alle Menschen diese messen, bewerten, erhalten und fördern können.

Demografische Dissonanz – ein Missverhältnis in unserem Denken

Unabhängig von der Richtung, in die sich die Fertilitätsrate verändert, werden demografische Trends häufig in einer Art apokalyptischer Sprache beschrieben, etwa mit Alarmrufen auf Grund zu niedriger Geburtenraten in der eigenen nationalen oder ethnischen Gruppe, während gleichzeitig Ängste über die hohe Fertilität anderer Gruppen geschürt werden.

Als die Weltbevölkerung acht Milliarden Menschen erreichte, verkündeten die Schlagzeilen sowohl, die Welt steuere auf eine „Überbevölkerung“ zu als auch, dass Länder am Kollaps durch „Entvölkerung“ stünden. Der Weltbevölkerungsbericht 2023 untersuchte, wie verwirrend dieses Phänomen für Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit gleichermaßen war. Die am häufigsten vertretene Meinung war, dass die Weltbevölkerung insgesamt zu groß sei. In sechs der untersuchten Länder herrschte der Eindruck vor, die globale Fertilitätsrate sei zu hoch. Zugleich sahen Befragte in der Hälfte dieser Länder die eigene nationale Bevölkerung und Geburtenrate als „zu niedrig“ oder „genau richtig“ an. Interessanterweise waren Männer eher als Frauen der Ansicht, dass Fertilitätsraten ein Problem darstellen. Auffällig außerdem: Länder, die keinerlei Absicht äußerten, ihre Fertilitätsraten aktiv beeinflussen zu wollen, wiesen im Durchschnitt bessere Vergleichswerte im Hinblick auf Demokratie, individuelle Freiheit und menschliche Entwicklung auf.

Länder mit eingeschränktem Zugang zu Verhütung hatten demzufolge auch mehr Einschränkungen beim Zugang zur Schwangerenfürsorge. So deutet die Analyse darauf hin, dass demografische Ängste zunehmend dazu führen, Fertilitätsraten als politisches Werkzeug zur „Korrektur“ von Bevölkerungstrends zu behandeln, selbst wenn solche Maßnahmen häufig ineffektiv bleiben und allgemein mit eingeschränkten Rechten, weniger Freiheit und schlechterer Gesundheit von Frauen und Männern verbunden sind.



Artwork: Stina Persson

Bessere Messung der Fertilitätsraten

Zu viele Regierungen machen Erfolg (oder Misserfolg) ihrer Politik davon abhängig, ob Fertilitätsraten steigen, sinken oder stabil bleiben. Unabhängig davon, in welche Richtung sie ihre jeweilige Fertilitätsrate lenken wollen, orientieren sich die Maßnahmen dabei oft am sogenannten Bestanderhaltungsniveau von 2,1 Kindern pro Frau. Diese Praxis ist jedoch problematisch.

Das Festhalten an einem Richtwert von 2,1 Kindern pro Frau als Maßstab für Bevölkerungsstabilität – an sich bereits ein fragwürdiges Ziel – sowie für Wachstum oder Rückgang, basiert auf Annahmen wie Nullmigration, niedriger Säuglingssterblichkeit und einem natürlichen Geschlechterverhältnis bei der Geburt. Aber kaum ein Land erfüllt all diese Bedingungen.

Die meisten Regierungen ziehen kurzfristige Effekte, die sich vor der nächsten Wahl präsentieren lassen, dem Warten auf aussagekräftige Daten vor. Daher spiegeln viele Veränderungen der Fertilitätsraten vor allem eine Verschiebung des Zeitpunktes der Geburten wider, nicht aber die Gesamtzahl der Kinder, die Frauen im Laufe ihres Lebens bekommen.

Dabei ist das Verständnis demografischer Entwicklungen entscheidend, für die Krankenhausplanung ebenso wie für den Ausbau der Infrastruktur oder die Renten- und Bildungspolitik. Kein Sektor bleibt vom demografischen Wandel unberührt.

Die Lösung liegt darin, solche makrodemografischen Messgrößen für Fertilität einzubeziehen, die die Reihenfolge und den Zeitpunkt von Geburten berücksichtigen. Darüber hinaus können Indikatoren wie die „aktuelle Bestand-erhaltungsfertilität unter Berücksichtigung von Migration“ herangezogen werden. Diese berücksichtigt neben der Sterblichkeit auch die Zu- und Abwanderung, um Bevölkerungs- veränderungen besser vorherzusagen.

Vor allem aber müssen diese Messungen durch sogenannte mikrodemografische Daten ergänzt werden. Es braucht die systematische Erhebung von Informationen über individuelle Fertilitäts- wünsche, begleitende Befragungen zur Umsetzung dieser Wünsche und eine Erhebung der Hinder- nisse sowie unterstützenden Faktoren. Ebenso notwendig ist ein besseres Verständnis von reproduktiver Selbstbestimmung.

Wie bereits im Programm der Weltbevölkerungs- konferenz von Kairo 1994 formuliert, sollten „staatliche Zielvorgaben in der Familienplanung anhand des ungedeckten Bedarfs an Information und Diensten formuliert“ und nicht „den Anbietenden von Familienplanungsdiensten in Form von Quoten oder Zielvorgaben auferlegt“ werden. Das Streben nach einer niedrigeren Fertilität hat in der Vergangenheit nicht nur zu Maßnahmen wie Bevölkerungskontrolle, Zwangssterilisation und erzwungenem Schwanger- schaftsabbruch geführt, sondern auch zu einem Klima des Zwangs und der Stigmatisierung – für Frauen wie für Männer.

Dasselbe gilt heute für politische Maßnahmen, die auf eine Erhöhung der Geburtenraten abzielen:

Das Verständnis demografischer Veränderungen ist von entscheidender Bedeutung für alle Bereiche, von der Finanzierung von Krankenhäusern über die Entwicklung der Infrastruktur bis hin zur Rentenplanung oder der Rekrutierung von Lehrkräften.

Auch diese sollten nicht in Form von Quoten oder Zielvorgaben durchgesetzt werden. Vielmehr sollten sie sich an den Wünschen und Absichten der gebärenden Menschen orientieren: Sind die Geburten beabsichtigt? Sind sie sicher? Können die Eltern ihre Kinder in dem Maße versorgen, wie sie es sich wünschen – materiell, emotional und sozial? Diese politischen Ziele müssen so inklusiv wie möglich formuliert sein und sowohl Schwangerschaftsverhütung als auch Familien- gründung ermöglichen – unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit, Migrationsstatus, Geschlecht oder sexueller Orientierung.

Bessere politische Maßnahmen

Die meisten Menschen wollen tatsächlich Kinder haben und der am häufigsten genannte Grund dafür ist, dass Kinder Freude und Erfüllung bringen. Manche Menschen möchten keine Kinder haben – eine zutiefst persönliche und absolut legitime Entscheidung. Doch gleichzeitig verhindern zahlreiche Faktoren, dass Menschen ihre individuellen Vorstellungen von Familiengründung und Familiengröße verwirklichen können, ganz gleich, wie diese Vorstellungen aussehen.

Wirtschaftliche Nöte gehören zu den häufigsten Hindernissen auf dem Weg zur Elternschaft. Von beiden Elternteilen wird heute ein intensives elterliches Engagement erwartet, aber insbesondere von Müttern. Und obwohl viele Väter sich mehr Beteiligung wünschen, haben sich die gesellschaftlichen und beruflichen Rahmenbedingungen noch nicht ausreichend weiterentwickelt, um eine gleichmäßigere Verteilung der Care-Arbeit oder mehr Zeit für aktive Vaterschaft zu ermöglichen. In Ländern mit hohem Einkommen und zunehmend auch in urbanen Regionen des Globalen Südens werden Kernfamilien immer üblicher, wobei die Unterstützung durch Großfamilien seltener wird. Formale Kinderbetreuung ist oft teuer oder schwer zugänglich. Die Organisation von Erwerbs- und Care-Arbeit stellt eine große Herausforderung dar, insbesondere für Frauen, die nach wie vor den Großteil dieser unbezahlten Tätigkeiten leisten.

Gleichzeitig ist die Aufgabe, unbeabsichtigte Schwangerschaften zu vermeiden sowie allen Menschen zu ermöglichen, selbst zu entscheiden, ob, wann und mit wem man Kinder haben möchten noch längst nicht abgeschlossen. Die UNFPA/YouGov-Umfrage zeigt, dass 31 Prozent der Befragten bereits eine unbeabsichtigte Schwangerschaft erlebt haben. Unbeabsichtigte Schwangerschaften sind nicht nur weit verbreitet, sie enden häufig auch in einem Schwangerschaftsabbruch, unabhängig davon, ob dieser legal möglich ist oder nicht. Globale Schätzungen gehen davon aus, dass nahezu die Hälfte aller Schwangerschaften unbeabsichtigt ist – und 61 Prozent davon in einem Schwangerschaftsabbruch enden.



Artwork: Cyan Haribhai

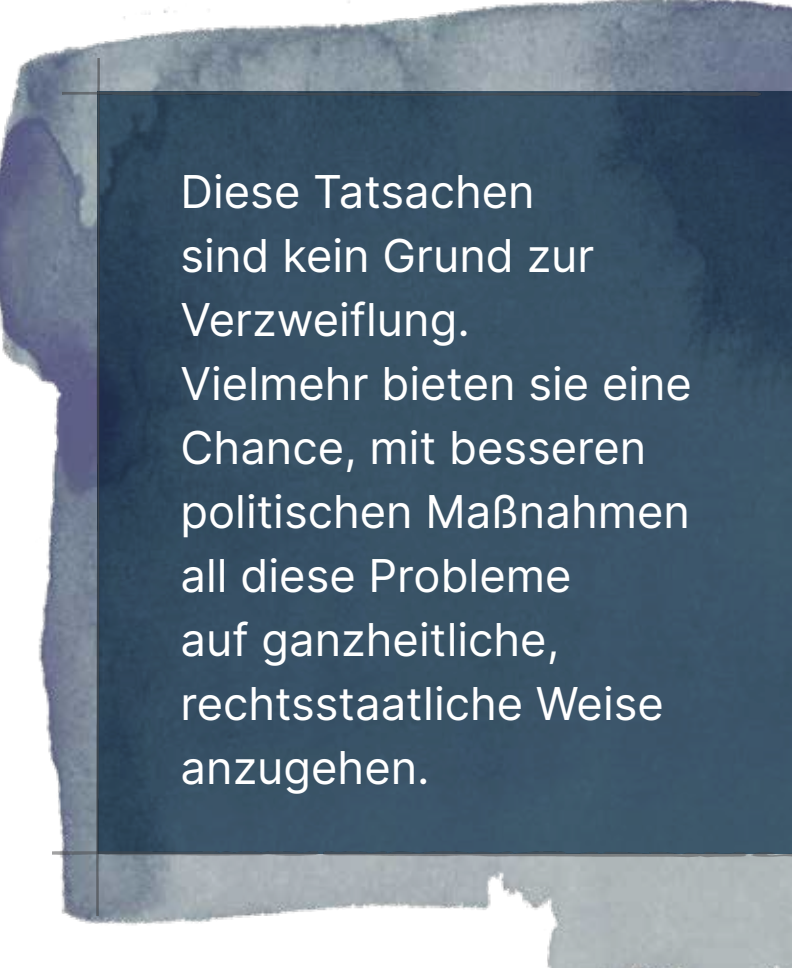
Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle sicherstellen

Qualitative und umfassende Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sollten in Gesundheitseinrichtungen vor Ort angeboten werden, leicht zugänglich und bezahlbar sein. Idealerweise sind sie in bestehende Gesundheitsangebote eingebettet. Die angemessene Bereitstellung reproduktiver und mütterlicher Gesundheitsversorgung sollte dabei oberste Priorität haben. Gesundheitsfachkräfte müssen auch in einkommensschwachen und dünn besiedelten Regionen verfügbar sein. Investitionen in Angebote für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich Müttersterblichkeit und -morbidity, sind unerlässlich.

Unabhängig von der Fertilitätsrate darf es keine politischen Maßnahmen geben, die verhindern, dass Fachkräfte Menschen in Not erreichen, oder die die Bereitstellung des vollständigen Spektrums an Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit behindern. Dazu gehören Verhütungsberatung, Schwangerenfürsorge, sichere Geburten, der legale Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen, Nachsorge für Mutter und Kind sowie Prävention und Behandlung von Unfruchtbarkeit. Ebenso gilt es, alle Hürden wie Altersgrenzen, gesetzlich geforderte Zustimmung durch Ehepartner oder Eltern oder das Verbot freiwilliger Sterilisation für aufgeklärte, einwilligungsfähige Erwachsene abzubauen.

Ein vollständig inklusiver Ansatz ist unerlässlich. Nicht nur, weil diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung ethisch geboten und ein menschenrechtlicher Auftrag ist. Sondern auch, weil das Vertrauen in die Absichten und Verlässlichkeit staatlicher Politik oft ausschlaggebend dafür ist, wie Menschen ihre Entscheidungen zur Familiengründung treffen.

Gleichzeitig dürfen Programme und politische Maßnahmen nicht nach dem Prinzip „one size fits all“ gestaltet sein. Sie müssen der Vielfalt von Lebensrealitäten und Bedürfnissen Rechnung tragen.



Diese Tatsachen
sind kein Grund zur
Verzweiflung.
Vielmehr bieten sie eine
Chance, mit besseren
politischen Maßnahmen
all diese Probleme
auf ganzheitliche,
rechtsstaatliche Weise
anzugehen.

Umfassende Sexualaufklärung

Es ist essenziell, dass umfassende Sexualaufklärung in das schulische Bildungssystem integriert wird. Eine fundierte Aufklärung über Fertilität kann Jugendlichen helfen, Ursachen für Unfruchtbarkeit zu vermeiden und sowohl Vorteile als auch Risiken eines Aufschiebens der Familiengründung besser zu verstehen.

Leider wird der Zugang zu verlässlichen Informationen zur sexuellen Gesundheit derzeit sowohl auf staatlicher Ebene als auch durch die zunehmende Verbreitung von Fehlinformationen untergraben. Diese Entwicklung ist äußerst besorgniserregend und muss von der Politik dringend thematisiert und unterbunden werden.

Soziale und wirtschaftliche Sicherheit für alle stärken

Die Unterstützung einer qualitativ hochwertigen, zugänglichen und bezahlbaren Kinderbetreuung ist unerlässlich. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, dies umzusetzen, von staatlich subventionierten Betreuungseinrichtungen und Unterstützungsleistungen für betreuende Familienangehörige bis hin zu genossenschaftlichen und gemeinnützigen Modellen. Das zeigen Beispiele aus Ländern aller Einkommensgruppen.

Gerechtere Regelungen für Elternzeit, die Väter ermutigen, in gleichem Maße wie Mütter Elternzeit zu nehmen, können sowohl die Erwerbsbeteiligung von Frauen als auch das Engagement von Männern in der Kinderbetreuung deutlich verbessern. Dies hat einen spürbaren Effekt. Denn wenn die Flexibilität und Unterstützung auch auf Beschäftigte ohne Kinder ausgeweitet wird, kann das insbesondere die Kinderwünsche junger Menschen fördern, die oft durch Hindernisse in der Arbeitswelt ausgebremst werden.

Dringend notwendig sind auch Maßnahmen zur Beendigung von geschlechtsbasierter Gewalt, einschließlich häuslicher, partnerschaftlicher und sexualisierter Gewalt. Zudem gilt es anzuerkennen, dass diese Gewalt reproduktive Selbstbestimmung und Fertilität untergraben kann. Sexualisierte Gewalt und Zwang führen zu einer Vielzahl unbeabsichtigter Schwangerschaften, wodurch sich mit Vergewaltigung einhergehende Traumata und Verletzungen noch verschärfen. Gewalt in Partnerschaften ist oft auch verbunden mit einem Zwang, der zu einer geringeren Nutzung von Verhütungsmitteln bei Frauen führt.

Programme, die Armut und wirtschaftliche Unsicherheit bekämpfen, sind von entscheidender Bedeutung. Dazu gehören Reformen auf dem Arbeitsmarkt sowie Anpassungen in Rentensystemen und der sozialen Sicherung. Um einem Rückgang der wirtschaftlichen Produktivität und Arbeitskräfteknappheit entgegenzuwirken, müssen Reformen zudem darauf abzielen, den Zugang von Frauen und jungen Menschen zu angemessener Arbeit zu verbessern sowie die Einwanderung zu stärken.

Diese politischen Prozesse müssen inklusiv gestaltet werden und die Menschen einbeziehen, die von ihnen betroffen sein werden. Das bedeutet, berufstätige Frauen an der Ausgestaltung arbeitsrechtlicher Maßnahmen zu beteiligen, Väter in die Planung von Vaterschaftsurlaub einzubinden und junge Menschen an wohnungspolitischen Diskussionen zu beteiligen. Zwar variiert die Zusammensetzung der Kommissionen je nach Kontext, doch entscheidend ist, dass verschiedenste Gruppen eingebunden werden, damit alle von den Maßnahmen profitieren.

Soziale Normen verändern

Politische Reformen sind notwendig, aber ohne ein Umdenken hinsichtlich gesellschaftlicher Normen oft nicht ausreichend oder gar nicht umsetzbar. Für Rückgänge bei Heirats- und Geburtenraten werden häufig Frauen verantwortlich gemacht, ohne deren hohe Belastung durch Erwerbs- und Care-Arbeit zu berücksichtigen. 13 Prozent der befragten Frauen gaben an, sie würden weniger Kinder bekommen, als sie sich eigentlich wünschen, weil ihr Partner sich nicht ausreichend an der zusätzlichen Hausarbeit und Betreuung beteiligt, die Kinder mit sich bringen.

Doch auch Männer und Jungen sind durch einige Normen benachteiligt: Zwar äußern immer mehr Männer den Wunsch, sich stärker an Care-Arbeit zu beteiligen, sei es für sich selbst oder ihre Söhne. Dennoch stehen ihnen gesellschaftliche Erwartungen und Rollenzuschreibungen weiterhin im Weg. Noch problematischer ist, dass sich in vielen Ländern mittlerweile eine lautstarke Gegenbewegung gegen Fortschritte in der Gleichstellung formiert. Diese behauptet zwar, Ehe und Familie stärken zu wollen, untergräbt in Wirklichkeit aber Rechte, Wahlmöglichkeiten und sogar die Gesundheit von Familien und Einzelpersonen.

Um gesellschaftliche Normen zu verändern, müssen Jungen früh den Wert von Care-Arbeit lernen. Das bedeutet, Vorbilder zu schaffen, die für die Gleichstellung der Geschlechter eintreten. Dafür braucht es Räume, in denen Jungen Empathie lernen und auch praktizieren können. Ihnen müssen gewaltfreie Beziehungen vorgelebt werden, in denen jedwede Verantwortung partnerschaftlich geteilt wird.

Auch wenn die Förderung verbesserter sozialer Normen herausfordernd ist, gibt es bereits erfolgreiche Modelle des Wandels. In Uganda und Äthiopien haben sogenannte „Male Action Groups“ dazu beigetragen, Gendernormen zu hinterfragen, das Engagement von Männern in der Familienplanung zu stärken, die Kommunikation in Partnerschaften zu verbessern und den Anteil geschlechtsbasierter Gewalt abzubauen.

Es ist weder neu noch falsch, festzustellen, dass Familienformen stets im Wandel begriffen sind. Trotzdem gibt es weiterhin restriktive Vorstellungen, was eine „richtige“ Familie ausmacht. Solche Vorstellungen schließen Menschen aus, denn insbesondere LGBTQIA+-Personen oder Alleinerziehende können sich in diesen starren Normen oft nicht wiederfinden.

Auch eine Kursänderung im Hinblick auf Arbeitsplatznormen, die nachweislich das Familienleben beeinträchtigen, ist dringend notwendig. Denn davon würden am Ende nicht nur berufstätige Mütter profitieren, sondern alle – auch jene, die sich (noch) keine Kinder leisten können, es sich aber wünschen. Zudem schrecken die Kosten und Anforderungen moderner Elternschaft viele ab, ein oder auch weitere Kinder zu bekommen.

Nicht zuletzt braucht es mehr gesellschaftliche Inklusion für Menschen mit Migrationshintergrund und andere marginalisierte Gruppen sowohl durch die Politik als auch durch die Etablierung positiver und menschenrechtsbasierter gesellschaftlicher Normen.

Den Kreislauf von Teenagerschwangerschaften durchbrechen

Für viele Mädchen in Estebanía, einer Kleinstadt in der Dominikanischen Republik, ist eine frühe Mutterschaft nichts Ungewöhnliches. Anllis Mutter zum Beispiel war erst 16, als sie ihre Tochter bekam. Anlli ist heute 18 Jahre alt. Sie will nicht, dass sich diese Geschichte wiederholt. „Ich will studieren. Ich will arbeiten und eine Karriere machen. Ich will finanziell unabhängig sein“, sagt sie. „Ich will nicht zurückblicken und mich fragen, was aus mir hätte werden können.“

Anlli hat vielleicht die Chance, ihren Traum zu verwirklichen, denn sie verfügt über Entscheidungsmöglichkeiten, die ihre Mutter nicht hatte. Ohne die Zustimmung eines Elternteils einholen zu müssen, hat sie selbst Verantwortung übernommen und sich gemeinsam mit ihrem Freund informiert und beraten lassen.

Casa Clave: Ein sicherer Ort

Evelyn Sánchez, Krankenschwester und Gemeindevorsteherin, hat ihr Zuhause in eine Casa Clave verwandelt. Diese ist Teil einer von UNFPA unterstützten Initiative, die Jugendlichen in der Dominikanischen Republik helfen soll, unbeabsichtigte Schwangerschaften

und frühe Eheschließungen zu vermeiden. Das Casa Clave ist für Anlli und ihre Freundinnen ein sicherer Rückzugsort, kein Gesundheitszentrum. Es ist ein Ort, an dem sie offen und ungestört über Themen wie Familienplanung, Beziehungen oder Lebensentwürfe sprechen können, ohne verurteilt zu werden. „Wir können hier mit Evelyn reden, und es ist vertraulich. Was hier gesagt wird, bleibt hier“, sagt Anlli.

Evelyn Sánchez ermutigt Mädchen, über die Schwelle zu treten – wohlwissend, dass Neugier sie zurückbringen wird, selbst wenn sie beim ersten Besuch noch nicht nach Verhütungsmitteln fragen.

„Mein Haus ist für sie ein zweites Zuhause. Sie sagen, sie kommen wegen meiner Hunde, aber in Wirklichkeit brauchen sie jemanden, mit dem sie reden können“, sagt Sánchez. „Sie fragen mich alles. Ich erkläre ihnen die verfügbaren Verhütungsmethoden, aber ich treffe nie die Entscheidung für sie.“

„Viele dieser Mädchen haben Angst, dass es jemand erfährt“, sagt Dr. Lainer Calderón, der das lokale Gesundheitszentrum (Unidad de Atención Primaria, UNAP) in

Estebanía leitet, das mit der Casa Clave zusammenarbeitet. „Sie fürchten, dass ihre Eltern oder jemand aus der Nachbarschaft sie sieht und verurteilt. Diese Angst hält manche davon ab, sich rechtzeitig Hilfe zu suchen.“

Er hat denselben Kreislauf zu oft miterlebt. „Früher hatten wir 24 Teenagerschwangerschaften pro Jahr in unserer Klinik in Estebanía“, sagt er. „Heute sind es zwei oder drei. Aber selbst eine ist noch eine zu viel.“

Auch innerhalb der Klinik gibt es Herausforderungen. Dr. Calderón erinnert sich an einen Vater, der ihn zur Rede stellte, nachdem er erfahren hatte, dass seine 15-jährige Tochter ein Verhütungsimplantat bekommen hatte. „Er war außer sich“, erinnert er sich. „Ich fragte ihn: ‚Wären es Ihnen lieber, wenn Sie erfahren würden, dass sie in der dritten Schwangerschaftswoche ist?‘ Dieses Gespräch hat seine Meinung geändert. Er ging, und bedankte sich.“

Kampf gegen kulturelle Normen

Die Dominikanische Republik investiert zunehmend in Aufklärung zur Reduzierung von Teenagerschwangerschaften. Zwischen

2013 und 2019 sank die Fertilitätsrate bei Jugendlichen von 90 auf 77 Geburten pro 1.000 Mädchen. Für 2024 wurde ein weiterer Rückgang vorhergesagt.

Casa Clave und ähnliche Projekte helfen Mädchen, die sich bewusst gegen eine frühe Mutterschaft entschieden haben. „Es geht nicht darum, den Mädchen zu sagen, was sie mit ihrem Leben anfangen sollen, sondern darum, ihnen Informationen zu geben, damit sie selbst entscheiden können“, sagt Dr. Calderón. Von der Pille über Injektionen bis zu Implantaten: Jugendliche erhalten im Gesundheitszentrum und in der Casa Clave Informationen und Wahlmöglichkeiten.

UNFPA entwickelte das Modell der Casa Clave gemeinsam mit dem dominikanischen Gesundheitsministerium und dem nationalen Gesundheitsdienst, um den Zugang zu Verhütung und Aufklärung auszubauen. Heute gibt es landesweit mehr als 50 ähnliche Orte, die vom Ministerium mit Verhütungsmitteln versorgt werden.

Die Organisation hat außerdem Fachkräfte wie Evelyn Sánchez und Dr. Calderón speziell geschult. „Jugendliche haben das Recht auf Zugang zu Informationen und Bildung rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit. Das versetzt sie in die Lage, ihr Potenzial zu entfalten und ihren Lebensweg selbst zu bestimmen“, sagt Mario Serrano, UNFPA-Repräsentant in der Dominikanischen Republik. „Es geht nicht nur darum, Schwangerschaften zu verhindern. Es geht darum, die Zukunft der Mädchen zu schützen und zu fördern.“

Zukunft im Wandel

Nicht nur die Schwangerschaftsraten in Estebanía gehen zurück. Einige der Mädchen, die die Casa Clave besuchten, studieren inzwischen an Universitäten. „Ein paar meiner ersten Mädchen sind heute berufstätig, manche haben sogar Medizin studiert. Andere sind inzwischen Mütter, aber weil sie es wollten, nicht weil das Leben sie dazu gezwungen hat“, sagt Evelyn Sánchez.

Doch trotz aller guten Nachrichten bleiben viele Herausforderungen bestehen. Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist zwar besser geworden, aber die Sexualaufklärung an Schulen ist nach wie vor begrenzt. Viele Mädchen wissen schlicht nicht, an wen sie sich wenden können oder fürchten negative Reaktionen aus ihrem Umfeld. Es geht nicht nur um Verhütung, es geht um einen Bewusstseinswandel.

Evelyn Sánchez erinnert sich an die Anfangszeit, als ihre Arbeit noch skeptisch beäugt wurde: „Anfangs fragten die Leute: ‚Warum redest du mit ihnen über so etwas?‘ Aber dann haben sie den Unterschied gesehen.“

Die Casa Clave hat Anllis Leben verändert. Heute studiert sie im ersten Jahr an der Universität und freut sich auf eigene Kinder – aber erst, wenn sie bereit ist.

Ihr Leben verläuft schon jetzt anders, als das ihrer Mutter: „Meine Mutter hat mir immer gesagt: ‚Ich will nicht, dass du durchmachst, was ich durchgemacht habe.‘ Und ich weiß, dass ich meinen Kindern nicht das Leben bieten könnte, das sie verdienen, wenn ich sie bekomme, bevor ich meine Ausbildung abgeschlossen habe.“



Ein gemeinsames Ziel: Reproduktive Selbstbestimmung

Sowohl Frauen als auch Männer können gravierende Einschränkungen ihrer reproduktiven Rechte erleben. Auch Männer sind häufig Druck ausgesetzt, der ihre Selbstbestimmung in Sachen Kinderwunsch beeinflusst. So gaben 18 Prozent aller Befragten an, im Laufe ihres Lebens dazu gedrängt worden zu sein, ein Kind zu zeugen bzw. schwanger zu werden, obwohl sie dies nicht wollten – mit ähnlichen Ergebnissen für Männer und Frauen, wenngleich mit deutlichen Unterschieden zwischen den Ländern. In etwa der Hälfte der Länder berichteten sogar mehr Männer als Frauen von diesem Druck.

Der Druck wirkt aber auch in die entgegengesetzte Richtung: 15 Prozent gaben an, gedrängt worden zu sein, zu verhüten oder anderweitig eine Schwangerschaft zu verhindern, obwohl sie ein Kind wollten. Auch hier waren Männer und Frauen etwa gleich häufig betroffen. Tatsächlich stehen Männer vor einigen spezifischen Herausforderungen, wenn es um reproduktive Entscheidungsfreiheit geht – vor allem, weil ihre Optionen zur Verhütung stark eingeschränkt sind. Kondome und Vasektomie sind derzeit die am weitesten verbreiteten Methoden. Wie alle Verhütungsmittel, haben beide Nachteile und bergen ein Restrisiko. Inzwischen erheben sich immer mehr Stimmen, die mehr und bessere Verhütungsmöglichkeiten für Männer fordern, um sowohl ihre eigene Entscheidungsfreiheit zu erhöhen als auch Verantwortung in der Familienplanung zu teilen.

Dennoch: Schwangerschaft und Geburt betreffen Frauenkörper und -leben direkter und können,

leider noch immer viel zu häufig, lebensgefährlich sein. Aus diesem Grund wurden bestehende Indikatoren zu Gewalt, Zwang und Entscheidungsfreiheit in erster Linie für Frauen entwickelt, getestet und verbessert. Angesichts der gesundheitlichen Ungleichheiten und der stärkeren Belastung durch sexualisierte Gewalt, denen Frauen und Mädchen ausgesetzt sind, sollten die Entwicklung und Anwendung von Parametern für reproduktive Selbstbestimmung zu einer globalen gesundheitspolitischen Priorität werden.

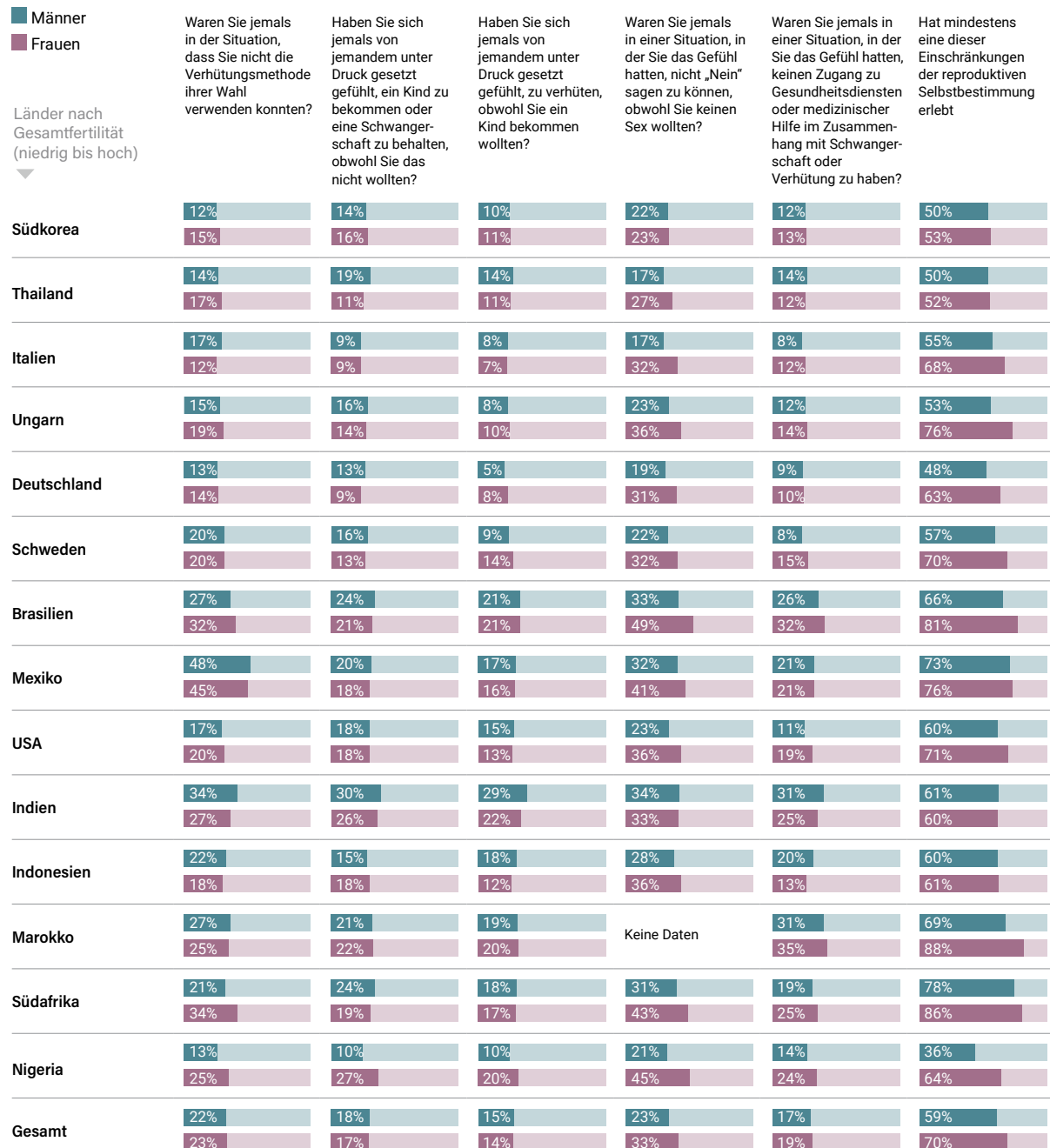
Zur Geschichte der Messung reproduktiver Selbstbestimmung

Indikatoren für reproduktives Verhalten – etwa zur Nutzung von Verhütungsmitteln – existieren seit Jahrzehnten. Auch wenn sie wichtige Lücken in der Versorgungslage aufzeigen, liefern sie nicht unbedingt belastbare Aussagen zur tatsächlichen Entscheidungsfreiheit. Seit den 2000er-Jahren gibt es vermehrt Bemühungen, Frauen zu fördern und zu stärken, insbesondere im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit. Dennoch orientieren sich viele Praktiken, Zielvorgaben und Indikatoren weiterhin an traditionellen Strategien. Und allzu häufig spiegeln eben diese Indikatoren eher die Interessen von Staaten als die Bedürfnisse von Individuen wider. Mit anderen Worten: Reproduktive Selbstbestimmung wurde bislang zu wenig mit Blick auf den Menschen erfasst.

Von den Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs) umfassen zwei Indikatoren die sexuelle und reproduktive Gesundheit. Ziel 3: („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) beinhaltet mit Ziel 3.7 den Anspruch auf „allgemeinen Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung, einschließlich Familienplanung, Information und Aufklärung“

GRAFIK 8

Einschränkungen der reproduktiven Selbstbestimmung



Ein großer Anteil sowohl der Männer als auch der Frauen berichtet Einschränkungen in der eigenen reproduktiven Selbstbestimmung.

Anmerkung: Die Frage, ob Sex abgelehnt werden kann, konnte nicht in allen Ländern gestellt werden.

Quelle: UNFPA/YouGov-Umfrage

sowie die „Einbeziehung der reproduktiven Gesundheit in nationale Strategien und Programme“. Ziel 5 („Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen“) beinhaltet mit Ziel 5.6 die Verpflichtung zur Sicherstellung des „Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten gemäß dem Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo und der Aktionsplattform von Peking“.

Diese beiden Ziele stellen zusammengefasst einen wichtigen Fortschritt dar, denn sie betonen den Bedarf an umfassender sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung für alle Frauen und fordern weiter einen menschenrechtsbasierten, gleichstellungsorientierten Ansatz. Sie rücken körperliche Selbstbestimmung in den Mittelpunkt und wirken als Impulsgebende für die Datenerhebung in zentralen Bereichen sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Doch in der praktischen Anwendung zeigen sich erhebliche Lücken. Die Indikatoren zu Ziel 3.7 erfassen beispielsweise lediglich Verhaltensweisen und Dienstleistungen, die eine Schwangerschaft verhindern oder verzögern können. Es fehlt der nationale Fokus auf reproduktive Wünsche insgesamt, auch im Hinblick auf Kinderwunsch und Infertilität. Ein Beispiel: Der Indikator 3.7.2 („Geburtenrate bei Jugendlichen [10–14 Jahre; 15–19 Jahre] pro 1.000 Frauen dieser Altersgruppe“) erfasst weder Angaben zur Freiwilligkeit der Schwangerschaft noch zu äußeren Umständen. Doch diese ist wichtig, denn nicht alle Teenagerschwangerschaften sind unbeabsichtigt – besonders in Kontexten, in denen Mädchen mit massiver struktureller Benachteiligung konfrontiert sind.

Auch bei Ziel 5.6 besteht Nachbesserungsbedarf. Der Indikator 5.6.1 misst den „Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die selbstbestimmte Entscheidungen über sexuelle Beziehungen, Verhütung und reproduktive Gesundheitsversorgung treffen“. Dabei werden Frauen gefragt, ob sie Sex ablehnen können; ob sie allein oder gemeinsam mit ihrem Partner über Verhütung entscheiden; und wer Entscheidungen über Gesundheitsversorgung trifft – sie selbst, der Partner oder beide gemeinsam. Der Indikator 5.6.2 erfasst, wie viele Länder Gesetze und Regelungen haben, die Frauen und Männern ab 15 Jahren gleichen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Informationen und Bildung garantieren.

Seit es Daten zu Ziel 5.6 gibt, hat die Welt zum ersten Mal einen globalen Überblick über den Zugang von Frauen zu körperlicher Selbstbestimmung. Doch auch dieser ist nicht vollständig: So erfasst 5.6.1 zum Beispiel nicht, ob Frauen ihre Kinder zu dem Zeitpunkt und mit dem Partner bekommen können, den sie sich wünschen. 5.6.2 wiederum betrachtet nicht die sozialen und rechtlichen Hürden außerhalb des Gesundheitssystems, die reproduktive Entscheidungen beeinflussen.

Den Blick auf die reproduktive Entscheidungsfreiheit erweitern

Die derzeitigen Indikatoren zur sexuellen Selbstbestimmung konzentrieren sich vor allem auf die Möglichkeit, in intimen Partnerschaften Sex abzulehnen, und richten sich dabei ausschließlich an Frauen, die verheiratet sind oder in einer Partnerschaft leben. Dabei wäre es sinnvoll, zusätzliche Indikatoren zu entwickeln, um die sexuelle Sicherheit von Frauen und Mädchen auch außerhalb solcher Beziehungen zu erfassen.

Beispielsweise beinhaltet der Demographic and Health Survey (DHS) Fragen zu sexualisierter Gewalt außerhalb von Partnerschaften sowie zum Alter, in dem eine Frau oder ein Mädchen gezwungen wurde, Sex zu haben oder sexuelle Handlungen gegen ihren Willen vorzunehmen. Letztere ermöglichen die Erfassung von sexualisierter Gewalt gegen Kinder und könnten so ebenfalls als Indikatoren für die sexuelle Sicherheit eines Landes dienen.

Auch sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz stellt ein erhebliches Problem für Frauen dar: Sie kann zum Beispiel verhindern, dass Frauen überhaupt in den Arbeitsmarkt eintreten, ihre Leistungsfähigkeit und Produktivität beeinträchtigen und ihre psychische Gesundheit belasten. Es ist dabei wichtig festzuhalten, dass Indikatoren zu

sexualisierter Gewalt außerhalb von Partnerschaften sowie zu sexualisierter Gewalt gegen Kinder nicht als Begründung für Einschränkungen von Bewegungsfreiheit oder Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen missbraucht werden dürfen – auch nicht unter dem Vorwand des Schutzes. Forschung, Politik und Zivilgesellschaft müssen genau darauf achten, dass solche Schutzmaßnahmen nicht in neue Formen der Bevormundung münden.

Darüber hinaus konzentrieren sich die Daten zur sexuellen Gesundheit fast ausschließlich auf HIV. Andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs) werden dagegen unter dem allgemeinen Begriff „übertragbare Krankheiten“ subsumiert. Dabei wären umfassendere Daten über die Verbreitung und Behandlung von STIs dringend notwendig, da diese nicht nur eigenständige Gesundheitsrisiken

Finanzierung von Daten zur Unterstützung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte

Die internationale Gemeinschaft hat sich in der Vergangenheit auf den DHS verlassen, um sexuelle und reproduktive Verhaltensweisen in 90 Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu erfassen. Leider wurden die globalen Finanzierungszusagen – vor allem aus den Vereinigten Staaten als Hauptgeldgeberin – im Februar 2025 gestrichen; das Programm wurde für eine „Überprüfung der Finanzierung“ gestoppt. Sollten nun keine neuen Finanzmittel gefunden werden, droht der Verlust unschätzbar wertvoller Daten zu Verhütungsautonomie, reproduktiver Gesundheit, geschlechtsspezifischer Gewalt und vielen weiteren Forschungsbereichen.

Internationale gebende Organisationen und Forschende prüfen derzeit alternative Möglichkeiten, falls der DHS nicht wieder aufgenommen wird. Eine mögliche Maßnahme wäre die Ausweitung der vergleichsweise kleineren Datensammlungen wie dem Generations and Gender Survey (GGS), der derzeit in 24 Ländern durchgeführt wird, sowie dem Performance Monitoring for Action Survey (PMA), der ebenfalls Daten zur Familienplanung erhebt, auf weitere Länder.

Den Bedürfnissen älterer Bevölkerungen gerecht werden

Die meisten Menschen können heute damit rechnen, das ihr Leben etwa 25 Prozent länger dauert als das ihrer Eltern oder Großeltern. Vor rund 50 Jahren lag die weltweite Lebenserwartung bei etwa 59 Jahren, heute beträgt sie rund 73 Jahre. Die Zahl der

Menschen im Alter von 65 Jahren oder älter wird weltweit weiter steigen, voraussichtlich von 809 Millionen im Jahr 2023 auf 1,6 Milliarden im Jahr 2050. Bis zum Ende des Jahrhunderts wird sie geschätzt 2,4 Milliarden erreichen.

Einige Regierungen sehen die Alterung der Bevölkerung als ein Problem, das es zu lösen gilt, etwa wegen wachsender Belastungen für Renten- und Gesundheitssysteme, und bringen sinkende Geburtenraten mit einer künftig kleineren Zahl an Arbeitskräften und Steuereinnahmen in Zusammenhang. Diese Sichtweise erkennt jedoch das enorme wirtschaftliche Potenzial älterer Menschen, so die Analyse „Longevity Hubs: Regional Innovation for Global Aging“ des Massachusetts Institute of Technology.



„In Bezug auf Produktivität und Konsum sind ältere Menschen vollständige, komplexe, wirtschaftlich Handelnde, deren bereits jetzt beachtlicher Einfluss in den kommenden Jahren weiterhin deutlich zunehmen wird“, sagt etwa Luke Yoquinto, Herausgeber des Longevity Hubs. Es sei ein Fehler, sie darzustellen, als würden sie die Ressourcen der Gesellschaft nur aufsaugen, so Yoquinto weiter.

So sorgte der Konsum von Menschen im Alter von 50 Jahren und älter im Jahr 2020 weltweit für rund eine Milliarde Arbeitsplätze und erzeugte dabei ein Arbeitseinkommen in Höhe von 23 Billionen US-Dollar. Im selben Jahr trug die Altersgruppe 50+ rund 45 Billionen US-Dollar zum globalen Bruttoinlandsprodukt bei.

„Weltweit entstehen derzeit mindestens acht sogenannte Longevity Hubs“, erklärt Yoquinto. In Mailand etwa reagieren Unternehmen auf die wachsende Nachfrage nach altersgerechtem und betreutem Wohnen. Finanzdienstleister in Mailand bieten inzwischen speziell auf die ältere Generation zugeschnittene Investmentberatungen an oder investieren gezielt in Branchen, die auf die Bedürfnisse älterer Bevölkerungsgruppen Italiens ausgerichtet sind – in einem Land, in dem heute rund jeder Vierte Mensch 65 Jahre oder älter ist.

In São Paulo haben sich über 250 Akteure aus Privatwirtschaft, Wissenschaft, Gesundheitswesen und Politik zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, das auf die rasch alternde Bevölkerung Brasiliens reagieren soll. Das Netzwerk Envelhecimento 2.0 ist laut Longevity Hubs zur wichtigsten Plattform für den

Austausch von Ideen und Informationen zum sogenannten Langlebigkeitsökosystem geworden und Ausgangspunkt vieler zentraler Initiativen im Land.

Südöstlich von Bangkok, in Thailands Eastern Economic Corridor, boomt der private Gesundheits- und Pflegesektor derart, dass sich zunehmend Menschen im Rentenalter aus anderen Ländern dort niederlassen, die vom Klima, der Lebensqualität, Erschwinglichkeit und Schönheit des Landes angezogen werden.

„Neue Möglichkeiten für die ältere Bevölkerung der Welt im In- wie im Ausland zu kreieren, verschafft einen enormen Wettbewerbsvorteil“, sagt Yoquinto. „Wenn Sie es nicht tun, wird es jemand anderes tun.“

darstellen, sondern auch die reproduktive und mütterliche Gesundheit erheblich beeinträchtigen können.

Der DHS erhebt relevante Indikatoren, etwa, ob Frauen kürzlich eine STI-Diagnose erhalten haben oder Symptome aufweisen, und fragt auch, ob sie ihren Ehemann um die Nutzung eines Kondoms bitten können. Zwei weitere Fragen beleuchten, inwiefern Frauen sich selbst gegen STIs schützen können, wenn sie ein Risiko durch ihren Partner vermuten.

Abschließend bleibt festzuhalten: Die systematische Erhebung globaler Daten zu reproduktiver Selbstbestimmung, Kinderwunsch und den damit verbundenen Herausforderungen muss Priorität für die internationale Gemeinschaft haben. Idealerweise sollten künftige Datenerhebungen aber nicht nur die Bedürfnisse, Wünsche, Selbstbestimmung und das Empowerment junger Menschen in den Mittelpunkt stellen, sondern breiter angelegt sein. Dann könnte nachvollzogen werden, ob Menschen bis zum Ende ihrer reproduktiven Lebensspanne die Bedingungen vorfinden, um ihre Vorstellungen tatsächlich verwirklichen zu können.

Aus der Geschichte lernen

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Welt erlebt eine zunehmende demografische Vielfalt. Während immer mehr Länder rapide sinkende Fertilitätsraten verzeichnen, wachsen gleichzeitig ethnonationalistische Tendenzen sowie „Überbevölkerungs“-Sorgen in Regionen mit anhaltend hoher Fertilität. Angesichts dieser Entwicklungen ist zwar äußerste Vorsicht geboten, doch sollte der Optimismus nicht verloren gehen.

Die Politik täte gut daran, die vergangenen 60 Jahre im Blick zu behalten, wenn sie über neue Maßnahmen nachdenkt. Schlecht konzipiert können sie wirkungslos bleiben, unerwünschte Folgen haben, vielleicht kurzfristige Effekte erzielen – dabei aber gravierende Menschenrechtsverletzungen verursachen. Gleichzeitig sollten sie die berechtigten Sorgen junger Menschen ernst nehmen. Diese brauchen nicht nur Rahmenbedingungen, die ihnen freie und informierte Entscheidungen über ihre Fortpflanzung ermöglichen, sondern auch Hoffnung auf eine Zukunft, in der diese Entscheidungen respektiert und unterstützt werden.

Junge Menschen weltweit äußern große Sorgen und Unsicherheiten über ihre Zukunft. Viele von ihnen erwarten, dass es ihnen schlechter gehen wird als ihren Eltern. Ihre Bedenken im Hinblick auf die Klimakrise, wirtschaftliche Instabilität und zunehmende globale Konflikte spiegeln sich in der Entscheidung wider, ob und wann sie Familien gründen möchten. In zahlreichen Ländern sorgt der wachsende Anteil älterer Menschen zudem dafür, dass sich das politische Gewicht zunehmend zu deren Gunsten verschiebt, oft auf Kosten junger Menschen. So neigen politisch Verantwortliche dazu, sich auch aufgrund von Wahlzyklen eher an den Bedürfnissen älterer Wählergruppen zu orientieren als an notwendigen Reformen für die jüngeren und kommenden Generationen.

Führungspersonen, die den demografischen Entwicklungen gerecht werden wollen, sollten deshalb die Stimmen junger Menschen hören und auf das Prinzip der Generationengerechtigkeit setzen. Das bedeutet, Solidarität zwischen den Generationen zu stärken sowie die unterschiedlichen Lebensphasen zu berücksichtigen – um den

Bedürfnissen sowohl junger als auch älterer Menschen gerecht zu werden.

Ein vielversprechendes Beispiel hierfür ist die Y-ACT-Initiative in Kenia, bei der junge Menschen aktiv an der Entwicklung von politischen Maßnahmen und Haushaltsentscheidungen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte auf lokaler Ebene beteiligt sind. Dies führte dazu, dass altersgerechte Angebote gestärkt und die Mitbestimmung junger Menschen in der Politik gefördert wurden.

Das Aktionsprogramm der International Conference on Population and Development forderte bereits vor 30 Jahren eine „familienfreundliche Politik in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Gesundheit, soziale Sicherheit und Bildung, um ein familienunterstützendes Umfeld zu schaffen“. Es betonte die „gleichberechtigte Beteiligung von Frauen und Männern in allen Bereichen der familiären und häuslichen Verantwortung – einschließlich Familienplanung, Kindererziehung und Hausarbeit“. Und es rief zu „Familienzeiten für Männer und Frauen auf, damit sie selbst entscheiden können, wie sie berufliche und private Verpflichtungen in Einklang bringen“.

Dieses Abkommen, das vor drei Jahrzehnten unterzeichnet wurde, hat zudem viele der heute aktuellen Herausforderungen vorausgesehen: etwa die Alterung der Gesellschaft und die Notwendigkeit, „Familien bei der Betreuung älterer Menschen zu unterstützen“, die Bedeutung von Gesetzen und Politiken, die die „Vielfalt familiärer Formen“ widerspiegeln sowie die Notwendigkeit, „Hilfe durch Dritte“ zu fördern, um Eltern bei der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienleben

zu entlasten. Vor allem aber hat es einen globalen Konsens geschaffen, wonach alle Menschen über die notwendigen Informationen und Mittel verfügen sollten, um frei und eigenverantwortlich über Anzahl und Zeitpunkt ihrer Kinder entscheiden zu können. Dieses Ziel muss weiterhin für alle Menschen gelten – unabhängig von der Fertilitätsrate eines Landes.





Artwork: Stina Persson

INDIKATOREN

Überwachung der ICPD Ziele: Sexuelle und reproduktive Gesundheit	Seite 100
---	------------------

Überwachung der ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte	Seite 106
---	------------------

Demografische Indikatoren	Seite 112
---------------------------	------------------

Technische Hinweise und Anmerkungen	Seite 118
-------------------------------------	------------------

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Von Fachpersonal betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht infizierte Personen	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, die den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex	
	2023	2023	2023	2024	2023	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle		2025	2025	2022	2021
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung				
Welt und regionale Daten	2023	2023	2023	2024	2023	2025		2025		2025		2025	2025	2022	2021
Welt	197	174	234	87	0,17	49	64	44	58	8	11	77	76	68	
Stärker entwickelte Regionen	–	–	–	99	0,14	58	71	52	63	7	8	81	87	84	
Weniger entwickelte Regionen	–	–	–	82	0,17	50	68	46	61	7	9	80	72	64	
Am wenigsten entwickelte Länder	313	277	368	69	0,30	32	43	28	37	15	19	60	71	44	
UNFPA Regionen															
Arabische Staaten	133	98	184	84	0,05	33	53	28	45	10	15	65	65	61	
Asien und Pazifik	102	89	120	87	0,07	52	70	47	63	6	9	81	74	68	
Lateinamerika und Karibik	77	68	88	92	0,20	58	75	55	71	8	10	83	75	76	
Osteurope und Zentralasien	18	15	22	99	0,10	43	63	34	49	8	12	67	84	74	
Ost- und Südliches Afrika	276	233	352	74	0,73	35	44	32	40	15	20	64	72	46	
West- und Zentralafrika	669	538	920	62	0,34	22	25	19	21	16	21	49	70	40	
Land, Territorium oder Gebiet	2023	2023	2023	2004–2024	2023	2025		2025		2025		2025	2025	2022	2021
Afghanistan	521	339	942	68	0,04	21	30	18	26	15	23	51	56	41	
Ägypten	17	11	23	97	0,07	42	62	40	60	8	11	81	–	70	
Albanien	7	3	13	100	0,03	47	64	20	26	10	13	36	79	64	
Algerien	62	46	87	99	0,05	33	60	28	52	7	11	72	–	74	
Angola	183	117	286	50	0,44	18	19	16	17	26	34	38	62	37	
Antigua und Barbuda	35	19	55	99	–	41	62	39	59	10	13	76	–	76	
Äquatorialguinea	174	103	309	68	–	19	19	16	16	22	31	40	–	46	
Argentinien	33	26	41	99	0,09	58	71	56	68	10	11	83	92	79	
Armenien	19	15	30	100	0,19	37	60	21	33	7	12	47	87	68	
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Aserbaidshan	18	12	29	100	0,05	35	58	15	25	8	13	36	–	66	
Äthiopien	195	128	332	50	0,07	28	39	28	38	15	21	64	73	35	
Australien	2	2	3	99	–	58	67	56	64	7	10	86	–	87	
Bahamas	76	50	130	99	0,16	45	65	43	64	10	12	78	–	77	
Bahrain	17	12	25	98	–	37	63	27	45	7	12	60	73	76	
Bangladesch	115	82	167	70	0,01	54	65	46	56	8	10	75	–	52	
Barbados	35	18	56	98	0,14	50	63	47	60	12	14	75	44	77	
Belarus	1	1	2	100	0,10	52	62	45	53	11	11	73	83	79	
Belgien	4	3	5	–	–	61	67	60	66	6	8	91	–	86	
Belize	67	39	111	95	0,39	44	58	41	54	13	17	72	43	68	
Benin	518	393	740	81	0,10	20	23	16	19	21	29	39	91	38	
Bhutan	47	30	69	99	0,10	40	62	39	60	8	12	81	83	60	
Bolivien	146	98	243	72	0,16	45	68	34	51	10	15	62	94	65	
Bosnien und Herzegowina	6	3	10	100	0,02	39	51	20	23	9	13	43	70	66	
Botswana	155	96	268	100	1,90	58	70	57	69	8	10	87	64	55	
Brasilien	67	52	88	98	0,24	67	80	65	78	6	7	90	–	80	
Brunei Darussalam	36	25	52	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78	
Bulgarien	6	3	9	94	0,03	66	80	52	60	5	7	73	62	73	
Burkina Faso	242	155	367	96	0,08	33	37	31	35	13	16	67	81	40	
Burundi	392	251	611	75	0,12	21	35	19	31	16	26	52	65	41	
Cabo Verde	40	22	65	97	0,52	45	59	44	58	12	15	78	84	71	
Chile	10	7	13	100	0,18	66	78	61	72	6	8	86	–	82	
China	16	11	21	100	–	67	85	65	83	3	3	92	–	81	
China, Hong Kong	–	–	–	–	–	50	70	47	68	7	10	84	–	–	

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Von Fachpersonal betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht infizierte Personen	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, die den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
	2023	2023	2023	2004–2024	2023	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Fragen (15–49 J.), in %	2022	2021
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
China, Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	24	19	28	99	0,17	55	74	53	72	9	10	84	84	81
Côte d'Ivoire	359	237	568	84	0,35	29	29	25	25	17	21	54	64	43
Curaçao	–	–	–	–	–	39	46	36	43	15	21	67	–	–
Dänemark	4	3	5	96	0,01	63	77	59	73	5	6	88	87	82
Deutschland	4	3	5	96	–	55	68	54	67	6	9	88	87	88
Dominica	36	22	61	100	–	48	63	46	61	11	13	78	–	49
Dominikanische Republik	124	86	185	99	0,36	57	73	54	70	8	10	84	–	77
Dschibuti	162	80	337	87	0,29	16	32	16	31	13	25	54	–	44
Ecuador	55	48	66	96	0,12	54	80	49	73	7	6	81	92	77
El Salvador	39	25	63	98	0,13	52	74	49	69	8	10	82	92	78
Eritrea	291	176	483	34	0,06	9	15	9	14	16	28	35	–	45
Estland	5	3	9	99	0,08	63	75	52	63	5	7	77	98	79
Eswatini	118	72	209	93	4,20	47	62	46	61	12	16	79	98	56
Fidschi	30	20	47	100	0,40	25	38	22	33	15	23	55	–	58
Finnland	8	5	14	100	–	79	82	74	78	3	4	91	98	86
Frankreich	7	6	10	98	0,09	67	78	64	75	4	4	91	–	85
Französisch-Guayana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	233	134	424	95	0,79	26	28	20	19	21	28	43	58	49
Gambia	354	245	504	84	0,53	15	22	14	20	15	24	46	–	46
Georgien	20	13	27	100	0,14	32	49	23	35	12	18	53	94	68
Ghana	234	155	344	88	0,56	31	37	24	30	14	22	53	66	48
Grenada	48	29	95	100	–	45	65	42	60	10	12	76	–	70
Griechenland	5	3	8	100	0,05	50	74	37	52	4	7	68	72	77
Großbritannien und Nordirland	8	6	12	–	–	71	76	65	69	5	7	86	96	88
Guadeloupe	–	–	–	–	–	40	58	36	51	11	15	72	–	–
Guam	–	–	–	–	–	37	66	33	56	7	10	75	–	–
Guatemala	94	82	106	70	0,09	43	65	37	55	8	12	72	–	59
Guinea	494	337	764	55	0,33	15	15	14	14	18	23	44	79	40
Guinea-Bissau	505	313	851	54	0,53	33	25	31	24	16	19	64	80	37
Guyana	75	59	103	98	0,73	30	39	28	38	19	28	58	87	76
Haiti	328	218	569	42	0,48	30	40	27	37	23	32	52	65	54
Honduras	47	37	62	94	0,05	50	73	47	67	8	10	80	80	64
Indien	80	73	87	89	0,05	51	68	45	59	7	9	78	74	63
Indonesien	140	93	235	97	0,10	38	54	38	53	10	14	78	77	55
Irak	66	41	116	96	–	39	57	28	41	8	12	60	59	59
Iran	16	10	22	99	0,03	57	82	46	66	3	4	76	63	74
Irland	4	3	5	100	0,04	65	70	63	67	5	9	89	–	83
Island	3	1	6	97	0,03	–	–	–	–	–	–	–	–	89
Israel	2	1	4	100	0,03	40	73	31	56	5	8	69	–	85
Italien	6	5	9	99	0,03	59	67	49	52	5	9	77	–	84
Jamaika	130	96	175	100	0,42	37	66	34	60	9	10	73	76	74
Japan	3	2	4	100	–	51	59	46	52	9	15	76	85	83
Jemen	118	71	212	61	0,05	31	48	23	35	14	21	52	65	42
Jordanien	31	24	41	100	0,00	33	60	23	41	6	11	58	56	65
Jungfernseln (USA)	–	–	–	–	–	53	75	49	70	8	8	80	–	–
Kambodscha	137	96	239	99	0,07	43	64	32	47	8	11	63	98	58

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Von Fachpersonal betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht infizierte Personen	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, die den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
	2023	2023	2023	2004–2024	2023	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		2025	2022	2021
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
Kamerun	258	196	359	69	–	25	25	21	19	15	21	52	–	44
Kanada	12	8	18	98	–	73	82	70	80	3	4	93	–	91
Kasachstan	10	7	14	100	0,12	43	54	41	51	10	14	77	65	80
Katar	4	2	6	100	0,04	33	50	28	42	9	14	66	71	76
Kenia	379	267	547	89	0,31	46	64	43	61	6	9	82	48	53
Kirgisistan	42	33	55	100	0,11	26	43	25	41	10	17	68	73	69
Kiribati	80	34	152	92	–	24	33	20	27	16	22	50	–	48
Kolumbien	59	45	76	98	0,25	64	82	60	77	5	6	87	96	80
Komoren	179	103	308	97	0,01	13	17	10	13	22	32	28	–	48
Kongo	241	144	453	94	1,70	43	46	31	30	14	18	54	55	41
Kongo, Dem. Rep.	427	283	775	85	0,17	27	31	17	18	20	25	37	–	42
Korea	4	3	5	100	–	51	83	45	70	4	6	82	–	89
Korea, Dem. Volksrep.	67	38	114	100	–	62	75	59	72	7	8	86	83	68
Kroatien	3	2	4	100	0,01	46	71	33	47	4	8	66	98	80
Kuba	35	29	42	100	0,18	63	62	62	61	10	13	84	–	83
Kuwait	8	5	12	99	0,04	36	60	30	50	8	13	68	–	78
Laos	112	75	182	80	0,18	40	62	35	55	9	13	73	96	52
Lesotho	478	298	725	89	3,00	50	67	49	67	9	13	83	–	53
Lettland	19	13	28	98	0,15	58	72	52	62	6	9	81	70	75
Libanon	15	11	21	98	0,05	32	62	25	47	7	12	64	–	73
Liberia	628	436	913	84	0,15	29	29	28	28	24	30	52	–	45
Libyen	59	23	154	100	–	16	41	11	27	10	25	42	–	62
Litauen	8	5	12	100	0,06	47	71	39	58	6	8	73	87	75
Luxemburg	12	7	19	100	0,08	–	–	–	–	–	–	–	–	83
Madagaskar	445	326	652	46	–	42	52	36	46	12	14	68	–	35
Malawi	225	153	352	96	0,61	50	67	49	66	12	14	79	79	48
Malaysia	26	24	34	100	0,09	30	50	23	37	12	19	54	83	76
Malediven	32	22	50	100	–	17	25	14	20	20	29	37	93	61
Mali	367	268	498	66	0,24	20	22	19	22	20	23	48	–	41
Malta	8	4	14	100	0,09	54	80	43	63	3	5	76	–	85
Marokko	70	51	94	87	0,03	41	71	35	62	7	10	75	–	69
Martinique	–	–	–	–	–	40	60	37	54	10	15	73	–	–
Mauretanien	381	263	561	70	0,06	12	17	11	15	21	30	34	65	40
Mauritius	66	44	105	100	0,86	36	67	26	46	7	9	59	75	66
Mexiko	42	32	50	88	0,15	53	73	51	69	9	11	82	86	75
Mikronesien	129	56	302	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48
Moldau, Rep.	19	13	27	100	0,30	48	59	39	47	12	15	65	–	71
Mongolei	41	27	58	100	0,01	41	58	38	53	12	15	71	–	65
Montenegro	6	3	10	99	0,04	23	27	17	17	14	22	44	52	72
Mosambik	82	60	113	68	2,60	28	29	27	28	21	25	55	–	44
Myanmar	185	124	311	60	0,19	35	60	34	58	8	13	80	91	52
Namibia	139	91	223	88	2,20	53	62	53	61	10	14	83	88	63
Nepal	142	99	234	80	0,02	43	56	36	47	15	20	61	48	54
Neukaledonien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	7	4	9	96	0,01	64	81	60	75	4	5	88	95	85
Nicaragua ¹	60	45	77	94	0,10	59	82	57	79	5	6	88	75	70
Niederlande	4	3	6	–	–	63	73	60	70	5	7	88	100	85
Niger	350	227	563	44	0,05	12	15	12	14	16	20	41	–	35

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Von Fachpersonal betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht infizierte Personen	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, die den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex	
	2023	2023	2023	2004–2024	2023	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle		Verheiratet/in Beziehung		2022	2021
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung		
Nigeria	993	718	1540	51	0,34	20	24	16	19	15	19	46	–	38	
Nordmazedonien	3	1	5	100	0,02	44	54	22	22	9	13	41	–	74	
Norwegen	1	1	2	99	–	68	85	63	80	3	4	89	100	87	
Oman	13	9	19	100	0,02	22	39	15	27	13	24	44	70	70	
Österreich	6	4	11	98	–	66	73	63	70	5	7	89	–	85	
Pakistan	155	107	241	68	–	27	41	21	32	11	16	55	69	45	
Palästina ²	16	9	26	100	–	39	62	30	47	7	10	65	68	–	
Panama	37	30	43	93	0,35	47	60	45	57	13	17	74	72	78	
Papua-Neuguinea	189	119	307	56	0,65	29	40	24	33	17	24	52	–	30	
Paraguay	58	42	81	91	0,20	58	73	55	68	8	8	83	76	72	
Peru	51	40	62	95	0,19	54	78	42	60	5	7	72	85	71	
Philippinen	84	64	119	90	0,24	35	59	26	44	8	12	61	80	58	
Polen	2	1	3	100	–	54	74	44	59	6	8	73	89	82	
Portugal	15	9	24	97	0,05	58	74	50	63	4	7	80	95	88	
Puerto Rico	11	7	19	–	–	52	82	47	74	7	4	80	–	–	
Réunion	–	–	–	–	–	51	72	50	70	8	9	84	–	–	
Ruanda	229	158	373	94	0,24	40	67	37	62	9	12	76	82	49	
Rumänien	12	7	18	98	0,02	53	71	45	59	6	8	76	98	78	
Russland	9	6	15	100	–	49	68	43	58	7	9	76	70	79	
Salomonen	123	65	231	86	–	24	33	20	27	14	18	53	–	47	
Sambia	85	61	126	94	1,20	38	55	37	53	14	17	70	91	56	
Samoa	101	46	233	89	–	14	22	13	20	27	42	32	22	55	
San Marino	8	3	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	77	
Sao Tome and Principe	75	42	138	97	–	38	52	36	48	19	24	62	46	59	
Saudi-Arabien	7	5	11	100	0,04	23	41	19	34	11	21	55	–	74	
Schweden	4	3	6	–	–	59	70	56	68	6	8	87	100	85	
Schweiz	5	4	8	–	0,02	73	73	68	68	4	7	89	94	86	
Senegal	237	173	365	94	0,16	21	29	20	28	13	19	58	75	50	
Serbien	11	8	16	100	0,03	47	59	30	30	6	11	56	99	72	
Seychellen	42	26	64	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75	
Sierra Leone	354	249	537	87	0,39	29	28	29	28	19	23	60	65	41	
Simbabwe	358	236	484	86	0,98	51	69	50	69	8	9	86	73	55	
Singapur	6	4	11	100	0,03	34	68	30	60	5	10	78	46	89	
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Slowakei	4	3	7	97	0,02	55	79	48	67	5	6	79	86	82	
Slowenien	3	2	6	100	–	49	79	41	67	3	5	80	–	84	
Somalia	563	244	1089	32	–	8	11	2	3	17	26	10	–	27	
Spanien	3	2	4	100	0,05	64	68	62	66	5	11	89	–	85	
Sri Lanka	18	15	25	100	0,01	46	68	37	56	5	7	74	86	67	
St. Kitts und Nevis	74	36	118	100	0,32	48	60	45	56	12	14	75	–	79	
St. Lucia	44	26	77	100	0,14	49	61	46	57	12	14	75	33	77	
St. Vincent und die Grenadinen	56	32	87	99	–	48	66	46	63	10	12	78	81	69	
Südafrika	118	92	137	97	2,70	51	59	51	59	10	14	83	95	71	
Sudan	256	159	415	78	0,11	12	18	11	16	17	27	37	57	44	
Südsudan	692	400	1254	40	0,56	7	9	7	8	22	29	23	16	34	
Suriname	84	54	121	100	0,83	35	49	35	48	14	21	70	–	63	
Syrien	20	11	38	96	0,00	35	62	26	47	7	12	63	81	64	
Tadschikistan	14	8	25	98	0,03	24	34	22	32	15	21	57	–	67	

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Von Fachpersonal betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht infizierte Personen	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, die den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
						Irgendeine Methode		Moderne Methode						
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
2023	2023	2023	2004–2024	2023	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2022	2021		
Tansania	276	192	429	85	0,85	33	40	28	34	16	20	57	–	43
Thailand	34	26	49	100	0,13	41	76	40	74	4	7	89	–	82
Timor-Leste	192	125	288	69	0,08	21	36	19	32	13	22	56	–	52
Togo	349	219	526	69	0,26	26	29	23	27	22	29	50	–	44
Tonga	67	30	156	98	–	18	34	16	29	13	25	50	–	57
Trinidad und Tobago	54	40	69	99	–	32	42	26	37	17	22	54	27	75
Tschad	748	493	1248	47	0,25	8	9	7	8	19	25	27	59	29
Tschechien	3	2	4	100	0,02	63	84	57	76	4	4	84	79	84
Tunesien	36	23	53	98	0,07	31	57	27	50	8	14	69	–	67
Türkei	15	11	22	97	–	43	72	30	50	6	9	63	78	76
Turkmenistan	5	2	8	100	–	36	54	34	51	8	12	77	94	75
Turks- und Caicosinseln	–	–	–	100	–	37	40	36	39	18	22	64	–	–
Tuvalu	170	75	409	100	–	20	27	18	24	19	27	46	–	52
Uganda	170	116	298	88	0,86	41	52	36	47	15	20	65	–	49
Ukraine	15	9	25	100	–	53	69	45	56	6	9	76	95	76
Ungarn	12	8	18	100	–	50	70	45	63	7	9	80	93	79
Uruguay	15	11	20	100	0,24	57	79	55	77	6	7	87	97	82
USA	17	13	21	99	–	60	76	53	67	5	6	80	–	86
Usbekistan	26	18	40	99	0,10	47	62	45	59	8	11	81	92	75
Vanuatu	100	38	265	91	–	38	49	33	42	15	19	61	–	47
Venezuela ³	227	148	371	99	0,27	54	76	51	72	7	9	82	–	75
Vereinigte Arabische Emirate	3	2	4	100	–	37	53	30	42	11	16	62	–	82
Vietnam	48	31	69	98	0,06	58	79	48	66	4	6	78	54	68
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	692	333	1299	40	–	22	24	17	19	21	26	40	77	32
Zypern	14	8	25	100	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81

ANMERKUNGEN

- Keine Daten verfügbar
- a Die MMR wurde nach folgendem Schema gerundet: <100, gerundet auf die nächste 1; 100-999, gerundet auf die nächste 1; und ≥1000, gerundet auf die nächste 10.
- 1 Nicaragua hat die Bereitstellung neuer Daten angekündigt; sollten diese Daten die aktuellen Schätzungen beeinflussen, wird der Bericht entsprechend aktualisiert. Nicaragua arbeitet weiterhin an der Stärkung seines Gesundheitssystem und hat die Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas (BIRMM) eingeführt. Diese Methode könnte in Zukunft eine Einstufung zur Müttersterblichkeit ermöglichen und zur Verbesserung der Schätzungen für das Land beitragen.
- 2 Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen, die Palästina den Status eines „beobachtenden Nicht-Mitgliedstaats in den Vereinten Nationen“ verleiht.
- 3 Die für Venezuela angegebene Zahl entspricht der globalen Schätzung der zwischenstaatlichen Expertengruppe der Vereinten Nationen zur Schätzung der Müttersterblichkeit (MMEIG) und basiert auf Daten, die einen Höchststand der Müttersterblichkeit markieren – noch vor dem beschleunigten Regierungsplan zur Senkung der Müttersterblichkeit, der mit technischer Unterstützung der Vereinten Nationen entwickelt wurde. Die Regierung der Bolivarischen Republik Venezuela berichtet von einem fortschreitenden Rückgang und hat offiziell eine nationale Schätzung von 65,56 pro 100.000 Lebendgeburten für das Jahr 2024 mitgeteilt.

DEFINITIONEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUELLEN

Müttersterblichkeitsrate (MMR): United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, die Weltbank und die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen), 2025.

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

Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht infizierte Personen: UNAIDS HIV Schätzungen 2024.

Anteil der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2025.

Anteil der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden, moderne Methode: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2025.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2025.

Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen, moderne Methode: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2025.

Gesetze und Vorschriften, die den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren: UNFPA, 2022.

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

Würde und Menschenrechte

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Welt und regionale Daten	2025	2024	2023	2018	2024	2024	2024	2024	2023	2023	2023	2023
Welt	38	19	–	13	56	75	88	75	84,35	0,99	67,14	0,99
Stärker entwickelte Regionen	8	–	–	–	87	98	96	92	–	–	–	–
Weniger entwickelte Regionen	41	–	–	–	56	74	88	75	–	–	–	–
Am wenigsten entwickelte Länder	88	36	–	22	46	68	86	68	–	–	–	–
UNFPA Regionen												
Arabische Staaten	42	17	54	15	58	92	91	67	–	–	–	–
Asien und Pazifik	24	18	–	13	63	79	91	81	–	–	–	–
Lateinamerika und Karibik	51	21	–	8	72	86	91	90	–	–	–	–
Osteuropa und Zentralasien	18	10	–	9	70	89	91	81	–	–	–	–
Ost- und Südliches Afrika	92	30	–	24	48	76	88	67	–	–	–	–
West- und Zentralafrika	101	33	18	15	26	44	80	55	–	–	–	–
Land, Territorium oder Gebiet	2001–2024	2006–2024	2004–2023	2018	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024
Afghanistan	62	29	–	35	–	–	–	–	–	–	45	0,55
Ägypten	37	16	87	15	–	–	–	–	92	1,00	70	0,94
Albanien	10	12	–	6	62	92	83	77	95	0,93	89	0,99
Algerien	11	4	–	–	–	–	–	–	97	1,00	80	1,10
Angola	163	30	–	25	39	75	74	63	–	–	–	–
Antigua und Barbuda	33	–	–	–	–	–	–	–	99	–	91	0,99
Äquatorialguinea	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentinien	26	16	–	5	92	98	95	99	99	–	95	1,09
Armenien	11	5	–	5	62	96	83	76	94	0,97	89	1,04
Aruba	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Aserbaidshan	37	15	–	5	–	–	–	–	91	0,99	84	1,05
Äthiopien	72	40	65	27	38	82	91	46	–	–	30	1,01
Australien	7	–	–	3	–	–	–	–	98	1,00	94	1,05
Bahamas	28	–	–	–	–	–	–	–	90	–	81	1,15
Bahrain	7	–	–	–	87	93	92	79	100	–	98	–
Bangladesch	71	51	–	23	64	77	94	86	76	1,32	75	1,02
Barbados	48	29	–	–	–	–	–	–	99	0,99	92	1,03
Belarus	12	5	–	6	–	–	–	–	96	1,00	95	1,04
Belgien	4	0	–	5	–	–	–	–	99	1,00	98	1,00
Belize	52	34	–	8	–	–	–	–	94	0,99	72	1,08
Benin	77	28	9	15	32	52	66	59	53	0,91	32	0,79
Bhutan	6	26	–	9	–	–	–	–	90	1,19	79	1,25
Bolivien	71	20	–	18	–	–	–	–	93	1,00	81	1,01
Bosnien und Herzegowina	9	4	–	3	–	–	–	–	98	–	77	1,09
Botswana	48	–	–	17	–	–	–	–	91	1,01	69	1,08
Brasilien	40	26	–	7	–	–	–	–	96	1,03	92	1,02
Brunei Darussalam	9	–	–	–	–	–	–	–	99	–	74	1,10
Bulgarien	37	–	–	6	–	–	–	–	94	1,00	89	0,97
Burkina Faso	93	51	56	11	12	33	56	41	44	1,17	24	1,23
Burundi	58	19	–	22	40	72	88	60	65	1,10	37	1,16
Cabo Verde	50	8	–	11	–	–	–	–	92	1,04	83	1,15
Chile	6	–	–	6	–	–	–	–	99	–	99	0,99
China	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hong Kong	1	–	–	3	84	96	88	98	–	1,00	76	0,99
China, Macao	0	–	–	–	–	–	–	–	90	0,97	86	1,05

Überwachung der ICPD Ziele

Würde und Menschenrechte

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Land, Territorium oder Gebiet	2001–2024	2006–2024	2004–2023	2018	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024
Costa Rica	25	17	–	7	–	–	–	–	94	1,00	89	1,02
Côte d'Ivoire	96	26	37	16	19	43	53	47	68	1,00	52	1,00
Curaçao	20	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	1,00
Dänemark	1	1	–	3	95	99	97	99	99	1,00	91	1,01
Deutschland	6	–	–	–	–	–	–	–	98	1,01	88	0,99
Dominica	49	–	–	–	–	–	–	–	93	0,90	89	0,97
Dominikanische Republik	77	32	–	10	77	88	92	93	90	1,01	65	1,11
Dschibuti	21	7	90	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	50	22	–	8	87	100	92	95	86	1,02	88	1,04
El Salvador	50	20	–	6	–	–	–	–	78	1,05	56	1,09
Eritrea	76	41	83	–	–	–	–	–	63	0,85	56	0,82
Estland	5	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	91	1,01
Eswatini	87	2	–	18	73	95	94	79	–	–	–	–
Fidschi	31	4	–	23	62	86	84	77	97	–	78	1,12
Finnland	3	0	–	8	–	–	–	–	99	1,00	95	1,01
Frankreich	3	–	–	5	–	–	–	–	100	1,00	96	1,02
Französisch-Guayana	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	100	13	–	22	48	60	90	86	64	1,03	53	1,05
Gambia	65	23	73	10	20	49	87	45	86	1,22	58	1,33
Georgien	22	9	–	3	65	95	79	84	98	–	98	0,99
Ghana	63	16	2	10	52	76	84	72	92	0,99	66	0,94
Griechenland	7	–	–	5	–	–	–	–	99	1,00	97	1,00
Grenada	31	–	–	8	–	–	–	–	96	–	90	0,96
Großbritannien und Nordirland	9	0	–	4	–	–	–	–	99	1,00	95	1,02
Guadeloupe	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	26	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	58	30	–	7	65	77	91	89	63	0,96	37	1,06
Guinea	128	47	95	21	15	41	76	40	46	0,78	27	0,67
Guinea-Bissau	84	26	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	65	32	–	11	71	92	90	83	73	0,96	63	1,09
Haiti	55	15	–	12	57	77	93	79	–	–	–	–
Honduras	97	34	–	7	70	84	88	94	57	1,08	39	1,22
Indien	11	23	–	18	66	82	92	83	85	1,01	57	1,03
Indonesien	36	16	51	9	–	–	–	–	95	1,06	76	0,99
Irak	70	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iran	23	17	–	18	–	–	–	–	93	0,99	79	1,00
Irland	3	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Island	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	83	1,02
Israel	6	1	–	6	–	–	–	–	97	1,00	96	1,02
Italien	3	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	94	1,00
Jamaika	35	27	–	7	–	–	–	–	79	1,02	81	0,99
Japan	2	–	–	4	–	–	–	–	100	–	98	1,02
Jemen	77	30	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordan	17	10	–	14	76	94	96	83	95	0,98	83	1,13
Jungferninseln (USA)	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kambodscha	48	18	–	9	80	92	93	91	86	0,86	50	1,29
Kamerun	98	30	1	22	35	55	74	67	53	0,93	35	0,87

Würde und Menschenrechte

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Land, Territorium oder Gebiet	2001–2024	2006–2024	2004–2023	2018	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024
Kanada	5	–	–	3	–	–	–	–	99	–	85	1,00
Kasachstan	17	7	–	6	–	–	–	–	96	0,99	99	1,00
Katar	4	2	–	–	–	–	–	–	95	1,02	87	1,06
Kenia	46	13	15	23	65	87	92	77	–	–	–	–
Kirgisistan	29	9	–	13	77	94	95	85	92	1,01	63	0,89
Kiribati	51	18	–	25	–	–	–	–	92	1,00	90	1,18
Kolumbien	39	23	–	12	–	–	–	–	96	1,02	87	1,03
Komoren	74	21	–	8	21	47	71	47	66	1,01	40	1,06
Kongo	111	27	–	–	27	41	87	71	–	–	–	–
Kongo, Dem. Rep.	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–
Korea	0	–	–	8	–	–	–	–	100	1,00	96	0,99
Korea, Dem. Volksrep.	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kroatien	7	–	–	4	95	100	97	98	–	–	94	1,06
Kuba	49	29	–	5	–	–	–	–	94	0,99	78	1,04
Kuwait	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Laos	89	31	–	8	–	–	–	–	64	1,01	36	0,92
Lesotho	53	13	–	17	69	94	94	76	68	1,13	41	1,20
Lettland	9	–	–	6	–	–	–	–	98	1,00	92	1,03
Libanon	17	6	–	–	–	–	–	–	67	1,06	45	1,34
Liberia	131	25	32	27	59	79	84	82	56	1,04	54	1,00
Libyen	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Litauen	6	0	–	5	–	–	–	–	99	–	99	1,02
Luxemburg	3	–	–	4	–	–	–	–	98	1,01	86	1,04
Madagaskar	143	39	–	–	72	87	93	88	61	1,05	31	1,00
Malawi	136	38	–	17	45	68	91	69	77	0,99	30	0,63
Malaysia	6	–	–	–	–	–	–	–	83	1,06	64	1,14
Malediven	8	2	13	6	54	89	84	70	96	–	68	1,18
Mali	145	54	89	18	5	20	66	26	–	–	–	–
Malta	10	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	90	1,04
Marokko	22	14	–	11	–	–	–	–	95	0,99	77	1,01
Martinique	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauretanien	90	37	64	–	25	63	79	44	67	1,03	38	1,04
Mauritius	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mexiko	40	18	–	10	–	–	–	–	92	1,03	69	1,13
Mikronesien	33	–	–	21	–	–	–	–	78	1,02	65	1,06
Moldau, Rep.	23	12	–	9	72	97	97	77	100	–	–	1,05
Mongolei	17	8	–	12	63	85	84	80	94	1,03	95	–
Montenegro	9	6	–	4	–	–	–	–	100	–	87	1,05
Mosambik	158	48	–	16	31	70	67	47	59	0,93	43	0,88
Myanmar	36	16	–	11	68	85	98	81	89	1,07	64	1,21
Namibia	22	7	–	16	71	91	83	94	98	–	80	1,01
Nepal	71	35	–	11	63	72	91	91	95	1,00	80	1,01
Neukaledonien	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	11	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	93	1,01
Nicaragua	71	35	–	6	–	–	–	–	83	0,90	63	0,99
Niederlande	2	–	–	5	98	99	99	99	100	1,00	95	0,99
Niger	150	76	2	13	7	21	77	35	26	0,96	12	0,83
Nigeria	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–

Überwachung der ICPD Ziele

Würde und Menschenrechte

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Land, Territorium oder Gebiet	2001–2024	2006–2024	2004–2023	2018	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024
Nordmazedonien	14	8	–	4	88	98	99	90	–	–	–	–
Norwegen	1	0	–	4	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Oman	5	4	–	–	–	–	–	–	86	1,01	76	0,99
Österreich	4	–	–	4	96	99	99	98	99	1,00	92	1,02
Pakistan	41	18	–	16	32	52	85	55	68	0,84	50	0,86
Palästina ¹	43	13	–	19	–	–	–	–	94	1,01	76	1,18
Panama	52	26	–	8	79	94	89	95	–	–	–	–
Papua-Neuguinea	68	27	–	31	57	86	84	76	69	0,94	43	0,84
Paraguay	72	22	–	6	–	–	–	–	84	1,01	74	1,04
Peru	29	19	–	11	–	–	–	–	–	–	91	1,01
Philippinen	27	9	–	6	82	95	91	92	89	1,00	80	1,04
Polen	6	–	–	3	–	–	–	–	100	1,00	99	1,01
Portugal	6	–	–	4	–	–	–	–	100	–	99	–
Puerto Rico	12	–	–	–	–	–	–	–	85	1,03	75	1,03
Réunion	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	24	6	–	24	61	83	95	76	95	1,03	62	1,06
Rumänien	31	7	–	7	–	–	–	–	84	1,00	73	1,02
Russland	13	6	–	–	–	–	–	–	100	–	55	0,94
Salomonen	49	21	–	28	–	–	–	–	77	1,04	64	1,08
Sambia	135	29	–	28	47	81	87	64	–	–	–	–
Samoa	55	7	–	18	–	–	–	–	99	–	78	1,20
San Marino	1	–	–	–	–	–	–	–	91	0,99	40	0,89
Sao Tome and Principe	86	28	–	18	46	69	78	79	94	0,99	73	1,03
Saudi-Arabien	8	3	–	–	–	–	–	–	99	1,00	99	1,00
Schweden	2	–	–	6	–	–	–	–	100	1,00	97	1,00
Schweiz	1	–	–	2	–	–	–	–	100	–	92	0,99
Senegal	67	30	20	12	8	35	62	22	35	1,31	17	1,31
Serbien	14	6	–	4	84	100	86	98	100	–	88	1,04
Seychellen	49	–	–	–	–	–	–	–	98	0,98	82	1,09
Sierra Leone	102	30	83	20	28	44	78	68	91	1,16	73	1,07
Simbabwe	87	34	–	18	60	87	93	72	86	1,03	51	0,99
Singapur	2	0	–	2	–	–	–	–	100	–	98	0,99
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	25	–	–	6	–	–	–	–	98	1,00	92	1,00
Slowenien	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	97	1,01
Somalia	116	45	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Spanien	5	–	–	3	–	–	–	–	98	1,00	94	1,01
Sri Lanka	16	10	–	4	–	–	–	–	93	1,02	78	1,05
St. Kitts und Nevis	74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	81	1,56
St. Lucia	24	24	–	–	–	–	–	–	85	1,11	80	0,98
St. Vincent und die Grenadinen	38	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	1,02
Südafrika	40	4	–	13	61	94	85	72	97	0,98	–	–
Sudan	87	34	87	17	–	–	–	–	65	0,94	33	1,09
Südsudan	158	52	–	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	40	36	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Syrien	54	13	–	–	–	–	–	–	49	1,12	27	1,24
Tadschikistan	39	9	–	14	27	48	79	54	–	–	–	–
Tansania	112	29	8	24	50	74	85	68	50	1,10	15	0,85

Würde und Menschenrechte

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungsmacht über Verhütung, in %	Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Land, Territorium oder Gebiet	2001–2024	2006–2024	2004–2023	2018	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2007–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024	2017–2024
Thailand	18	17	–	9	–	–	–	–	100	–	83	1,15
Timor-Leste	42	15	–	28	36	93	92	40	87	1,06	73	1,08
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	73	0,95	45	0,82
Tonga	30	10	–	17	–	–	–	–	99	–	67	1,33
Trinidad und Tobago	36	4	–	8	–	–	–	–	72	1,04	96	–
Tschad	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0,76	26	0,65
Tschechien	7	–	–	4	95	99	98	98	100	–	96	1,00
Tunesien	4	2	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Türkei	12	15	–	12	–	–	–	–	100	–	94	0,99
Turkmenistan	22	6	–	–	43	86	68	65	–	–	–	–
Turks- und Caicosinseln	13	23	–	–	–	–	–	–	90	–	94	0,78
Tuvalu	36	2	–	20	–	–	–	–	–	–	58	1,41
Uganda	111	34	0	26	59	74	88	86	51	0,98	25	0,83
Ukraine	13	9	–	9	81	98	95	86	89	1,01	78	1,07
Ungarn	17	–	–	6	–	–	–	–	97	1,00	90	1,01
Uruguay	23	25	–	4	92	99	96	97	100	1,00	91	1,06
USA	14	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	95	1,03
Usbekistan	37	3	–	–	70	89	90	85	97	1,00	94	1,00
Vanuatu	81	21	–	29	63	83	82	77	83	0,97	91	0,97
Venezuela	76	–	–	9	–	–	–	–	–	–	78	1,09
Vereinigte Arabische Emirate	3	–	–	–	–	–	–	–	100	–	100	1,00
Vietnam	29	15	–	10	–	–	–	–	97	0,96	67	1,13
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	184	61	22	21	–	–	–	–	45	0,69	17	0,60
Zypern	8	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	0,99

ANMERKUNGEN

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

DEFINITIONEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUELLEN

Anzahl der Geburten bei Jugendlichen: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2025. Regionale Aggregate entstammen den World Population Prospects: The 2024 revision. United Nations Population Division, 2024.

Ehen von unter 18-Jährigen: UNICEF, 2025. Regionale aggregierte Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten von UNICEF.

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Frauen, 15–49: UNICEF, 2025. Regionale aggregierte Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten von UNICEF.

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

Entscheidungsmacht sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte: UNFPA, 2025.

Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung: UNFPA, 2025.

Entscheidungsmacht über Verhütung: UNFPA, 2025.

Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr: UNFPA, 2025.

Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2025.

Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2025.

Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2025.

Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2025.

Demografische Indikatoren

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamt- bevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamt- fertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2025	
Welt und regionale Daten	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Männer	Frauen
Welt	8.232	82	24	16	24	65	10	2,2	71	76
Stärker entwickelte Regionen ²⁷	1.287	–	15	11	17	64	21	1,5	77	83
Weniger entwickelte Regionen ²⁸	6.944	71	26	17	25	65	8	2,4	70	75
Am wenigsten entwickelte Länder	1.216	30	38	22	31	58	4	3,8	64	69
UNFPA Regionen										
Arabische Staaten	439	36	33	20	29	62	5	3,2	70	74
Asien und Pazifik	4.239	128	22	16	23	68	10	1,8	72	77
Lateinamerika und Karibik	664	106	22	16	24	68	10	1,8	73	79
Osteuropa und Zentralasien	254	63	23	15	21	66	12	2,1	72	79
Ost- und Südliches Afrika	716	28	40	23	32	57	3	4,0	63	68
West- und Zentralafrika	534	31	41	24	33	56	3	4,3	58	60
Land, Territorium oder Gebiet	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Männer	Frauen
Afghanistan	43,8	26	43	24	34	55	2	4,7	65	68
Ägypten	118,4	47	32	20	29	63	5	2,7	70	74
Albanien	2,8	–	17	12	19	66	18	1,3	78	82
Algerien	47,4	54	30	18	24	63	7	2,7	75	78
Angola	39,0	23	44	24	32	53	3	5,0	62	68
Antigua and Barbuda	0,1	–	17	13	20	70	12	1,6	75	81
Äquatorialguinea	1,9	29	37	21	29	59	4	4,0	62	66
Argentinien	45,9	–	21	16	24	66	13	1,5	75	80
Armenien	3,0	–	19	13	19	67	14	1,7	72	80
Aruba ¹	0,1	–	17	13	19	66	18	1,6	74	79
Aserbaidshan ²	10,4	123	21	16	22	70	9	1,7	72	77
Ethiopia	135,5	28	39	22	32	58	3	3,8	65	71
Australien ³	27,0	72	18	12	18	64	18	1,6	82	86
Bahamas	0,4	–	18	14	21	70	12	1,4	71	78
Bahrain	1,6	33	18	12	18	78	4	1,8	81	82
Bangladesch	175,7	57	28	19	28	66	7	2,1	74	77
Barbados	0,3	–	17	12	19	66	17	1,7	74	79
Belarus	9,0	–	16	12	17	66	18	1,2	70	79
Belgien	11,8	–	16	12	17	63	21	1,4	80	85
Belize	0,4	51	26	18	27	69	5	2,0	71	77
Benin	14,8	29	41	23	32	56	3	4,4	60	63
Bhutan	0,8	101	20	16	25	73	7	1,4	72	76
Bolivien	12,6	52	29	19	28	65	6	2,5	66	72
Bosnien und Herzegowina	3,1	–	13	10	15	64	23	1,5	75	81
Botswana	2,6	44	32	19	29	64	4	2,7	67	72
Brasilien	212,8	–	19	14	21	69	11	1,6	73	79
Brunei Darussalam	0,5	92	21	14	21	72	7	1,7	74	78
Bulgarien	6,7	–	14	10	15	63	22	1,7	73	80
Burkina Faso	24,1	32	41	25	34	56	3	4,0	59	64
Burundi	14,4	29	44	26	35	53	3	4,7	62	66
Cabo Verde	0,5	–	25	19	27	68	7	1,5	73	80
Chile	19,9	–	17	12	19	69	15	1,1	80	83
China ⁴	1.416,1	–	15	12	18	70	15	1,0	76	81
China, Hong Kong ⁵	7,4	–	10	8	11	66	24	0,7	83	88
China, Macao ⁶	0,7	–	14	9	14	71	15	0,7	81	85
Costa Rica	5,2	–	18	14	21	69	13	1,3	79	84
Côte d'Ivoire	32,7	29	40	23	32	57	3	4,2	60	64

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamt- bevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamt- fertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Männer	Frauen
Curaçao ¹	0,2	–	15	12	18	68	17	1,1	73	81
Dänemark ⁷	6,0	–	16	11	17	63	21	1,5	80	84
Deutschland	84,1	–	14	9	14	62	24	1,5	79	84
Dschibuti	1,2	55	29	19	29	66	5	2,6	64	69
Dominica	0,1	–	18	13	20	69	13	1,5	68	75
Dominikanische Republik	11,5	88	26	17	26	66	8	2,2	71	77
Ecuador	18,3	82	24	17	26	68	9	1,8	75	80
El Salvador	6,4	–	24	17	27	67	8	1,8	68	77
Eritrea	3,6	33	38	24	35	58	4	3,6	67	71
Estland	1,3	–	15	11	16	63	22	1,4	75	83
Eswatini	1,3	64	33	21	31	63	4	2,7	61	67
Fidschi	0,9	–	27	18	26	67	7	2,3	66	70
Finnland ⁸	5,6	–	14	11	17	61	24	1,3	80	85
Frankreich ⁹	66,7	–	16	12	18	61	23	1,6	81	86
Französisch-Guayana ¹⁰	0,3	42	31	19	27	62	7	3,3	75	80
Französisch-Polynesien ¹⁰	0,3	–	18	15	22	70	12	1,5	82	87
Gabun	2,6	33	36	21	29	60	4	3,5	66	71
Gambia	2,8	32	40	24	33	57	3	3,8	65	68
Georgien ¹¹	3,8	–	20	14	19	64	16	1,8	70	79
Ghana	35,1	38	35	22	31	61	4	3,3	63	68
Grenada	0,1	–	19	15	22	68	13	1,5	73	79
Griechenland	9,9	–	13	10	15	63	24	1,3	80	85
Großbritannien und Nordirland ¹²	69,6	122	17	12	18	63	20	1,5	80	83
Guadeloupe ¹¹	0,4	–	16	12	18	59	25	2,1	79	86
Guam ¹³	0,2	98	26	16	23	61	13	2,7	74	82
Guatemala	18,7	46	31	21	31	64	5	2,3	71	75
Guinea	15,1	30	41	23	32	56	3	4,0	60	62
Guinea-Bissau	2,3	32	38	23	33	58	3	3,7	62	67
Guyana	0,8	118	29	18	27	64	7	2,4	67	74
Haiti	11,9	62	31	20	29	64	5	2,6	62	69
Honduras	11,0	42	30	19	29	65	5	2,5	71	76
Indien	1.463,9	79	24	17	26	68	7	1,9	71	74
Indonesien	285,7	90	24	17	24	68	8	2,1	69	74
Irak	47,0	33	36	23	32	61	3	3,2	71	74
Iran	92,4	81	22	15	21	69	9	1,7	76	80
Irland	5,3	72	18	14	20	66	16	1,6	81	85
Island	0,4	62	18	12	19	67	16	1,5	82	85
Israel	9,5	51	27	17	24	60	13	2,8	81	85
Italien	59,2	–	12	9	15	63	25	1,2	82	86
Jamaika	2,8	–	18	14	22	73	9	1,3	69	74
Japan	123,1	–	11	9	14	59	30	1,2	82	88
Jemen	41,8	24	41	22	31	56	3	4,4	67	72
Jordanien	11,5	–	30	21	29	65	5	2,6	76	80
Jungfernseln (USA) ¹³	0,1	–	16	11	17	60	23	2,1	71	82
Kambodscha	17,9	60	30	19	27	64	6	2,5	68	74
Kamerun	29,9	27	41	23	32	56	3	4,2	62	67
Kanada	40,1	77	15	11	17	65	20	1,3	81	85
Kasachstan	20,8	59	29	17	23	62	9	3,0	70	79
Katar	3,1	34	15	9	14	83	2	1,7	82	84
Kenia	57,5	36	36	23	33	61	3	3,1	62	66

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamt- bevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamt- fertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Männer	Frauen
Kirgisistan	7,3	47	32	19	27	62	6	2,8	68	76
Kiribati	0,1	48	34	21	28	61	4	3,1	65	68
Kolumbien	53,4	71	20	14	22	70	10	1,6	75	81
Komoren	0,9	38	37	22	31	59	4	3,8	65	69
Kongo	6,5	30	40	24	32	57	3	4,1	65	68
Kongo, Dem. Rep.	112,8	22	46	23	32	51	3	5,9	60	64
Korea	51,7	–	10	9	14	69	20	0,8	81	87
Korea, Dem. Volksrep.	26,6	–	19	12	19	68	13	1,8	72	76
Kroatien	3,9	–	14	10	15	63	24	1,5	76	82
Kuba	10,9	–	15	11	17	68	17	1,5	76	81
Kuwait	5,0	42	18	12	17	79	3	1,5	80	82
Laos	7,9	53	30	19	28	65	5	2,4	67	72
Lesotho	2,4	63	34	22	31	62	4	2,6	55	61
Lettland	1,9	–	15	11	16	63	22	1,4	72	81
Libanon	5,9	87	26	19	27	64	10	2,2	76	80
Liberia	5,7	34	39	24	33	58	3	3,8	61	64
Libyen	7,5	66	27	19	27	68	5	2,3	71	75
Litauen	2,8	–	15	10	15	65	21	1,2	72	81
Luxemburg	0,7	66	16	11	16	68	16	1,4	81	84
Madagaskar	32,7	29	39	22	32	58	3	3,9	62	66
Malawi	22,2	27	40	25	34	57	3	3,5	64	71
Malaysia ¹⁴	36,0	60	21	16	24	71	8	1,5	75	80
Malediven	0,5	–	19	14	20	76	5	1,6	80	83
Mali	25,2	24	46	25	34	52	2	5,4	59	62
Malta	0,6	73	13	9	13	67	21	1,1	82	86
Marokko	38,4	79	25	17	25	66	8	2,2	74	78
Martinique ¹⁰	0,3	–	15	11	16	59	26	2,0	80	86
Mauretanien	5,3	25	42	24	33	54	3	4,6	67	71
Mauritius ¹⁵	1,3	–	15	12	19	71	14	1,2	72	79
Mexiko	132,0	86	24	17	25	67	9	1,9	73	78
Mikronesien	0,1	–	31	21	30	62	6	2,7	64	71
Moldau, Rep. ¹⁶	3,0	–	20	14	19	64	17	1,7	67	76
Mongolei	3,5	60	32	20	26	63	5	2,6	68	77
Montenegro	0,6	–	18	13	19	64	18	1,8	74	81
Mosambik	35,6	25	44	24	33	53	3	4,6	61	67
Myanmar	54,9	111	24	16	24	68	8	2,1	64	71
Namibia	3,1	35	37	20	29	60	4	3,2	64	72
Nepal	29,6	–	28	19	29	65	7	1,9	69	72
Neukaledonien ¹⁰	0,3	77	21	14	22	67	12	2,0	77	82
Neuseeland ¹⁷	5,3	99	18	13	19	65	18	1,7	81	84
Nicaragua	7,0	54	28	19	28	66	6	2,2	73	78
Niederlande ¹⁸	18,4	116	15	11	17	64	21	1,4	81	84
Niger	27,9	22	46	25	34	51	3	5,8	61	63
Nigeria	237,5	34	41	24	34	56	3	4,3	54	55
Nordmazedonien	1,8	–	17	12	17	65	19	1,5	75	80
Norwegen ¹⁹	5,6	100	16	12	18	65	19	1,4	82	85
Oman	5,5	20	24	13	21	73	3	2,5	79	82
Österreich	9,1	–	14	10	15	65	21	1,3	80	85
Pakistan	255,2	44	36	22	32	59	4	3,5	66	70
Palästina ²⁰	5,6	39	38	22	31	59	4	3,2	70	77

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamt- bevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamt- fertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Männer	Frauen
Panama	4,6	58	25	17	24	66	10	2,1	77	83
Papua-Neuguinea	10,8	40	33	20	30	63	4	3,0	64	69
Paraguay	7,0	58	28	18	26	65	7	2,4	71	77
Peru	34,6	68	24	16	25	67	9	1,9	76	80
Philippinen	116,8	86	27	20	29	67	6	1,9	67	73
Polen	38,1	–	14	11	15	65	21	1,3	75	83
Portugal	10,4	–	13	9	15	62	25	1,5	80	85
Puerto Rico ¹³	3,2	–	11	10	17	63	25	0,9	79	86
Réunion ¹⁰	0,9	–	20	15	21	63	16	2,1	81	87
Ruanda	14,6	31	37	22	32	59	4	3,6	66	70
Rumänien	18,9	–	16	11	16	64	20	1,7	73	80
Russland	144,0	–	17	12	17	65	18	1,5	68	79
Salomonen	0,8	30	37	22	31	60	4	3,5	69	72
Sambia	21,9	25	41	24	33	57	2	4,0	64	69
Samoa	0,2	125	38	23	31	56	6	3,8	70	74
San Marino	0,03	–	12	10	15	65	23	1,2	84	87
Sao Tome and Principe	0,2	35	37	24	33	59	4	3,5	67	74
Saudi-Arabien	34,6	40	24	15	23	73	3	2,3	78	82
Schweden	10,7	–	17	12	18	62	21	1,4	82	85
Schweiz	9,0	–	15	10	15	65	20	1,4	82	86
Senegal	18,9	30	38	23	33	59	4	3,7	67	71
Serbien ²¹	6,7	–	14	10	15	63	23	1,5	74	80
Seychellen	0,1	40	20	13	19	71	9	2,1	70	77
Sierra Leone	8,8	34	38	23	32	59	3	3,6	60	64
Simbabwe	17,0	37	40	25	35	56	4	3,6	61	66
Singapur	5,9	110	12	9	18	74	14	1,0	82	86
Sint Maarten ¹	0,0	55	15	12	18	71	14	1,4	74	80
Slowakei	5,5	–	16	11	15	65	19	1,6	75	82
Slowenien	2,1	–	14	11	15	63	22	1,6	79	85
Somalia	19,7	21	47	23	32	51	3	5,9	57	62
Spanien ²²	47,9	–	13	10	16	66	22	1,2	81	87
Sri Lanka	23,2	133	22	15	23	66	12	1,9	75	81
St. Kitts und Nevis	0,1	–	18	12	19	70	12	1,5	69	76
St. Lucia	0,2	–	17	13	20	73	10	1,4	70	77
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	–	21	15	22	67	12	1,8	69	75
Südafrika	64,8	62	26	17	24	67	7	2,2	63	70
Sudan	51,7	22	40	23	32	56	3	4,2	64	70
Südsudan	12,2	35	38	26	37	59	3	3,7	55	61
Suriname	0,6	81	25	17	26	66	8	2,2	71	77
Syrien	25,6	20	28	22	33	67	5	2,7	71	75
Tadschikistan	10,8	39	36	21	28	60	4	3,0	70	74
Tansania ²³	70,6	24	42	23	32	55	3	4,5	65	70
Thailand	71,6	–	14	11	18	70	16	1,2	73	81
Timor-Leste	1,4	55	33	22	32	62	5	2,6	66	70
Togo	9,7	33	39	23	32	58	3	4,1	63	63
Tonga	0,1	–	35	24	33	58	7	3,1	70	77
Trinidad und Tobago	1,5	–	17	13	19	70	13	1,5	71	77
Tschad	21,0	26	46	24	33	52	2	5,9	54	57
Tschechien	10,6	–	15	11	16	64	21	1,5	77	83
Tunesien	12,4	124	24	16	22	67	10	1,8	74	80

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamt- bevölkerung in Mio.	Verdopplungszeit der Bevölkerung, in Jahren	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter ≥ 65, in %	Gesamt- fertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Männer	Frauen
Türkei	87,7	–	21	15	22	68	11	1,6	75	81
Turkmenistan	7,6	44	31	18	24	64	5	2,6	67	73
Turks- und Caicosinseln ¹²	0,1	104	16	11	16	72	12	1,4	76	81
Tuvalu	0,0	–	33	20	27	60	7	3,1	64	71
Uganda	51,4	26	43	24	34	55	2	4,1	66	72
Ukraine ²⁴	39,0	19	14	11	16	67	19	1,0	70	80
Ungarn	9,6	–	14	10	15	64	21	1,5	74	80
Uruguay	3,4	–	18	14	21	66	16	1,4	75	82
USA ²⁵	347,3	133	17	13	19	65	18	1,6	77	82
Usbekistan	37,1	38	31	17	23	63	6	3,5	70	76
Vanuatu	0,3	31	38	22	30	58	4	3,5	70	74
Venezuela	28,5	–	25	19	27	65	10	2,1	69	77
Vereinigte Arabische Emirate	11,4	30	16	10	18	82	2	1,2	82	84
Vietnam	101,6	118	23	16	22	68	9	1,9	70	79
Westsahara	0,6	41	23	15	22	70	7	2,2	70	74
Zentralafrikanische Republik	5,5	21	49	27	37	49	2	5,8	56	60
Zypern ²⁶	1,4	79	16	10	16	69	15	1,4	80	84

ANMERKUNGEN

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

DEFINITIONEN

Gesamtbevölkerung: Geschätzte Bevölkerung von Nationalstaaten zur Mitte des Jahres.

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

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

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

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

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

Bevölkerung im Alter ≥ 65 Jahre, in %: Anteil der Gesamtbevölkerung, der 65 Jahre alt oder älter ist.

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

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

QUELLEN

Gesamtbevölkerung: World Population Prospects: The 2024 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Verdopplungszeit der Bevölkerung: World Population Prospects: The 2024 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2024 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Bevölkerung im Alter 10–19 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2024 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2024 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2024 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Bevölkerung im Alter ≥ 65 Jahre, in %: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der World Population Prospects: The 2024 revision. United Nations Population Division, 2024.

Gesamtfertilitätsrate: World Population Prospects: The 2024 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Lebenserwartung bei der Geburt: World Population Prospects: The 2024 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2024.

Technische Hinweise und Anmerkungen

Die statistischen Tabellen im Weltbevölkerungsbericht 2025 enthalten Indikatoren, die den Fortschritt in Bezug auf die Ziele des Handlungsrahmens zur Umsetzung des Aktionsprogramms der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) sowie der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in den Bereichen Müttergesundheit, Zugang zu Bildung sowie reproduktive und sexuelle Gesundheit nachverfolgen. Darüber hinaus umfassen die Tabellen demografische Indikatoren. Sie unterstützen UNFPAs Fokus auf Fortschritte und Ergebnisse hin zu einer Welt, in der jede Schwangerschaft gewollt ist, jede Geburt sicher verläuft und das Potenzial jedes jungen Menschen verwirklicht wird.

Unterschiedliche nationale Behörden und internationale Organisationen können unterschiedliche Methoden bei der Erhebung, Hochrechnung oder Analyse von Daten anwenden. Um die internationale Vergleichbarkeit der Daten zu erleichtern, stützt sich UNFPA auf die Standardmethoden, die von den größten Datenquellen verwendet werden. Daher können sich die in diesen Tabellen dargestellten Daten in einigen Fällen von jenen unterscheiden, die von nationalen Behörden veröffentlicht wurden. Die in den Tabellen präsentierten Daten sind nicht mit den Daten aus früheren Ausgaben des Weltbevölkerungsberichts vergleichbar, da regionale Klassifikationen, methodische Ansätze und Zeitreihendaten überarbeitet wurden.

Die statistischen Tabellen basieren auf national repräsentativen Haushaltsbefragungen wie den Demographic and Health Surveys (DHS) und den Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), auf Schätzungen von Organisationen der Vereinten Nationen sowie interinstitutionellen Schätzungen. Sie beinhalten außerdem die aktuellsten Bevölkerungsprognosen aus der Publikation „World Population Prospects: The 2024 Revision“ sowie modellbasierte Schätzungen und Projektionen zu familienplanerischen Indikatoren aus dem Jahr 2024 (veröffentlicht von der Bevölkerungsabteilung des Wirtschafts- und Sozialdezernats der Vereinten Nationen). Die Daten werden durch Definitionen, Quellenangaben und Anmerkungen ergänzt. Die statistischen Tabellen im Weltbevölkerungsbericht spiegeln im Allgemeinen den Stand der verfügbaren Informationen im April 2025 wider.

Regionale Eingruppierung

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

Arabische Staaten

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

Asien und Pazifik

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

Lateinamerika und Karibik

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

Osteuropa und Zentralasien

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

Ost- und südliches Afrika

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

West- und Zentralafrika

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

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

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

Am wenigsten entwickelte Länder umfassen gemäß Definition der Generalversammlung der Vereinten Nationen in ihren Resolutionen (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 und 68/18), Stand Dezember 2024, 44 Staaten: Afghanistan, Angola, Äthiopien, Bangladesch, Benin, Burkina Faso, Burundi, Dem. Rep. Kongo, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Jemen, Kambodscha, Kiribati, Komoren, Laos, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Myanmar, Nepal, Niger, Ruanda, Sambia, Senegal, Sierra Leone, Salomonen, Somalia, Südsudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tschad, Tuvalu, Tansania, Uganda und Zentralafrikanische Republik. Diese Länder zählen auch zur Gruppe der weniger entwickelten Regionen.

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

Weitere Informationen: un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/ldc_list.pdf.

Anmerkungen zu Indikatoren

Müttersterblichkeitsrate. Dieser Indikator gibt die Anzahl der mütterlichen Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum pro 100.000 Lebendgeburten im selben Zeitraum an. Die Schätzungen werden von der zwischenstaatlichen Expertengruppe zur Schätzung der Müttersterblichkeit (MMEIG) erstellt und basieren auf Daten aus zivilen Registrierungssystemen, Haushaltsbefragungen und Volkszählungen. Schätzungen und Methodologien werden regelmäßig von der MMEIG sowie anderen Organisationen und wissenschaftlichen Einrichtungen überprüft und bei Bedarf überarbeitet, um die Datenlage zur Müttersterblichkeit laufend zu verbessern. Die Schätzungen sollten nicht mit früheren interinstitutionellen Schätzungen verglichen werden.

Geburten unter Betreuung durch qualifiziertes Gesundheitspersonal. Der Prozentsatz der Geburten, die durch qualifiziertes medizinisches Personal (Ärzt*innen, Pflegekräfte oder Hebammen) betreut wurden, gibt an, wie viele Entbindungen von Gesundheitspersonal begleitet werden, das in lebensrettender geburtshilflicher Versorgung geschult ist. Dies umfasst die notwendige Überwachung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, das eigenständige Durchführen von Geburten sowie die Versorgung Neugeborener. Traditionelle Geburtshelfer*innen – auch bei kurzer Schulung – werden nicht mitgezählt.

Geburtenrate bei Jugendlichen. Die Geburtenrate bei Jugendlichen misst das Risiko einer Mutterschaft unter jungen Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren. Bei zivilen Registrierungssystemen unterliegt die Rate Einschränkungen, die von der Vollständigkeit der Geburtenregistrierung, der Erfassung von lebendgeborenen, aber kurz darauf verstorbenen Kindern, der Genauigkeit der Altersangabe der Mütter und der Einbeziehung von Geburten aus früheren Perioden abhängen. Bevölkerungsdaten können durch fehlerhafte Altersangaben und unvollständige Erfassungen beeinträchtigt sein. Bei Erhebungen und Volkszählungen stammen sowohl Zähler als auch Nenner aus derselben Grundgesamtheit. Hauptprobleme hierbei sind Altersverzerrungen, das Auslassen von Geburten, falsche Angaben zum Geburtsdatum des Kindes und Stichprobenfehler.

Verhütungsrate, alle Methoden und moderne Methoden. Modellbasierte Schätzungen basieren auf Daten aus Stichprobenerhebungen. Die Umfragen schätzen den Anteil aller Frauen im reproduktiven Alter sowie verheirateter Frauen (einschließlich Frauen in eheähnlichen Lebensgemeinschaften), die aktuell eine Verhütungsmethode anwenden, jeweils bezogen auf alle Methoden oder ausschließlich moderne Methoden. Moderne Verhütungsmethoden umfassen weibliche und männliche Sterilisation, Intrauterinpessar (IUP), Implantate, Injektionen, Antibabypille, Kondome für Männer und Frauen, vaginale Barrieren (z. B. Diaphragma, Portiokappe sowie Spermizide wie Schaum, Gel, Creme oder Schwamm), die Stillmethode (LAM), Notfallverhütung sowie weitere moderne Methoden (z. B. Verhütungspflaster oder Vaginalring), die nicht separat ausgewiesen werden.

Nicht gedeckter Bedarf an Familienplanung (alle Methoden). Modellbasierte Schätzungen beruhen ebenfalls auf Stichprobendaten. Frauen, die traditionelle Verhütungsmethoden verwenden, werden nicht zum ungedeckten Bedarf gezählt. Es wird angenommen, dass alle Frauen (bzw. alle verheirateten oder in einer Beziehung lebenden Frauen) sexuell aktiv sind und einem Schwangerschaftsrisiko ausgesetzt sind. Diese Annahme einer allgemeinen Exposition kann zu niedrigeren Schätzungen führen als das tatsächliche Risiko bei tatsächlich exponierten Frauen. Besonders bei niedriger Verhütungsrate kann es vorkommen, dass ein Anstieg der Verhütungsrate mit einem Anstieg des ungedeckten Bedarfs einhergeht. Beide Indikatoren sollten daher gemeinsam interpretiert werden.

Anteil des erfüllten Bedarfs (moderne Methode). Hierbei wird die Verbreitung moderner Verhütungsmethoden durch die Gesamtnachfrage nach Familienplanung geteilt. Die Gesamtnachfrage ergibt sich aus der Summe der Verhütungsrate und dem ungedeckten Bedarf.

Anmerkung zu den Testimonials

Die Begriffe „Jugendliche“ und „junge Menschen“ sind in internationalen Dokumenten unterschiedlich definiert. Innerhalb der Vereinten Nationen bezieht sich der Begriff in der Regel auf Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren. Die hier gezeigten Aussagen wurden mithilfe eines Fragebogens gesammelt, der gezielt an ausgewählte Jugendliche weltweit verschickt wurde. Dabei wurde die weiter gefasste Definition aus der Afrikanischen Jugendcharta zugrunde gelegt, die sich allgemein auf Personen im Alter von 15 bis 35 Jahren bezieht.

Anmerkung zur UNFPA/YouGov-Umfrage

Die Umfragen wurden von YouGov durchgeführt, einem internationalen Online-Marktforschungs- und Analyseunternehmen mit einem der größten Forschungsnetzwerke weltweit. Diese Online-Umfrage wurde teilweise als Pilotprojekt durchgeführt, um eine vertiefende Forschung vorzubereiten, die auf den in diesem Bericht beschriebenen Ergebnissen aufbauen soll. Wie bei allen Umfragen gibt es eine Reihe von Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten. Eine Zusammenfassung der Umfrageergebnisse ist online unter folgender Adresse verfügbar: ygo-assetswebsites-editorial-emea.yougov.net/documents/UNFPA_Fertility_Tabs_Dec25_W.pdf

Die Auswahl der Länder beruhte auf der Verfügbarkeit eines YouGov-Panels oder eines Partnerpanels sowie dem Bedarf, eine Vielfalt an Fertilitätsniveaus, Ländern und regionalen Kontexten abzudecken. Informationen zur Stichprobenauswahl, Gewichtung und Repräsentativität sind unter yougov.co.uk/about/panel-methodology einsehbar. Die Feldarbeit wurde vom 15. November bis 5. Dezember 2024 durchgeführt. Zielgruppe waren Männer und Frauen ab 18 Jahren. Die Stichprobengrößen verteilten sich wie folgt: In Brasilien wurden 1.053 Personen befragt, in Deutschland 1.066, in Ungarn 1.039, in Indien 1.048, in Indonesien 1.050, in Italien 1.010, in Mexiko 1.123 und in Marokko 1.117, wobei dort ausschließlich verheiratete Erwachsene teilnehmen konnten. In Nigeria umfasste die Stichprobe 528 Personen, in der Republik Korea 1.057, in Südafrika 1.033, in Schweden 1.009, in Thailand 1.076 und in den Vereinigten Staaten 1.054 Personen.

Datenbeschränkungen

In den meisten Fällen sind die Umfragen national repräsentativ. In Indonesien, Marokko, Nigeria und Thailand sind sie jedoch nur „online-repräsentativ“, d. h. sie spiegeln die Internetnutzenden der jeweiligen Länder wider. In Nigeria wurde eine kleinere Stichprobe verwendet. In Marokko konnten nur verheiratete Erwachsene teilnehmen, da es nicht möglich war, unverheiratete Frauen zur Fortpflanzung zu befragen; zudem waren Fragen zu Schwangerschaftsabbrüchen und sexueller Selbstbestimmung ausgeschlossen. Die Stichproben zeigen in Nigeria und Südafrika – sowie in geringerem Maße in Brasilien, Indien und Mexiko – eine urbane Verzerrung. Nach Prüfung der Daten belief sich die Gesamtstichprobengröße auf 14.256 Befragte im Alter von 18 bis 88 Jahren.

Aufgrund des Umfragedesigns fehlten bei der Frage nach der Zahl der Kinder der Befragten viele Angaben, die zusätzlich überprüft werden mussten. Deshalb wurde keine getrennte Analyse von Eltern und Kinderlosen durchgeführt, da dies zu Verzerrungen geführt hätte. Die meisten Analysen wurden nach Geschlecht getrennt durchgeführt, allerdings war dies in einigen Fällen nicht möglich – insbesondere bei Vergleichen zwischen Personen im reproduktiven und postreproduktiven Alter.

Impressum

**Herausgeberin
der deutschen Fassung:**

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

Koordination/Verantwortlichkeit:

Nicole Langenbach (DSW)

Redaktion:

Uwe Kerkow, Nicole Langenbach, Nils Hartung, Anke Witte und Celina Wild (DSW)

Gestaltung/Satz:

grafik.design, Simone Schmidt (Hannover)

Herausgeber des Berichts:

© UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen – 17. April 2025

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

Chefredaktion:

Ian McFarlane

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Rebecca Zerzan
Produktionsredaktion/Creative Director: Katherine Black
Autor*innen Exkurse: Leyla Alyanak, Richard Kollodge, Daisy Leoncio
Redaktion Exkurse: Richard Kollodge
Management der digitalen Ausgabe: Katherine Black
Beratung für die digitale Ausgabe: Enes Champo and Nahema Patwari
Faktenprüfung: Ralph Hakkert
Redaktionelle Unterstützung und Beratung: Jacqueline Daldin, Lisa Ratcliffe

Technische Beratung UNFPA:

Emilie Filmer-Wilson, Elizabeth Wilkins

Leitende Forschungsberaterin:

Shalini Randeria

Forscher*innen und Autor*innen:

Amanda Chatata, Nyovani Madise, Monika Mynarska, Anita Raj, Agnese Vitali, Rebecca Zerzan

Autoren der Fokusse:

Vladimíra Kantorová, Sunhye Kim, Ying-Yi Lin, Michelle O'Brien, Dr. Friday Okonofua, Elizabeth Root, Siqi Wu and Marita Zimmerman

Titelbild:

„Fertility“ von Graham Dean

Anmerkung zur Kunst:

Der diesjährige Bericht enthält die Arbeiten der Aquarellkünstler Graham Dean, Marianna Gefen, Cyan Haribhai und Stina Persson. Ihre vielschichtigen, fließenden Bilder fangen die Ambivalenz und Unsicherheit ein, die viele Menschen empfinden, wenn sie in der heutigen, sich wandelnden Welt Entscheidungen über ihre Fertilität treffen müssen.

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.



Druckprodukt mit finanziellem
Klimabeitrag
ClimatePartner.com/53326-2505-1023

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

Deutsche Kurzfassung



Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle

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

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