



 Weltbevölkerungsbericht 2023

8 Milliarden Leben, **UNENDLICHE MÖGLICHKEITEN:**

ein Plädoyer für
Rechte und freie Entscheidungen

Deutsche Kurzfassung

UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

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

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

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

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

Mehr Informationen unter www.dsw.org



Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle

8 Milliarden Leben, **UNENDLICHE MÖGLICHKEITEN:**

ein Plädoyer für Rechte und
freie Entscheidungen



INHALT

VORWORT4

ZUSAMMENFASSUNG6



KAPITEL 1

Unsere Menschheits- familie, 8 Milliarden stark

SEITE 10

KAPITEL 2

Zu viele?

SEITE 22

FEATURE: Junge Menschen
gehen neue Wege 26

FEATURE: Heimliche Verhütung
gegen die Entscheidungsmacht
der Männer 34

KAPITEL 3

Zu wenige?

SEITE 38



KAPITEL 4

Wie es um die reproduktive Entscheidungsfreiheit steht

SEITE 54

FEATURE: Die Bedürfnisse unfruchtbarer Paare können in einer Welt, die auf das Bevölkerungswachstum fixiert ist, übersehen werden60

IM FOKUS: Ein Blick auf die Verwundbarsten: Sehr frühe Schwangerschaften und die Verletzung von Rechten68

KAPITEL 5

Rechte sind entscheidend

SEITE 70

INDIKATOREN 89

TECHNISCHE HINWEISE ... 108

VORWORT

Im November 2022 wuchs die Weltbevölkerung auf über acht Milliarden Menschen. Viele von uns sahen darin einen Meilenstein, den die Menschheitsfamilie feiern sollte – als Zeichen dafür, dass die Menschen länger leben, gesünder bleiben, mehr Rechte und mehr Entscheidungsfreiheit genießen denn je zuvor.

Über den Zusammenhang zwischen reproduktiver Selbstbestimmung und Gesundheit besteht kein Zweifel: Wenn Frauen bestärkt werden, selbstbestimmt über ihren Körper und ihr Leben zu entscheiden, dann geht es ihnen und ihrer Familie gut – und auch die Gesellschaft floriert.

Bei vielen ist jedoch eine ganz andere Botschaft angekommen: In etlichen Schlagzeilen wurde gewarnt, die Welt könnte auf eine „Überbevölkerung“ zusteuern oder ganze Länder und Regionen könnten hoffnungslos überaltern. Wenn Menschen gezählt und Bevölkerungsmilensteine überschritten werden, geraten die Rechte und das Potenzial des*r Einzelnen allzu leicht in den Hintergrund. Immer und immer wieder erleben wir, dass Fertilitätsraten als Problem – und als Lösung – dargestellt werden, ohne dass denen, die die Kinder zur Welt bringen, eigene Handlungskompetenz zugestanden wird.

Dies sollte sich eigentlich längst geändert haben. 1994 wurde im Aktionsprogramm der

Weltbevölkerungskonferenz von Kairo (International Conference on Population and Development, ICPD) festgehalten, dass Programme für Bevölkerung und Entwicklung die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung der Frauen in den Vordergrund stellen und dafür sorgen sollen, dass Frauen ihre Fertilität selbst kontrollieren können.

Diese Vision wurde insbesondere auch deshalb formuliert, weil Frauenbewegungen nicht nur aufzeigten, welche Rechte verletzt werden, wenn Familienplanung als Instrument der „Bevölkerungskontrolle“ eingesetzt wird, sondern auch, wie durch die Stärkung von Frauen und eine selbstbestimmte Familienplanung individuelle Rechte gewährleistet werden. Heute wird in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung ausdrücklich anerkannt, dass sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Gleichstellung der Geschlechter unverzichtbar sind, wenn die Zukunft besser und nachhaltiger werden soll.

Aber warum wird es dann immer noch so vielen Frauen verwehrt, selbst über ihren Körper zu bestimmen? Neue Daten aus 68 Ländern zeigen, dass schätzungsweise 44 Prozent aller liierten Frauen nicht selbst über ihre Gesundheitsversorgung, über Sex oder Verhütung entscheiden können. Die Folge? Fast die Hälfte aller Schwangerschaften sind unbeabsichtigt. Damit wird das Grundrecht der Frauen

missachtet, frei und eigenverantwortlich über Anzahl und Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder bestimmen zu können.

Heute finden die Ängste vor „Über-“ und „Unterbevölkerung“ einen Nährboden im Klimawandel, in Pandemien, Konflikten, Massenvertreibungen, wirtschaftlicher Unsicherheit und anderen Problemen. Aber die Reproduktion der Menschen ist weder das Problem noch die Lösung.

Dieser Weltbevölkerungsbericht wurde von einem Team aus externen Berater*innen, Wissenschaftler*innen und Autor*innen in Zusammenarbeit mit Fachleuten und Redakteur*innen von UNFPA verfasst und geht der Frage nach, wie wir Bevölkerung in einem umfassenderen Sinne verstehen und neue Lösungen finden können, die zu demografischer Resilienz beitragen und helfen, eine Zukunft mit mehr Gerechtigkeit und Wohlstand zu gestalten.

Eine häufig übersehene Lösung für viele dieser Anliegen besteht darin, die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern. In Ländern mit niedriger Fertilität, in denen die Bevölkerung altert und die sich daher um ihre Arbeitsproduktivität sorgen, gilt Geschlechtergerechtigkeit in der Arbeitswelt als wirksamste Strategie, um Produktivität und Einkommensniveau zu steigern. In Ländern mit hoher Fertilität bringt die Stärkung der Frauen mittels Bildung und

Familienplanung bekanntlich enorme Dividenden in Form von Wirtschaftswachstum und der Entwicklung von Humankapital hervor.

Deshalb ruft UNFPA dazu auf, die Anstrengungen zur Verwirklichung der körperlichen Selbstbestimmung und der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte für alle zu verstärken. Sie bilden die Grundlage für vollständige Gleichberechtigung, für Würde und Chancen. Jedes Mitglied unserer Menschheitsfamilie hat das Recht, auf der Grundlage umfassender Informationen frei über die eigene Gesundheit, den eigenen Körper und die eigene Zukunft zu entscheiden. An diesem Recht sollten sich alle Diskussionen über Bevölkerungsfragen orientieren. Beim Thema Bevölkerung geht es schließlich um Menschen. Es geht darum, die Voraussetzungen zu schaffen, unter denen alle acht Milliarden frei und gleich an Würde und Rechten auf einem gesunden, sicheren und florierenden Planeten leben können. Unsere Investitionen in die Menschen und ihr Potenzial, in ihre Rechte und Entscheidungsfreiheit kommen der gesamten Menschheit zugute.

Dr. Natalia Kanem

Exekutivdirektorin Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)

ZUSAMMENFASSUNG

Wir leben in einer Welt, in der die Menschheitsfamilie größer ist als je zuvor. Eine Welt, in der wir alle länger leben und uns insgesamt einer besseren Gesundheit, mehr Rechten und Möglichkeiten erfreuen als je zuvor in der Geschichte der Menschheit. Unsere Welt ist aber auch eine der Ängste: Die alltäglichen Belastungen nehmen rapide zu, inmitten wirtschaftlicher Unsicherheit, der existenziellen Frage des Klimawandels, der immer noch steigenden Zahl der Opfer der Covid-19-Pandemie und der anhaltenden Zerstörung durch Konflikte.

Im November 2022 gaben die Vereinten Nationen bekannt, dass die Weltbevölkerung die Achtmilliardengrenze überschritten habe. Gleichwohl lebten inzwischen zwei Drittel der Menschen an Orten, an denen die Fertilitätsrate unter die nachhaltige Anzahl von 2,1 Geburten pro Frau gefallen sei. „Zu viele“ Menschen würden den Planeten überfordern,

verkünden viele Experten. Andere warnen davor, dass „zu wenige“ Menschen zum Zusammenbruch der Zivilisation führen würden. Jeder Bevölkerungstrend scheint seine eigene Katastrophenvision heraufzubeschwören: Zu viele junge Menschen? Destabilisierend. Zu viele alte Menschen? Eine Last. Zu viele Migrant*innen? Eine Bedrohung.

Sicherlich gibt es viele berechtigte und drängende Sorgen im Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung, wie z. B. die komplexen Zusammenhänge zwischen der Bevölkerungszahl, dem Wohlstand und dem Verbrauch fossiler Brennstoffe sowie die Herausforderungen bei der Haushaltsplanung für Infrastruktur, Gesundheitswesen und Rentenprogramme. Wenn wir solche Einzelheiten ausblenden, verschleiern wir jedoch genau die Probleme, die wir angehen müssen, und begraben sie unter Übertreibungen und Schuldzuweisungen: Fertilitätsraten, die von 2,1 abweichen, werden weithin als Warnsignale betrachtet, die entweder auf eine bevorstehende Überbevölkerung oder eine verheerende Bevölkerungsabnahme hindeuten. Daher sollten die Lösungen, so wird oft gesagt oder impliziert, mit der Fertilitätsrate in Zusammenhang stehen. Dieser Alarmismus birgt reale Gefahren: erstens, dass die Angst vor dem demografischen Wandel uns von ernststen, aber lösbaren Problemen ablenkt, und zweitens, dass diese Angst zu einer Rechtfertigung wird, Mädchen und Frauen ihr Recht auf körperliche Selbstbestimmung zu verweigern.



Bevölkerungsentwicklung zählt

Es gibt keine Zweifel: Die Entwicklung der Weltbevölkerung hat enorme Auswirkungen. Sie beeinflusst die Kultur und die sozialen Beziehungen, die Wirtschaft und den politischen Diskurs. Sie beeinflusst die Art und Weise, wie wir mit dem Klimawandel umgehen, wie wir Ressourcen verteilen, wie wir auf sich verändernde Arbeitnehmerstrukturen reagieren und vieles mehr.

Doch gerade weil die Bevölkerungsentwicklung so wichtig ist, dürfen wir die gesamte Menschheit nicht auf die Bedrohung durch eine „Bevölkerungsexplosion“ oder einen „Bevölkerungseinbruch“ reduzieren. Derartige Schwarzmalerei hält sich deshalb hartnäckig, weil sie einfache Argumente liefert und zur Rechtfertigung einfacher, aber falscher „Lösungen“ verwendet werden kann, wie z. B. die Festlegung von Fertilitätszielen zur „Korrektur“ der Bevölkerungsgröße. In letzter Zeit haben die Regierungen verstärkt Maßnahmen zur Erhöhung, Senkung oder Beibehaltung der Fertilitätsraten ergriffen. Zudem ist der Anteil der Länder mit Maßnahmen zur Erhöhung der Fertilität gestiegen, während der Anteil der Länder ohne Fertilitätspolitik gesunken ist.

Maßnahmen zur Beeinflussung der Fertilitätsraten müssen nicht notwendigerweise mit Zwang verbunden sein – sie können viele Formen annehmen –, aber die Analyse zeigt, dass Versuche, die Fertilität zu beeinflussen, grundsätzlich mit einer Einschränkung der menschlichen Freiheiten verbunden sind.

In Wirklichkeit gibt es weder eine perfekte Bevölkerungsgröße noch einen zuverlässigen Weg, um sie zu erreichen. Die Fertilitätsraten schwanken aus einer Vielzahl von Gründen, die weit über die Reichweite von Zielen und staatlichen Maßnahmen hinausgehen. Und bisweilen widersprechen die Bemühungen, die Bevölkerungsgröße zu manipulieren, sogar jeder Logik. Wenn man beispielsweise auf eine alternde Bevölkerung reagiert, indem man die Menschen dazu ermutigt, mehr Kinder zu bekommen, ignoriert man die Tatsache, dass dies kurzfristig weder den Arbeitskräftemangel noch die Rentenlast verringert, sondern dass dies sogar den Bedarf an anderen großen Investitionen wie Bildung erhöhen wird, lange bevor die Babys produktive, steuerzahlende Arbeitskräfte werden.

Dennoch werden solche Ansätze vielerorts nach wie vor akzeptiert. Es mag machbarer erscheinen, sich auf die Bevölkerungszahlen zu konzentrieren und Frauen davon zu überzeugen, mehr oder weniger Kinder zu bekommen, als die Klimakrise zu bekämpfen, indem Emissionen verringert oder Konsum und Produktion nachhaltiger gestaltet werden, oder in einen gleichberechtigten Zugang zu hochwertiger Bildung, Beschäftigung, Gesundheitsversorgung und sozialer Absicherung zu investieren. So werden die Körper von Frauen und Mädchen zu Instrumenten zur Durchsetzung von Bevölkerungsidealen. Ihr nach wie vor untergeordneter sozialer, politischer und wirtschaftlicher Status ermöglicht diesen Ansatz.



Sicherlich sind oft auch gute Absichten im Spiel; die Schaffung familienfreundlicher Bedingungen für diejenigen, die Kinder haben wollen, und die Bereitstellung von Verhütungsmitteln für diejenigen, die keine Kinder haben wollen, sind wichtige Bemühungen, welche die reproduktiven Rechte und die Gleichstellung der Geschlechter unterstützen. Allerdings ist ein Weltbild, in dem hohe Fertilitätsraten bedeuten, dass Verhütungsmittel benötigt werden, während niedrige Fertilitätsraten familienfreundliche Maßnahmen erforderlich machen, ebenfalls zu einfach. Unfruchtbarkeit ist in Kontexten mit hoher Fertilität ebenso weit verbreitet wie der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln an Orten mit niedriger Fertilität. In allen Fällen sind ein umfassendes Angebot an Diensten der reproduktiven Gesundheit und Schutzmaßnahmen für die Gleichstellung der Geschlechter erforderlich.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass diejenigen, die Fertilitätspolitiken erarbeiten oder umsetzen, die Steuerung der Fertilitätsraten als ihr Hauptziel erachten, und damit die Entscheidungsfreiheit der Frauen untergraben und ihre Rechte beschneiden. Allein in den 68 Ländern, die darüber berichten, sind schätzungsweise 44 Prozent der Frauen in Partnerschaften nicht in der Lage,

Entscheidungen über Gesundheitsversorgung, Sex oder Verhütung zu treffen. Die am meisten gefährdeten Menschen können ihre körperliche Selbstbestimmung – wenn überhaupt – nur sehr eingeschränkt wahrnehmen. Diese Tatsache verpflichtet uns, ihren Bedürfnissen, Rechten, Entscheidungen und ihrer Würde Priorität einzuräumen – auch in der Bevölkerungspolitik.

Auf dem Weg zu Rechten und Resilienz

Es ist eindeutig, dass die alten Rezepte zur Bewältigung des demografischen Wandels nicht funktionieren und in den schlimmsten Fällen zu Gewalt und Schaden führen. Glücklicherweise beginnen die Staaten, auf die Herausforderungen mit neuen Lösungen zu reagieren, die eine wirklich erfolgreiche, prosperierende Bevölkerung begünstigen. Bei der Planung des sich abzeichnenden demografischen Wandels setzen sie keine Ziele, sondern streben eine demografische Resilienz an. Mit diesem Ansatz bleiben die Sozial- und Wirtschaftssysteme im Einklang damit, was sich die Menschen selbst wünschen und was sie brauchen, um zu gedeihen.

Um diesen Weg einzuschlagen, müssen wir unser Verständnis von Bevölkerung erweitern und in die Datenerhebung und -analyse investieren, welche die Gesamtbevölkerung und die Fertilitätsraten zwar berücksichtigen, aber gleichzeitig auch darüber hinaus schauen. Eine genauere Einschätzung könnte sich beispielsweise aus der Betrachtung der Altersstruktur, der Migration, der Sterblichkeitsentwicklung und des Alters bei der Geburt eines Kindes ergeben. Die Daten könnten die



sich verändernden sozialen und geschlechtsspezifischen Normen und die Fertilitätswünsche einbeziehen. Und sie könnten demografische Auswirkungen der Geschlechtergerechtigkeit besser definieren: Eine größere Gleichstellung der Geschlechter in der erwerbstätigen Bevölkerung würde viel mehr dazu beitragen, die Wirtschaft in alternden Gesellschaften mit niedriger Fertilität zu erhalten, als eine Rückkehr zu einer höheren Fertilität.

Ebenso wichtig sind die Fragestellungen: Anstatt zu fragen, ob eine Fertilitätsrate zu hoch oder zu niedrig ist, könnten wir fragen, ob die Menschen ihre sexuellen und reproduktiven Rechte wahrnehmen können – und wenn nicht, was erforderlich ist, um diese Lücken zu schließen. Wie gut ist der Raum für freie Entscheidungen geschützt? Ist er für alle gleichermaßen geschützt, ohne Ausnahmen im Grundsatz oder in der Praxis, wie es die Menschenrechtsstandards verlangen?

Die Weltbevölkerungskonferenz von 1994 war ein Meilenstein für die Abkehr von der Ideologie der Bevölkerungskontrolle und die Hinwendung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten. Dies war in erster Linie dem starken Engagement der Frauenbewegungen und der



Bereitschaft der politischen Entscheidungsträger*innen zu verdanken, ihren Forderungen nach Rechten und Wahlmöglichkeiten Gehör zu schenken. Es ist an der Zeit, wieder zuzuhören.

Das bedeutet, auf die Stimmen derjenigen zu achten, die sich für sexuelle und reproduktive Gerechtigkeit einsetzen. Dabei geht es nicht nur um Einzelfaktoren wie den Zugang zu Verhütung, sondern um alle Bedingungen, die für Rechte und Entscheidungsfreiheit erforderlich sind – von wirtschaftlicher Sicherheit über eine saubere und nachhaltige Umwelt bis hin zur Befreiung von Gewalt und Diskriminierung.

Dieser Aufruf zum Handeln entspringt der Überzeugung, dass eine bessere Zukunft möglich ist, wenn wir alle an einem Strang ziehen. Das erfordert Maßnahmen nicht nur von politischen Entscheidungsträger*innen und Parlamentarier*innen, sondern auch von jungen Menschen, älteren Menschen, Aktivist*innen, dem privaten Sektor und Gruppen der Zivilgesellschaft. Gemeinsam müssen wir eine Welt schaffen, in der jeder Mensch seine Rechte, seine Entscheidungsfreiheit und seine Verantwortung wahrnehmen kann. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, eine nachhaltigere, gleichberechtigte und gerechtere Welt für alle acht Milliarden Menschen zu schaffen. Es ist an der Zeit zu handeln.







Unsere Mensch- heits- familie, **8 MILLIARDEN** stark



- > Mehr Neugeborene überstehen die heiklen ersten Lebensmonate.
- > Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder das Erwachsenenalter erreichen, ist gestiegen.
- > Menschen leben länger und gesünder.

— — —

Unsere Menschheitsfamilie hat jetzt acht Milliarden Mitglieder – ein Meilenstein, den es zu feiern gilt. Er ist das Ergebnis historischer Fortschritte in Medizin, Wissenschaft, Gesundheit, Landwirtschaft und Bildung. Mehr Neugeborene überstehen die heiklen ersten Lebensmonate. Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder das Erwachsenenalter erreichen, ist gestiegen, und die Menschen leben länger und gesünder.

In den letzten Jahrzehnten wurden diese Fortschritte durch die Verpflichtungen zu Menschenrechten, umfassender Gesundheitsversorgung, nachhaltiger Entwicklung und Gleichstellung der Geschlechter verstärkt, die von Regierungen, Nichtregierungsorganisationen, dem Privatsektor und vielen anderen eingegangen wurden. Dazu gehören auch die globalen Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable development goals, SDGs), die den Kern einer transformativen internationalen Agenda für Entwicklung für alle Menschen bis 2030 bilden.

Doch die Menschheit hat diese Bevölkerungszahl von acht Milliarden zu einem Zeitpunkt erreicht, an dem sich mehrere, sich überschneidende und eskalierende Krisen ereigneten: Der Covid-19-Pandemie sind bis heute mehr als sechs Millionen Menschen zum Opfer gefallen (Schätzungen gehen von bis zu 21 Mio. aus). Die Klimakatastrophe, geschwächte Volkswirtschaften, Konflikte, Nahrungsmittel- und Energieknappheit und technologiegesteuerte Desinformation stellen überall auf der Welt Bedrohungen dar. Die Zukunft kann düster erscheinen; mehr als sechs von sieben Menschen weltweit geben an, dass sie sich unsicher fühlen.

Inmitten dieser Ängste ist es allzu einfach, die größten demografischen Schlagzeilen der Gegenwart – acht Milliarden Menschen auf der Erde bei gleichzeitig historisch niedrigen Geburtenraten in vielen Ländern – als Zeichen einer bevorstehenden Katastrophe zu interpretieren. Die Menschen suchen nach Antworten, und „Bevölkerung“ kann ein willkommener Sündenbock für viele Probleme sein.

Diese Tendenz birgt Risiken in sich, auch indem sie Menschen, die anders aussehen oder anders leben, die Schuld zuschiebt. Wir sehen, wie sich diese Sorge gerade jetzt entfaltet. Sie äußert sich häufig in Form von Ängsten vor der so genannten „Überbevölkerung“ – der Vorstellung, dass es mehr Menschen gibt, als der Planet verkraften kann. Gleichzeitig werden, vor allem in Ländern mit geringerer Fertilität, Befürchtungen über eine „Unterbevölkerung“ laut, was wiederum Ängste vor einem Rückgang der Arbeitskräfte und dem „Zusammenbruch“ von Gesellschaften oder Nationen hervorruft. Vielerorts treten beide Befürchtungen gleichzeitig auf.

Sowohl der Ton als auch die Sprache solcher Behauptungen werden der Komplexität der Bevöl-

kerungsentwicklung sowie den Rechten und der Selbstbestimmung der einzelnen Personen nicht gerecht. Die Vorstellung, dass Länder oder die Welt auf eine ideale Bevölkerungsgröße, -zusammensetzung oder Fertilitätsrate hinarbeiten sollten, wird zwar weithin akzeptiert. Angestrebte Bevölkerungsgrößen sind jedoch oft implizit ein Zwangsmittel, das die Menschen zu reproduktiven Entscheidungen nötigt, die sie sonst vielleicht selbst nicht treffen würden.

Bevölkerungsdaten im Dienst der Menschenrechte

Alle Menschen haben das Recht, selbst zu entscheiden, wann (oder ob) sie Kinder haben wollen, wie viele Kinder sie haben wollen und mit wem sie sie haben wollen. Ihr Recht auf körperliche Selbstbestimmung bedeutet genau das: eine freie und bewusste Entscheidung, die nicht durch die Forderung behindert wird, im Dienste demografischer, wirtschaftlicher, sozialer, politischer, ökologischer oder sicherheitspolitischer Ansprüche zu leben.

Bevölkerungsdaten geben den politischen Entscheidungsträger*innen Aufschluss über die mögliche Zukunft und über künftige Möglichkeiten. Anhand dieser Daten können sie sich besser auf bevorstehende Veränderungen vorbereiten und prüfen, ob Investitionen in Systeme erforderlich sind, um eine große Zahl von Studierenden, Arbeitssuchenden oder Rentner*innen zu unterstützen.

Bevölkerungszahlen sind auch von entscheidender Bedeutung für die Steuerung von Strategien und Programmen zur Verwirklichung der SDGs, einschließlich der ihnen innewohnenden Verpflichtung, niemanden zurückzulassen. Die von der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen bereitgestellten Bevölkerungsdaten werden zur

> Die Wahrnehmung von Botschaften und Rhetorik über die Weltbevölkerung scheint mit einer großen Besorgnis über Fertilitätsraten und Einwanderung einherzugehen.

— — —

Überwachung von etwa einem Viertel der 231 SDG-Indikatoren verwendet. Anhand von Bevölkerungsdaten lassen sich anhaltende und allgegenwärtige Verletzungen der reproduktiven Rechte beziffern. Seit 2015 haben die Länder im Rahmen der SDG-Zielvorgabe 5.6.1 Daten zur körperlichen Selbstbestimmung vorgelegt. Daraus geht hervor, dass unannehmbar vielen Frauen und Mädchen in Partnerschaften weiterhin ihr Grundrecht verweigert wird, selbst zu entscheiden, ob sie medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, Sex haben und verhüten wollen. Im Jahr 2022 meldeten 68 Länder Daten zu der Zielvorgabe 5.6.1, aus denen hervorging, dass 24 Prozent der Frauen und Mädchen nicht in der Lage sind, „Nein“ zu Sex zu sagen, 25 Prozent keine Entscheidungen über ihre eigene Gesundheitsversorgung treffen können und elf Prozent nicht die Möglichkeit haben, über Verhütung zu bestimmen.

Die internationale Gemeinschaft hat wiederholt anerkannt und bekräftigt – vom Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) von 1994 bis zur Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung –, dass Menschenrechte und Gleichstellung der

Geschlechter Grundvoraussetzungen für eine friedlichere und prosperierende Zukunft für alle sind.

Zu diesem Zweck müssen wir eine Welt anstreben, in der der Schritt, ein Kind zu bekommen – einschließlich des Zeitpunkts und der Umstände jeder Geburt –, ein Akt der Selbstbestimmung, eine Bestätigung der eigenen Entscheidung und ein Ausdruck der Hoffnung ist.

Entscheidungsträger*innen werden resiliente Bevölkerungen nicht fördern, indem sie Zielvorgaben machen und Wahlmöglichkeiten einschränken. Stattdessen müssen sie eine Politik verfolgen, die es der einzelnen Person ermöglicht, ihre eigenen reproduktiven Ideale und ihr allgemeines Wohlergehen zu verwirklichen – unter anderem durch Bildung, Gesundheitsversorgung, sauberes Wasser, neue Chancen.

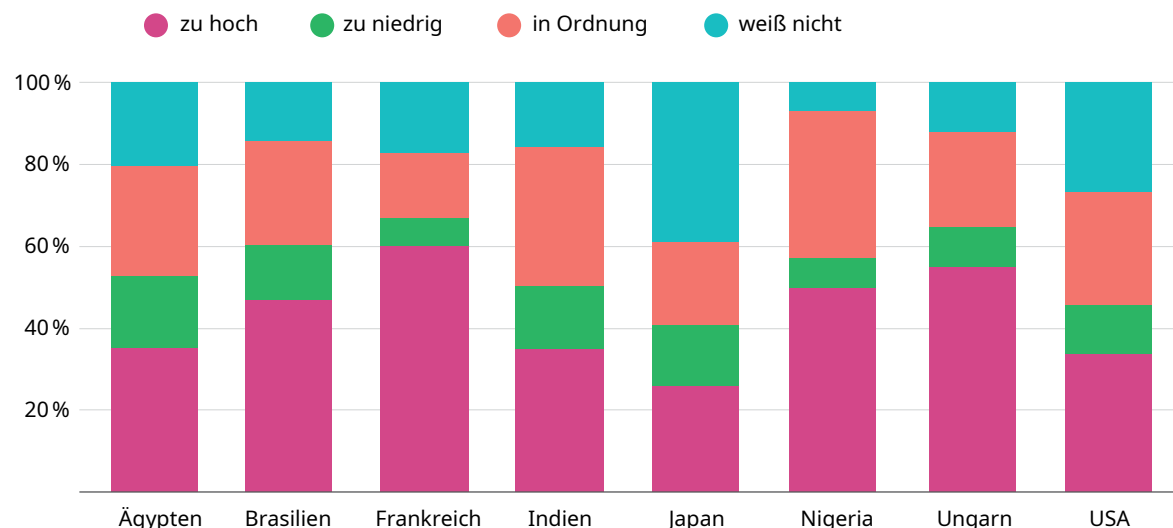
Perspektiven von der Öffentlichkeit und politischen Entscheidungsträger*innen

Um mehr über die Wahrnehmungen und Ängste im Zusammenhang mit der Bevölkerung in einer Welt mit acht Milliarden Einwohner*innen zu erfahren, wurde für diesen Bericht Forschung in Form einer allgemeinen öffentlichen Umfrage und Analyse sowie einer Sekundäranalyse einer routinemäßigen Umfrage der Vereinten Nationen zur Regierungspolitik durchgeführt.

Die öffentliche Umfrage

In der von UNFPA in Auftrag gegebenen und von YouGov durchgeführten öffentlichen Umfrage wurde eine repräsentative Stichprobe von 7.797 Personen in acht Ländern (Brasilien, Ägypten, Frankreich, Ungarn, Indien, Japan, Nigeria und den Vereinigten

Meinung der Befragten in den acht untersuchten Staaten zur globalen Fertilitätsrate



Quelle: UNFPA und YouGov Umfrage, 2022.

Staaten) nach ihrer Meinung zu Bevölkerungsangelegenheiten befragt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Ängste vor dem demografischen Wandel in weiten Teilen der Öffentlichkeit angekommen sind. In allen untersuchten Ländern waren die Befragten am häufigsten der Ansicht, dass die Weltbevölkerung zu groß sei. Zwischen 47 Prozent (Japan) und 76 Prozent (Ungarn) der Erwachsenen gaben dies an. In sechs Ländern (alle außer Japan und Indien) war die häufigste Meinung, dass die weltweite Fertilitätsrate von 2,3 zu hoch sei. Dieser Ansicht waren zwischen 26 Prozent (Japan) und 60 Prozent (Frankreich) der Befragten.

Andererseits waren zwischen 13 Prozent (Frankreich) und 30 Prozent (Nigeria) der Ansicht, dass die Größe der Weltbevölkerung in Ordnung sei. In Ungarn und Japan, den beiden Ländern mit den niedrigsten Fertilitätsraten unter den untersuchten Ländern, war die Mehrheit der Erwachsenen der

Ansicht, dass die heimischen Fertilitätsraten zu niedrig seien.

Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis war, dass in allen Ländern diejenigen, die keine Medienberichterstattung oder Nachrichten über die Acht-Milliarden-Bevölkerung gesehen hatten, auf die Frage, ob die Bevölkerung zu groß, zu klein oder genau richtig sei, eher mit „weiß nicht“ antworteten. Im Gegensatz dazu gaben diejenigen, die mit Äußerungen oder Medienbotschaften über die globale oder nationale Bevölkerungsgröße konfrontiert waren, eher an, dass die globale Fertilitätsrate zu hoch sei. Auch wenn es nicht vollständig möglich ist, einen kausalen Zusammenhang festzustellen, so ist doch klar, wie wichtig es ist, dafür zu sorgen, dass Rechte und Wahlmöglichkeiten im Mittelpunkt des Diskurses und der Vermittlung von Informationen über Bevölkerungsfragen bleiben.

Eine besonders wichtige Erkenntnis ergab sich, als die Befragten angeben sollten, welche Themen für sie beim Nachdenken über den Bevölkerungswandel in ihren eigenen Ländern am wichtigsten sind. In allen Ländern mit Ausnahme Japans standen Fragen im Zusammenhang mit der Politik zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und den damit verbundenen Rechten sowie anderen Menschenrechten im Vordergrund. Zwar findet die zentrale Bedeutung von Rechten nur selten Eingang in den von Politiker*innen und Medien geführten Diskurs über „Über-“ und „Unterbevölkerung“, aber in den Köpfen der Öffentlichkeit scheinen Rechte und politische Maßnahmen fast ebenso präsent zu sein wie die Besorgnis über die wirtschaftlichen und ökologischen Auswirkungen des Bevölkerungswandels.

Sekundäranalyse

Die Sekundäranalyse befasst sich mit den Daten, die von den Regierungen im Rahmen einer seit 1963 regelmäßig durchgeführten Umfrage der Vereinten Nationen über die Politik der Regierungen, der „Inquiry Among Governments on Population and Development“, übermittelt wurden. Die Analyse konzentrierte sich auf die Antworten aus den Jahren 2015, 2019 und 2021, also bevor die Menschheit die Zahl von acht Milliarden Menschen erreicht hatte. In diesen Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der Länder zu beobachten, die Maßnahmen zur Erhöhung, Senkung oder Beibehaltung der Fertilitätsrate ergriffen haben.

Länder, die die Fertilitätsrate durch politische Maßnahmen erhöhen wollen, weisen ein ähnliches Niveau der menschlichen Entwicklung auf wie Länder, die nicht diese Absicht verfolgen. Aufschlussreich ist jedoch, dass Länder, die keine politischen Maßnahmen zur Beeinflussung der Fertilitätsraten ergreifen, im Vergleich zu Ländern

mit angestrebter Fertilität bei der menschlichen Freiheit, gemessen am Human Freedom Index, deutlich besser abschneiden. Generell deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Länder ohne angestrebte Fertilität den Rechten der Menschen mehr Bedeutung beimessen.

Darüber hinaus zeigt die Analyse keinen Zusammenhang zwischen den Fertilitätsraten der Länder und der Zugänglichkeit ihrer Dienste für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Mit anderen Worten: Länder, die über größere Einschränkungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte berichten, haben keine höheren oder niedrigeren Fertilitätsraten.

Diese Daten zeigen jedoch auch, dass es einen besorgniserregenden Zusammenhang zwischen Einschränkungen in einem Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und solchen in anderen Bereichen gibt. In Ländern, die den Zugang zur Schwangerenfürsorge einschränken, ist beispielsweise auch der Zugang zu Verhütung tendenziell stärker behindert. Größere Einschränkungen bei der Verhütung korrelieren mit größeren Hindernissen bei Schwangerschaftsabbrüchen und der Betreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch. Dies deutet darauf hin, dass die Fertilitätsraten zwar nicht die Einschränkungen bei den Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit widerspiegeln, sehr wohl aber ungleiche Geschlechternormen, die tragischerweise nach wie vor weit verbreitet sind. Auch konnte nicht festgestellt werden, dass in Ländern mit niedrigerem Einkommen der Zugang zu Verhütung und Schwangerenfürsorge restriktiver ist als in Ländern mit höherem Einkommen, was darauf hindeutet, dass politische Entscheidungen und nicht Ressourcen die Unterschiede beim Zugang erklären.

Kurz gesagt, diese Analyse zeigt, dass die Ergebnisse kontraproduktiv sein können, wenn Dienste der sexuellen und reproduktiven Gesundheit – und sei es nur rhetorisch – als Mittel zur Beeinflussung der Fertilität betrachtet werden.

Hoffnung in Zeiten der Angst

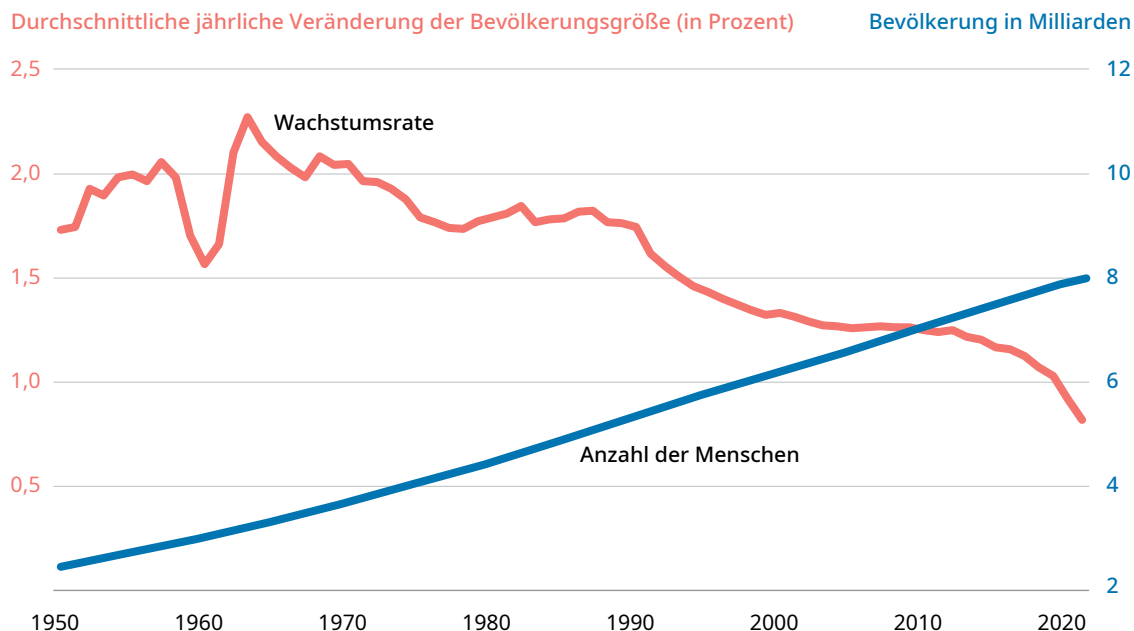
Menschen können nach keiner anderen Definition als ihrer persönlichen zu viele oder zu wenige Kinder haben. Was jedoch außerordentlich gut oder katastrophal schlecht sein kann, ist der Umgang mit Bevölkerungszahlen und -trends. Außerordentlich gute Ergebnisse können erzielt werden, wenn die Politik evidenzbasiert ist und die Menschenrechte gewahrt werden, während katastrophale Ergebnisse eintreten, wenn sie auf die realen Herausforderungen des Bevölkerungswandels

reagiert, indem sie Fertilitätslösungen vorschreibt, die Menschenrechte untergräbt – oder den Bevölkerungswandel gänzlich ignoriert.

In vielerlei Hinsicht mag die Angst vor dem demografischen Wandel eine verständliche Reaktion auf die vielen Ungewissheiten in der Welt sein. Verzweiflung lenkt jedoch nur von den Problemen ab, die angesprochen werden müssen, und schwächt die Motivation, die mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen zu bewältigen – was möglich ist. Staaten und Menschen können in einer Welt des demografischen Wandels gedeihen.

Obwohl die Zahl der Menschen noch nie so hoch war wie heute und die Gesamtbevölkerung noch mehrere Jahrzehnte lang wachsen wird, deuten die jüngsten Prognosen der Vereinten Nationen darauf

Wachstumsrate der Weltbevölkerung, 1950 bis 2021



Quelle: UN DESA, 2022.

hin, dass die Wachstumsrate der Weltbevölkerung gesunken ist und seit 2020 unter einem Prozent liegt. Dies ist größtenteils auf die sinkende Fertilität zurückzuführen; etwa zwei Drittel der Menschen leben in einem Land oder einer Region mit einer Gesamtfertilitätsrate von 2,1 Kindern pro Frau – was allgemein als Bestandserhaltungsniveau angesehen wird, bei dem die Bevölkerungszahl konstant bleibt – oder darunter.

In diesem Bericht wird die Mischung aus Ängsten und Befürchtungen untersucht, die sich aus diesen Trends ergibt. Kapitel 2 befasst sich mit der These, dass es „zu viele“ Menschen gebe, was zu Klimawandel und Umweltzerstörung führe. Der Weltklimarat (IPCC) hat das Wachstum des Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukts (BIP) und das Bevölkerungswachstum als die stärksten Triebkräfte für die Emissionen aus der Verbrennung fossiler Brennstoffe im letzten Jahrzehnt bezeichnet. Bei diesen Prognosen geht es jedoch nicht nur um Bevölkerungszahlen.

Denn die Wohlhabenden, die mehr konsumieren können und damit mehr Emissionen produzieren, haben einen viel größeren Einfluss auf den Klimawandel, obwohl sie eine Minderheit in der Menschheitsfamilie darstellen. Von den acht Milliarden Menschen verdienen rund 5,5 Milliarden mit etwa zehn Dollar pro Tag nicht genug Geld, um viel zu konsumieren und zu den Emissionen beizutragen, wenn sie überhaupt etwas zu ihnen beitragen. Auch wenn die Bevölkerungszahlen für das Verständnis der Klimaproblematik von entscheidender Bedeutung sind, verschleiert die Fixierung auf Zahlen allein die Maßnahmen, die alle Länder ergreifen müssen, um diese Herausforderungen zu bewältigen – von der Senkung der Emissionen bis hin zur Unterstützung einkommensschwacher Gesellschaften, ihr Leben an den Klimawandel anzupassen.

Kapitel 3 befasst sich mit der Angst vor einer schrumpfenden Bevölkerung, die in Ländern mit niedriger Geburtenrate immer häufiger anzutreffen ist und in denen die Sorge wächst, dass Nationen entweder verschwinden oder von Minderheiten oder Migrant*innengruppen „übernommen“ werden. In einigen europäischen Ländern und anderswo gibt es Bewegungen, die den „großen Austausch“ stoppen wollen, der angeblich durch die zunehmende Migration verursacht wird, und die stattdessen Frauen auffordern, Kinder zu bekommen, um die Bevölkerungszahl zu erhöhen.

Eine damit zusammenhängende Sorge ist die Alterung der Bevölkerung, die überall auftritt, aber in Ländern mit geringer Fertilität am deutlichsten zu spüren ist. Die Tatsache, dass Menschen heute länger und gesünder leben als jemals zuvor, sollte als große Errungenschaft angesehen werden. Dennoch sind Ängste vor einer alternden Bevölkerung weit verbreitet – einschließlich der Sorge um schwindende nationale Macht, nicht tragfähige öffentliche Haushalte und schwächelnde Volkswirtschaften. Die Erfahrung zeigt, dass viele der Probleme, die mit dem Rückgang der Bevölkerungszahl und Überalterung verbunden sind, bewältigt werden können. Eine der wirkungsvollsten Lösungen ist die Stärkung der Frauen, ihrer Selbstbestimmung und Unabhängigkeit.

Kapitel 4 veranschaulicht, warum diese Stärkung und Unabhängigkeit der Frauen und ihre körperliche Selbstbestimmung in den Mittelpunkt der Bevölkerungsdiskussion gehören. Zu viele Frauen auf der ganzen Welt sind nicht in der Lage, ihre Reproduktionswünsche zu erfüllen. Allgemein lässt sich sagen, dass viele Frauen in Ländern mit hoher Fertilität mehr Kinder haben als gewünscht, während für viele Frauen in Ländern mit niedriger Fertilität das Gegenteil zutrifft.

Die Annahme, dass sich alle Frauen in bestimmten Regionen weniger Kinder wünschen, während sich die Frauen in anderen Regionen mehr Kinder wünschen, erfasst nicht die Komplexität des Problems. So ist beispielsweise die Prävalenz der Unfruchtbarkeit in Ländern mit niedrigem Einkommen und hoher Fertilität, auch in Afrika südlich der Sahara, tragisch hoch. Im Gegensatz dazu gibt es in vielen Ländern mit niedriger Fertilität, darunter in Asien und Osteuropa, einen anhaltend hohen ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln.

Kapitel 5 bietet Lösungen an, die darauf abzielen, Familienplanungs- und Gleichstellungsprogramme nicht als Instrumente für angestrebte Bevölkerungsgrößen, sondern als Ziele an sich zu nutzen. Anstatt sich darauf zu konzentrieren, ob die Fertilitätsraten „zu hoch“ oder „zu niedrig“ sind, könnten die Verantwortlichen eher die Frage stellen, ob die Menschen in der Lage sind, frei und verantwortungsbewusst über die Anzahl und den Zeitpunkt von Kindern zu entscheiden und körperliche Selbstbestimmung auszuüben, und ob sie vertrauensvoll und angemessen Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen können. Inklusion ist eine zentrale Lösung auf allen Ebenen: eine umfassende Vision von Familienmodellen, von Diensten der reproduktiven Gesundheit und eine ganzheitliche Definition von Bevölkerung.

Weg vom Alarmismus, hin zur Stärkung von Frauen

Wir haben die Instrumente und Rahmenbedingungen, die es uns ermöglichen, alarmistische Debatten über „zu viele“ oder „zu wenige“ zu überwinden. Ein Beispiel dafür ist die internationale Forderung nach sexueller und reproduktiver Gerechtigkeit. Sie erfordert, dass die verschiedenen

Formen von Diskriminierung und Ungerechtigkeit angegangen werden. Die Umsetzung bedeutet, dass angestrebte Fertilität zurückgestellt wird und sichergestellt werden muss, dass die Menschen ohne Ausnahmen oder Ausgrenzungen die besten Möglichkeiten haben, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Dies bedeutet auch, qualitativ hochwertige und erschwingliche Gesundheitsdienste, ein existenzsicherndes Einkommen, eine saubere Umwelt und Schutz vor Gewalt und Stigmatisierung zu garantieren.

Ein weiterer wichtiger Ansatz ist die Bewegung für demografische Resilienz. Dies ist eine neue Sichtweise auf Bevölkerungspolitik und -maßnahmen, bei der Gesellschaften demografische Trends antizipieren und sich entsprechend anpassen und Chancen nutzen. Dabei stehen die Menschenrechte im Mittelpunkt aller Maßnahmen. Dies ist ein ausgewogener, positiver und umfassenderer Ansatz als die isolierte Betrachtung von Fertilitätsniveaus oder Bevölkerungszahlen.

Auf der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) in Kairo 1994 kamen die Regierungen überein, dass das Ziel jeder Bevölkerungspolitik darin bestehen sollte, die reproduktiven Rechte, die Wahlmöglichkeiten und die sexuelle Gesundheit der Menschen zu gewährleisten, und nicht darin, demografische Ziele zu erreichen. Angestrebte Fertilität sollte nicht zu einem Selbstzweck werden; vielmehr sind sehr hohe oder niedrige Fertilitätsraten oft ein Symptom für einen Verlust körperlicher Selbstbestimmung und reproduktiver Entscheidungsfreiheit. Ein stabilerer und produktiverer Gesellschaftsvertrag würde es vermeiden, den menschlichen Körper in den Dienst wirtschaftlicher, politischer, sicherheitspolitischer oder sonstiger nationaler Ziele zu stellen, sondern stattdessen die Menschenrechte wahren und das menschliche Wohlbefinden fördern.

> Die Sprache der Rechte verwenden

Auf der „Makro“-Ebene, auf der viele Demografieexpert*innen und politische Entscheidungsträger*innen arbeiten, wird die Fertilität oft einfach als eine von drei Komponenten des Bevölkerungswandels (neben Sterblichkeit und Migration) betrachtet. Häufig wird gefordert, sie zu „reduzieren“ oder zu „steigern“. Dabei wird die Handlungsfähigkeit der einzelnen Person in dieser Sprache jedoch auffällig wenig berücksichtigt. Familienplanungsprogramme wurden als Instrumente zur Verringerung der Fertilität eingesetzt, ja sogar gefördert, und nicht als Instrumente zur Sicherung der Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen. Werden reproduktive Rechte und Wahlmöglichkeiten als oberstes Ziel jeder Bevölkerungspolitik vernachlässigt, öffnet sich zwangsläufig die Tür für Druck, Zwang und Missbrauch.

Wir können diese Kluft jedoch überbrücken, indem wir die reproduktiven Rechte zum Ausgangspunkt machen, anstatt sie nur voraussetzen oder nachträglich zu berücksichtigen. Dies bedeutet nicht, dass wir die Ernsthaftigkeit der Bevölkerungsproblematik in Abrede stellen, für die eine rationale, evidenzbasierte und auf den Menschenrechten basierende Bevölkerungspolitik benötigt wird. Diese Politik muss jedoch mit Sorgfalt konzipiert und erläutert werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Sprache ein Machtinstrument ist und dass hier Menschenleben auf dem Spiel stehen.

In diesem Bericht werden die folgenden Begriffe mit den folgenden Definitionen verwendet:

Bevölkerungskontrolle - die bewusste Kontrolle des Wachstums, der Größe oder der Verteilung einer menschlichen Bevölkerung (dieser Begriff wird weithin mit Maßnahmen assoziiert, die gegen die Menschenrechte verstoßen, wie z. B. Zwangssterilisationsprogramme, wird aber in einigen Kontexten weiterhin zur Beschreibung von Familienplanungsprogrammen verwendet, ohne dass dies eine negative Konnotation hat).

Angst vor dem demografischen Wandel - begründete oder unbegründete Ängste, die sich aus der Bevölkerungsgröße, der Bevölkerungsentwicklung, der Bevölkerungszusammensetzung oder der Fertilitätsrate ergeben.

Demografische Resilienz - die Eigenschaft oder Fähigkeit, sich an demografische Veränderungen anzupassen und davon zu profitieren.

Angestrebte Bevölkerungsgröße - Anzahl oder Anzahlbereiche von Menschen, die als Ziel einer bestimmten Bevölkerungspolitik festgelegt sind.

Angestrebte Fertilität* - Fertilitätsraten oder Änderungen der Fertilitätsraten, die als Ziel einer bestimmten Bevölkerungspolitik festgelegt wurden.

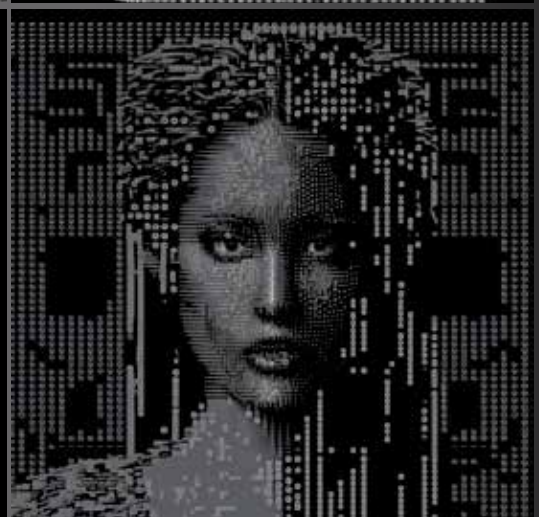
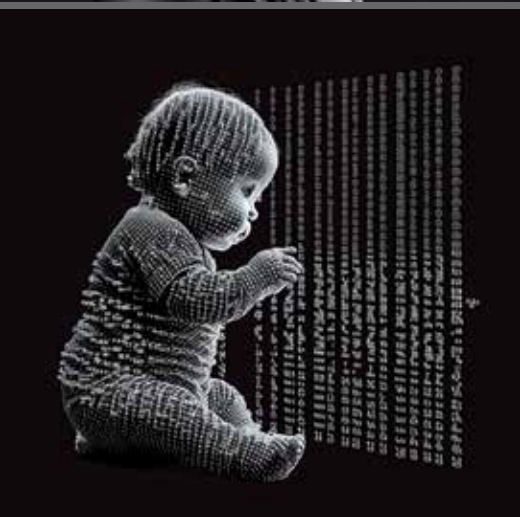
Bevölkerungspolitik - Politiken, die eine Reihe von Bevölkerungsfragen betreffen, darunter Bevölkerungsgröße und -wachstum, Bevölkerungsverteilung nach Alter, Fertilitätsrate und Ehe, reproduktive Gesundheit und Familienplanung, Gesundheit und Sterblichkeit, räumliche Verteilung und Urbanisierung sowie Binnen- und internationale Migration. Diese Politiken sind oft nicht umfassend unter einem einzigen Rahmen, Ministerium oder Programm zusammengefasst, sondern betreffen die Arbeit vieler verschiedener Behörden und Abteilungen innerhalb der Regierungen.

Fertilitätspolitik* - Politische Maßnahmen im Zusammenhang mit der Fertilität, vor allem im Bereich der Dienste der reproduktiven Gesundheit. In diesem Bericht bezieht sich der Begriff „Fertilitätspolitik“ jedoch speziell auf Politiken, die die Länder selbst in ihren Antworten auf die Umfrage unter den Regierungen zu Bevölkerung und Entwicklung als beabsichtigt bezeichnet haben, um die Fertilitätsraten zu beeinflussen.

Hohe Fertilität* - In diesem Bericht wird der Begriff „hohe Fertilität“ in einem vergleichenden Sinne verwendet und nicht als fester Schwellenwert für die Fertilität, der an eine bestimmte Gesamtfertilitätsrate gebunden ist. Während der Begriff im Allgemeinen auf Fertilitätsraten verweist, die zu einem Bevölkerungswachstum führen – d. h. über etwa 2,1 Kinder pro Frau –, wird in diesem Bericht berücksichtigt, dass die Wahrnehmung dessen, was eine hohe Fertilität ausmacht, subjektiv und kontextspezifisch ist.

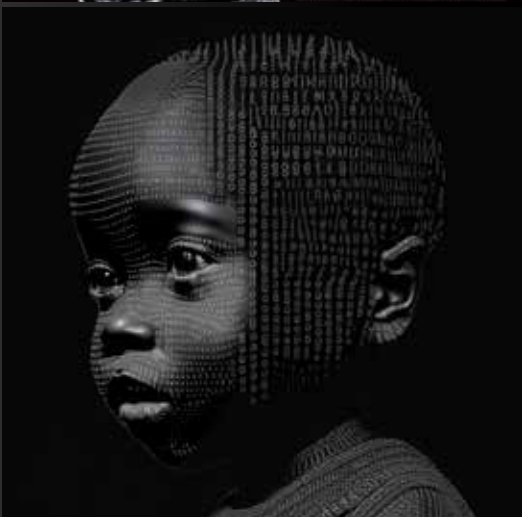
Niedrige Fertilität* - Ebenso wird „niedrige Fertilität“ in diesem Bericht in einem vergleichenden Sinne verwendet und nicht als fester Maßstab für die Fertilität, der an eine bestimmte Gesamtfertilitätsrate gebunden ist. Während der Begriff im Allgemeinen auf Fertilitätsraten verweist, die nicht zum Bevölkerungswachstum beitragen – d. h. die bei oder unter etwa 2,1 Kindern pro Frau liegen –, wird in diesem Bericht berücksichtigt, dass die Wahrnehmung dessen, was niedrige Fertilität ausmacht, subjektiv und kontextspezifisch ist.

*Anmerkung: Fertilität und Fertilitätsrate werden in diesem Bericht synonym verwendet.





Zu viele?



„Zu viele Menschen“ – das ist eine bequeme Kurzformel, eine passende Ausrede für überlastete Infrastruktur, Klimakrise, Biodiversitätsverluste, wirtschaftliche Unsicherheit, Hunger und Sicherheitsrisiken. Damit wird aus der öffentlichen Wahrnehmung ausgeblendet, dass sich derartige Probleme nur mit geeigneten politischen Maßnahmen lösen lassen, unter anderem durch die Förderung von nachhaltigem Konsum, nachhaltiger Produktion und durch die Bekämpfung von Ungleichheit und Armut. So wird verschleiert, dass Systeme und Gesellschaften diese komplexen und miteinander verknüpften Probleme lösen müssen, ohne dabei Menschenrechte zu verletzen. So werden viele echte Herausforderungen mit einem einfachen, lebensfeindlichen Urteil vom Tisch gewischt: Wenn globale Katastrophen darauf zurückzuführen sind, dass es zu viele Menschen gibt, dann folgt daraus

logischerweise, dass die Zahl der Menschen reduziert werden muss, dass also irgendeine unbestimmte Anzahl Menschen überleben und sich reproduzieren sollte und die anderen nicht.

Doch es gilt, reale Probleme, reale Katastrophen abzumildern und abzuwenden – diese lassen sich nicht lösen, wenn man „zu viele“ als Ursache betrachtet. Dieses Kapitel zeigt, dass die Angst vor den „zu vielen“ tatsächlich allgegenwärtig ist. Es verweist darauf, dass die eigentlichen Probleme, aus denen die Angst vor der Überbevölkerung erwächst, nicht dadurch gelöst werden können, dass man die Größe oder Zusammensetzung der Bevölkerung verändert. Es werden Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt, wie wir mit klarem Blick und Fokus auf die Fakten Wege in eine bessere Zukunft beschreiten können.



Keine Evidenz: Demografie versus Umweltschutz

Die Vorstellung, weniger Menschen würden den Planeten automatisch entlasten und eine ökologische Erholung ermöglichen, hält sich hartnäckig. Oft wird die Bevölkerung als Ursache für gravierende globale Umweltprobleme, vom Klimawandel bis zum Artensterben gesehen. Die Antwort darauf: die Zahl der Menschen begrenzen.

Befürworter dieser Denkweise konnotieren die Bevölkerungszahl häufig mit Ernährungsunsicherheit, Bodendegradation, schwindender Biodiversität, Plastikverschmutzung, wachsendem Pandemierisiko, Überbevölkerung, Arbeitslosigkeit, Infrastrukturverfall, schlechter Regierungsführung und Konflikten. Daraus werden dann Forderungen nach grundsätzlichen Debatten über das Bevölkerungswachstum und anderen politischen Maßnahmen wie etwa die Einschränkung des Konsumverhaltens abgeleitet, um zukünftige Katastrophen abzuwenden. Diese Forderungen gewinnen weltweit an Zugkraft.

Allerdings gibt es erstaunlich wenige Belege für einen Zusammenhang zwischen Demografie und Umweltschutz. Bis heute gibt es kein einziges evidenzbasiertes Modell, mit dem sich die globale Umweltbelastung allein anhand von Bevölkerungszahlen berechnen oder vorhersagen lässt. Dieser Punkt wird häufig selbst von denen eingeräumt, die die These von der „Überbevölkerung“ vertreten.

Die Debatte über die „Überbevölkerung“ ist nicht harmlos. Es weist die Verantwortung für die Bekämpfung des globalen Ressourcenmangels, der Umweltzerstörung und des Klimawandels denen zu, die am wenigsten Chancen auf ein besseres Leben haben, die aufgrund ihres geringeren Konsums kaum zu den Problemen beitragen und deren

Rechte als erste zur Disposition gestellt werden. Vor allem Frauen und Mädchen müssen immer wieder erleben, dass ihr Körper als das Problem betrachtet wird und als Mittel erhalten soll, um die „Überbevölkerung“ zu beheben.

Zudem gehören marginalisierte Gruppen – beispielsweise Menschen, die in den am wenigsten entwickelten Ländern leben oder besonders von Armut und Vertreibung betroffen sind – meist zu den Verlierer*innen der mitgedachten demografischen „Lösung“. Die höchste Fertilität und das stärkste Bevölkerungswachstum finden sich tendenziell in den Ländern mit den geringsten Einkommen. Mit anderen Worten: Das „Problem“ der wachsenden Weltbevölkerung wird den Körpern verarmter Asiatinnen und Afrikanerinnen aus den Ländern südlich der Sahara angelastet, die am allerwenigsten zur globalen Umweltzerstörung und dem Klimawandel beitragen.

Doch selbst ein sofortiger Rückgang der Fertilität würde das Bevölkerungswachstum nicht verhindern. Zwei Drittel des bis 2050 prognostizierten Wachstums der Weltbevölkerung sind der Wachstumsdynamik der Vergangenheit geschuldet, die zur Altersstruktur der heutigen Bevölkerung geführt hat. Daher würden staatliche Maßnahmen zur Senkung der Fertilität die Wachstumsgeschwindigkeit bis zur Mitte des Jahrhunderts kaum bremsen. Den Projektionen zufolge wird die Fertilität bis 2050 auf 2,1 Kinder pro Frau zurückgehen. Dieser Wert gilt als ungefähres Niveau für ein langfristiges Nullwachstum bei niedriger Mortalität.

Mehr noch: Der ausschließliche Fokus auf das „Problem“ hoher Fertilität verschleiert die Tatsache, dass das Bevölkerungswachstum ganz wesentlich auch durch sinkende Sterblichkeitsraten bedingt ist. Im Jahr 2019 erreichte die durchschnittliche

Junge Menschen gehen neue Wege

Heute ist etwa jeder sechste Mensch auf der Welt zwischen 15 und 24 Jahre alt und die Zahl der jungen Menschen nimmt vor allem in Afrika südlich der Sahara sehr rasch zu. Manche Politiker*innen fürchten sich vor dieser Entwicklung, denn in ihren Augen entsteht damit ein Potenzial für politischen Aufruhr und Gewalt. Aufgrund der hartnäckigen negativen Klischees gelten junge Menschen vor allem als ein Problem oder gar Bedrohung, die es einzudämmen gilt.

Aber junge Menschen sind heute überall auf der Welt weniger das Problem als vielmehr Teil der Lösung. Mit kreativen Aktionen und entschlossenen Forderungen stellen sie in vielen Bereichen den Status quo auf den Prüfstand. Junge Menschen haben mit ihrer Kreativität Kunst und Kultur erneuert. Jugendbewegungen engagieren sich für Vielfalt und Menschenrechte. Tatkräftiger Aktivismus wirkt der Verzweiflung entgegen.

Fast die Hälfte der Weltbevölkerung ist unter 30, doch die Regierenden sind im Durchschnitt 62 Jahre alt. Manche Staaten schreiben ein Mindestalter von 40 Jahren vor, wenn jemand für ein politisches Amt kandidieren will. Demnach werden die meisten Gesetze von Menschen erlassen, die eine völlig andere Weltsicht haben als diejenigen, die in der krisengeschüttelten, von raschem Wandel und dem Internet geprägten Welt mit acht Milliarden Menschen aufgewachsen sind.

„Junge Menschen nehmen ihre Zukunft in die eigene Hand, indem sie neu erfinden, wie unsere Systeme funktionieren, und eine wahre Aufteilung der Macht innerhalb dieser Systeme fordern.“

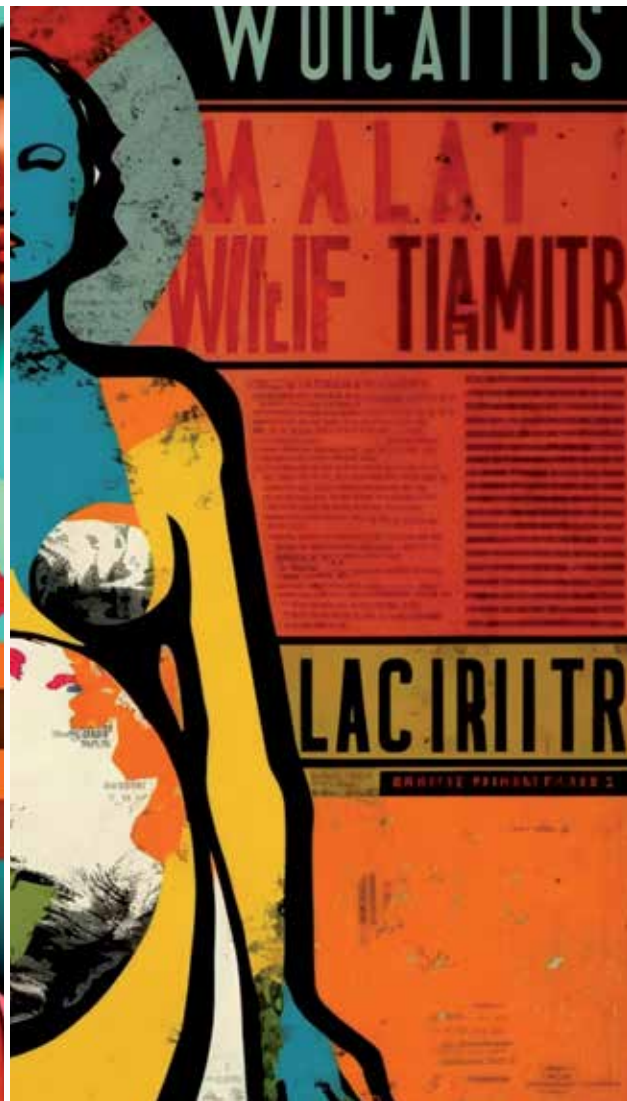
Lebenserwartung weltweit 72,8 Jahre – ein Anstieg um fast neun Jahre seit 1990. Man geht davon aus, dass sie bis 2050 auf 77,2 Jahre steigen wird, wobei die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Mortalität bereits eingerechnet sind. Dass die Mortalität schneller sinkt als die Fertilität, ist ein maßgeblicher Faktor für das Bevölkerungswachstum in Afrika südlich der Sahara. Auch wenn die Sterblichkeitsraten in dieser Region nach wie vor unannehmbar hoch sind, so kann Afrika südlich der Sahara im Bereich Gesundheit und Lebenserwartung seit dem Ende des Kolonialismus doch enorme Fortschritte verzeichnen.

Zudem weist Afrika nur einen Bruchteil der Bevölkerungsdichte etwa des Vereinigten Königreichs

> Vor allem Frauen und Mädchen müssen immer wieder erleben, dass ihr Körper als das Problem betrachtet wird und als Mittel erhalten soll, um die „Überbevölkerung“ zu beheben.

— — —

auf, und US-Amerikaner*innen verbrauchen durchschnittlich vierzigmal so viel Nahrung, Energie, Konsumgüter etc. wie Afrikaner*innen.

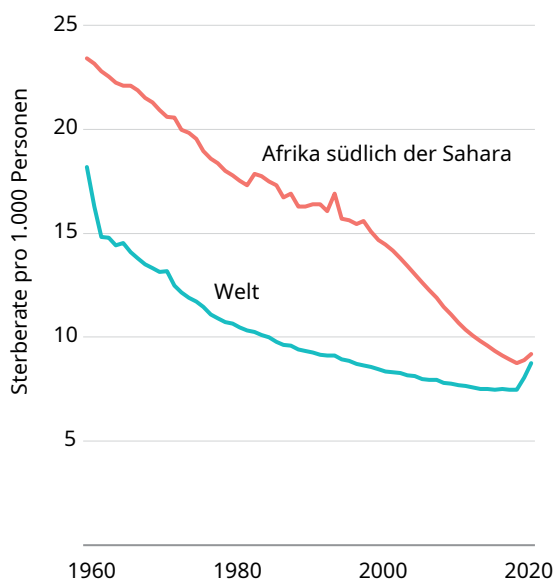




Was die Bevölkerung denkt

Wie weit ist die Ansicht verbreitet, die Weltbevölkerung sei „zu groß“ oder die Fertilitätsraten seien „zu hoch“? Die am häufigsten vertretene Meinung in der repräsentativen YouGov-Umfrage unter 7.797 Menschen aus acht Ländern lautete, die heutige Weltbevölkerung sei zu groß. In sechs der acht untersuchten Staaten (Brasilien, Ägypten, Frankreich, Ungarn, Indien und Nigeria) wurde dies von den meisten Menschen – zwischen 53 und 76 Prozent – so gesehen. In den beiden übrigen Ländern (den Vereinigten Staaten und Japan) wurde diese Ansicht von 49 bzw. 47 Prozent vertreten. Was die globale Fertilitätsrate betrifft, so herrschte in sechs der acht Staaten die Meinung vor, sie sei zu hoch.

Vergleich der rohen Sterberate in Subsahara-Afrika und weltweit, 1960 bis 2020



Quelle: UN DESA, 2022.

Das heißt natürlich nicht, dass die Befragten mehrheitlich glaubten, der Planet werde von Menschen überflutet, und auch nicht, dass sie der Meinung wären, die Fertilitätsraten seien ein geeignetes Instrument, um ein solches Problem zu lösen. Tatsächlich zeigten sich deutliche Unterschiede in der Beurteilung der jeweils eigenen Bevölkerungsgröße: In Brasilien, Ägypten, Indien und Nigeria wurde am häufigsten die Meinung vertreten, die Bevölkerung des eigenen Landes sei zu groß. Und die am häufigsten geäußerte Meinung über die Fertilität im eigenen Land lautete ebenfalls, sie sei zu hoch. In den vier übrigen untersuchten Ländern – Frankreich, Ungarn, Japan und den Vereinigten Staaten – waren die meisten Menschen der Meinung, die Bevölkerungsgröße des eigenen Landes sei „in Ordnung“.

Interessant ist, dass die Befragten in fünf der acht Länder (Brasilien, Frankreich, Ungarn, Japan und den Vereinigten Staaten) die Größe der Weltbevölkerung für besorgniserregender hielten als die

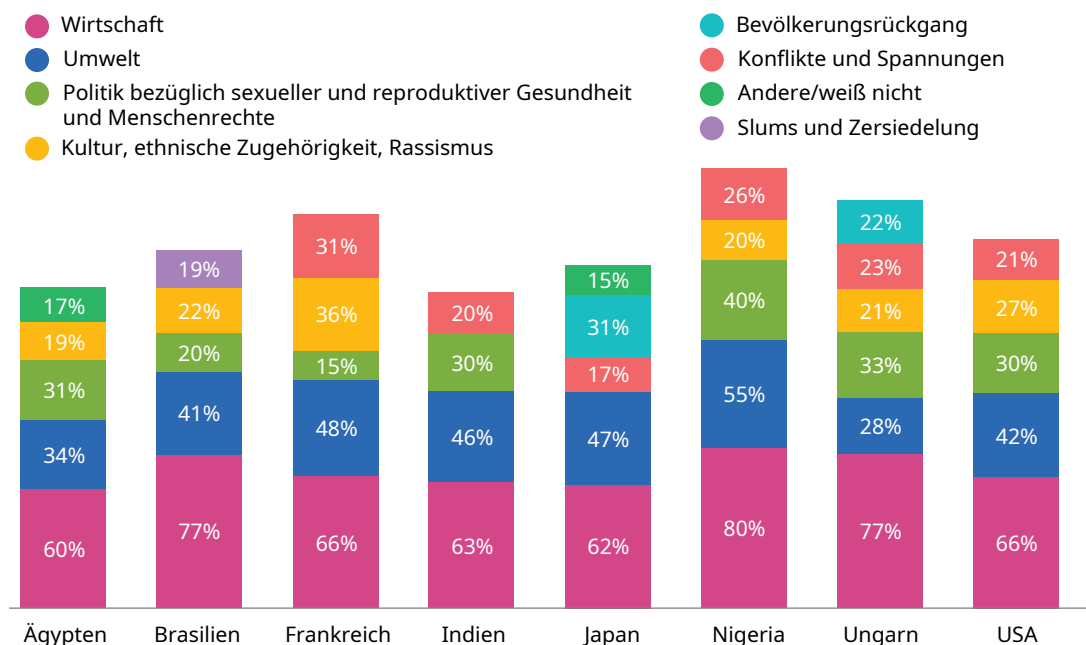
Bevölkerungszahl ihres eigenen Landes. Besonders deutlich zeigte sich dies in Ungarn und Japan. In zwei Staaten (Indien und Nigeria) fanden die Menschen die Bevölkerungszahl ihres eigenen Landes besorgniserregender als die Weltbevölkerungszahl, und in Ägypten fanden die Befragten beides gleichermaßen beunruhigend.

Gefragt wurde auch nach Befürchtungen wegen der Bevölkerungsentwicklung im eigenen Land. Mindestens zwei Drittel der Befragten nannten verschiedene wirtschaftliche Probleme als größte Sorge im Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung. Umweltprobleme standen in allen Staaten außer in Ungarn an zweiter Stelle.

Befürchtungen bezüglich der Politik im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte sowie der Menschenrechte rangierten allgemein an dritter, kulturelle Verwerfungen, der Einfluss ethnischer Minderheiten sowie Befürchtungen bezüglich rassistischer Tendenzen an vierter Stelle.

Umfragen in acht Ländern lassen sich nicht für die ganze Welt verallgemeinern. Trotzdem bestätigen die Antworten, dass die Angst vor dem demografischen Wandel wirklich existiert und in den untersuchten Staaten weit verbreitet ist. Sie zeigen, dass Umweltprobleme ein Hauptgrund für die Angst vor dem demografischen Wandel sind – weshalb möglicherweise viele Menschen empfänglich sind für die

Befürchtungen im Hinblick auf die mögliche Bevölkerungsentwicklung in den untersuchten Ländern



Quelle: UNFPA und YouGov Umfrage, 2022.

Anmerkung: Die Summe der prozentualen Anteile liegt über 100 Prozent, weil die Befragten drei ihrer größten Befürchtungen auswählen konnten.

Behauptung, wir seien „zu viele“, oder sich von der Panikmache wegen einer „Überbevölkerung“ beeinflussen lassen.

Was Politiker*innen denken

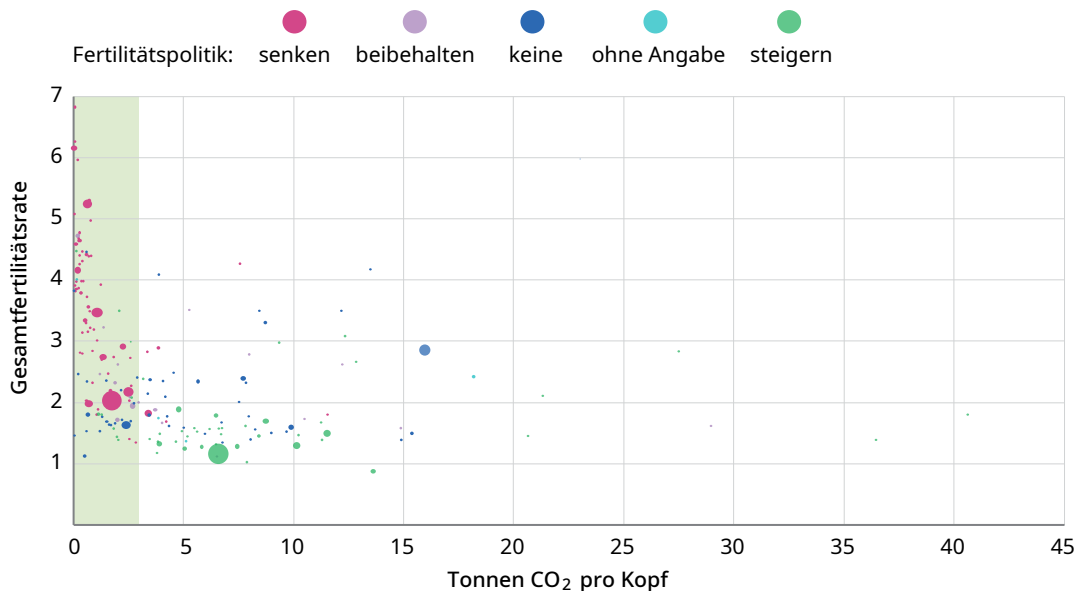
2015 und 2019 wiederholten die Vereinten Nationen ihre Befragung der Regierungen bezüglich Bevölkerung und Entwicklung und fragten darin: „Welche Politik verfolgt Ihre Regierung hinsichtlich der derzeitigen Fertilitätsraten?“ Mögliche Antworten lauteten „Steigerung“, „Stabilisierung auf derzeitigem Niveau“, „Senkung“ und „keine staatlichen Maßnahmen“.

Die wohlhabendsten Länder mit dem höchsten Ressourcenverbrauch sind entweder bezüglich ihrer Fertilitätsraten unbestimmt oder versuchen sie aktiv zu steigern. Das macht zwei Interpretationen möglich: Entweder machen sich wohlhabende, hoch entwickelte Staaten keine allzu großen Sorgen wegen der „Überbevölkerung“, oder sie sind besorgt, haben aber weniger Bedenken wegen des Beitrags, den sie selbst dazu leisten.

In den Staaten mit den höchsten Fertilitätsraten äußern die Regierenden tatsächlich Bedenken wegen des Bevölkerungswachstums. Die Antworten zeigen, dass die allermeisten Länder mit hohen

Zusammenhang von Gesamtfertilität, Fertilitätspolitik, Kohlendioxidemissionen pro Kopf und Bevölkerungsgröße

Die Länder mit den höchsten Fertilitätsraten haben in der Regel die geringsten Pro-Kopf-Emissionen von Kohlendioxid.



Der grüne Bereich markiert CO₂-Emissionen von drei oder weniger Tonnen pro Kopf; Werte in diesem Bereich werden als nachhaltig angesehen. Die Punkte wurden entsprechend der Bevölkerungsgrößen der Länder skaliert.

Quelle: Vereinte Nationen, Inquiry Among Governments on Population and Development, 2015 und 2019.

Fertilitätsraten diese mittels politischer Maßnahmen zu senken beabsichtigen.

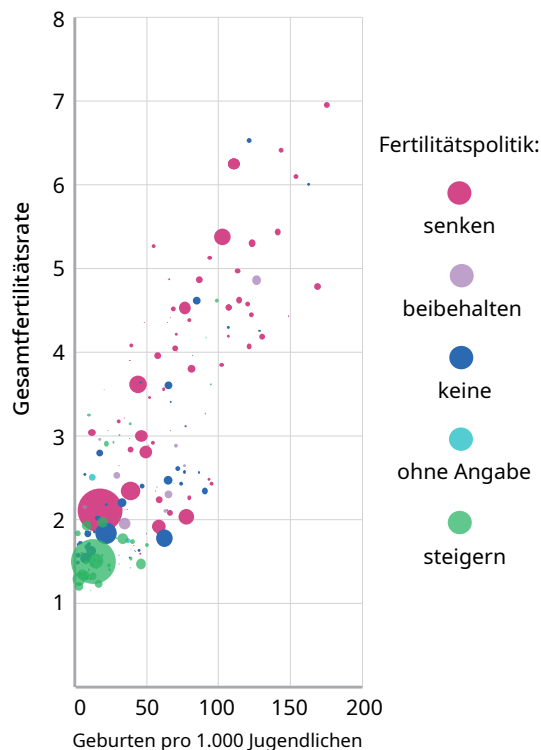
Betrachtet man die sozialen Verhältnisse in diesen Ländern, dann erscheint es plausibel, dass politische Maßnahmen zur Senkung der Fertilitätsraten vor allem der Sorge geschuldet sind, ob man die nötigen Investitionen in Bildung, Gesundheit und Sozialleistungen aufbringen kann, die breiteren Bevölkerungsschichten zu mehr Wohlergehen und wirtschaftlichem Wohlstand verhelfen würden. In Ländern mit höheren Fertilitätsraten ist eine enge Korrelation mit einer geringeren Lebenserwartung von Frauen zu beobachten. Viele Faktoren, die sich negativ auf die Lebenserwartung auswirken, haben direkt mit der reproduktiven Gesundheitsversorgung zu tun: In Ländern mit schwächeren Gesundheitssystemen ist es schwieriger, an Informationen und Dienstleistungen zur Verhütung heranzukommen, sind unbeabsichtigte Schwangerschaften häufiger und die Sterblichkeitsraten von Müttern, Neugeborenen und Kindern bis zu fünf Jahren höher.

Die Wechselwirkungen zwischen Fertilitäts- und Mortalitätsraten sind dort am deutlichsten erkennbar, wo die Fertilität am höchsten ist: Höhere Fertilitätsraten korrelieren sehr stark mit einer höheren Müttersterblichkeit und mehr Schwangerschaften bei jungen Mädchen (die durch eine Schwangerschaft außerdem häufiger gesundheitliche Probleme erleiden oder sterben). Umgekehrt könnte eine höhere Gesamtsterblichkeit einen Anreiz darstellen, mehr Kinder zu bekommen.

Im Jahr 2021 gab es in 69 Staaten bevölkerungspolitische Maßnahmen, die darauf abzielen, die Fertilität zu senken, knapp über die Hälfte davon in Afrika südlich der Sahara. Als geeignete Maßnahmen, um die sexuelle und reproduktive

Gesundheit zu verbessern und die Fertilitätsraten zu senken, gelten in diesen Ländern die Anhebung des Alters, in dem die Menschen heiraten oder eine nicht eheliche Lebensgemeinschaft eingehen, die Anhebung des Alters bei der ersten Geburt und die Verlängerung des Abstands zwischen zwei Geburten. Dies alles sind wichtige und begrüßenswerte politische und entwicklungsorientierte Bestrebungen. Problematisch wird es, wenn solche Anstrengungen eher dazu dienen, eine bestimmte Fertilitätsrate zu erreichen, als die sexuellen und reproduktiven Rechte der Menschen zu wahren.

Zusammenhang von Gesamtfertilität, Fertilitätspolitik, Teenagerschwangerschaften und Bevölkerungsgröße



Quelle: Vereinte Nationen, Inquiry Among Governments on Population and Development, 2015 und 2019.

Wenn Rechte und Entscheidungsfreiheit sekundär sind

Die Angst vor „zu vielen“ als überzogen zu kritisieren, bedeutet nicht, dass Bedenken wegen des Bevölkerungswachstums oder hoher Fertilitätsraten einfach beiseite gewischt würden. Viele Sorgen sind berechtigt, darunter auch die vor den Folgen eines Bevölkerungswachstums, das nicht von Investitionen in nachhaltige Entwicklung und in die Verbesserung des menschlichen Wohlergehens flankiert wird. Familienplanung kann diesen Befürchtungen entgegenwirken und den Rückgang der Fertilität unterstützen. Wird so der Anteil der abhängigen Bevölkerung gesenkt und eine demografische Dividende erzielt, können damit die Erwerbstätigkeit der Frauen gefördert und höhere Investitionen in Human- und Sachkapital ermöglicht werden.

Die Krux liegt allerdings in der Frage, wer welche Entscheidungen trifft. Wer hat das Sagen und bestimmt über die Reproduktion? Angst vor Überbevölkerung führt unter Umständen dazu, eine Bevölkerung steuern oder gar kontrollieren zu wollen. Das hat im schlimmsten Fall zur Folge, dass den Menschen bevölkerungspolitische Maßnahmen von oben aufgezwungen werden. Aber auch wenn Zwangsmaßnahmen weitestgehend vermieden werden, führt die Überzeugung, dass eine Bevölkerung gesteuert werden könnte oder sollte, zu einer Art „sanfter“ Gängelung mittels eines Anreizsystems. Diese wird zuweilen als „nicht repressive Bevölkerungskontrolle“ beschrieben. Mit entsprechenden Zielvorgaben will man den Menschen beibringen, wie vorteilhaft es ist, in kleinere Familien zu investieren, und wie eine schrumpfende Bevölkerung überall hilft, künftigen Generationen den bestmöglichen Lebensstandard zu sichern. Wird Familienplanung derart propagiert,

dass die persönliche Handlungsmacht in Reproduktionsfragen zweitrangig erscheint, kann dies die Akzeptanz von Verhütung und das Eintreten für reproduktive Rechte torpedieren.

Insbesondere in Entwicklungsländern, die Finanzhilfen für Familienplanungsprogramme erhalten, äußern marginalisierte Gruppen seit Langem die Befürchtung, dass Menschen durch staatliche Akteure mit dubiosen Intentionen zur Verhütung genötigt werden. Sie sehen einen Zusammenhang zwischen eugenischen, kolonialen und genozidalen politischen Bestrebungen der Vergangenheit und modernen Initiativen für reproduktive Gesundheit. In einer Veröffentlichung aus dem Jahr 2012, gerichtet an Personen, die an der Umsetzung von Familienplanungsprogrammen beteiligt sind, wird gewarnt, dass eine allzu deutliche Identifizierung des Familienplanungsprogramms mit ausländischen Geldgebern dazu führen könne, dass Vorwürfe wegen genozidaler Absichten erhoben werden. Befürchtungen, Familienplanung werde von außen aufgezwungen, sind bis heute in Gesellschaften, in der Wissenschaft und von Regierenden zu vernehmen. Noch schlimmer wird es, wenn Politiker*innen in wohlhabenderen Ländern Familienplanungsprogramme als Instrument darstellen, um der Sorge vor „zu viel“ Fertilität und Bevölkerungswachstum in anderen Staaten zu begegnen.

Sowohl internationale als auch staatliche Familienplanungsprogramme werden häufig immer noch vor allem daran gemessen, inwieweit sie die Anwendung von Verhütungsmitteln erhöhen und die Fertilität senken. Selbst wenn im Rahmen der Programme ausschließlich von Rechten und Stärkung die Rede ist, besteht die Gefahr der Nötigung, wenn etwa Verwaltungen, Dienstleister*innen oder andere das oberste Ziel dieser Programme in der Steuerung persönlicher Entscheidungen sehen.

Immer wieder berichten Frauen von voreingenommenem oder übergriffigem Beratungspersonal, Falschinformationen, einer eingeschränkten Auswahl an Verhütungsmethoden, der Verweigerung bestimmter Methoden, der Weigerung, implantierte Verhütungsmittel zu entfernen, und der Anwendung langfristig wirkender Methoden ohne ihre Zustimmung.

Keiner dieser Einwände untergräbt oder entwertet die Bedeutung von Programmen zur freiwilligen Familienplanung, die in den vergangenen Jahrzehnten viele Fortschritte im Bereich Gesundheit und Rechte überhaupt erst ermöglicht haben. Durch Familienplanungsprogramme konnten die Müttersterblichkeitsraten gesenkt und damit allein im letzten Jahr schätzungsweise 150.000 Todesfälle von Müttern verhindert werden. Außerdem sind sie ein sehr wichtiger Faktor für den Rückgang von Schwangerschaften im Jugendalter und den Anstieg des Bildungsstands. Dass die Fertilität auch in Ländern mit ehemals hohen Raten sinkt, ist vor allem der Tatsache zu verdanken, dass mehr Menschen über Mittel und Möglichkeiten verfügen, ihre Rechte wahrzunehmen und sich frei zu entscheiden. In der Tat sind wirtschaftliche und entwicklungspolitische Fortschritte gute Gründe, um die Anstrengungen im Bereich der Familienplanung insgesamt zu fördern. Für Geldgeber*innen oder die Politik können sie sogar ein stärkerer Anreiz sein als Menschenrechte allein.

Aber auch wenn die eindrucksvollen wirtschaftlichen und entwicklungspolitischen Errungenschaften von Familienplanungsprogrammen erfreulich sind, sollten diese hinter das eigentliche Hauptziel zurücktreten, dass Frauen und Mädchen selbst über ihren eigenen Körper und ihre Zukunft entscheiden können. Wird Verhütung als Mittel zu einem anderen Zweck betrachtet, als Frauen und Mädchen



zu stärken und ihre individuelle Gesundheit zu fördern, dann kann das schlimme Folgen für sie haben: So wurden zum Beispiel im postkolonialen Simbabwe injizierbare Verhütungsmittel unter anderem deshalb verboten, weil die Methode mit kolonialen Strategien zur Bevölkerungskontrolle assoziiert wurde. Dies geschah, obwohl diese Methode bei den Frauen sehr beliebt war, weil sie damit ihre eigene Fertilität ohne Einmischung durch Partner und Verwandte regulieren konnten.

Wenn sich Männer gegen Verhütung wehren, dann häufig, weil sie finden, dass damit ihre eigene Macht über die Sexualität und Reproduktion ihrer Partnerin untergraben werde. In 68 Ländern sind nur 56 Prozent der liierten Frauen in der Lage, selbst über Gesundheitsversorgung, Verhütung und Sex zu entscheiden. Angesichts so wenig körperlicher Selbstbestimmung muss in Familienplanungsprogrammen darauf geachtet werden, dass die Entscheidungsmacht über den Körper einer Frau

Heimliche Verhütung gegen die Entscheidungsmacht der Männer

Auf ihren Touren durch das ländliche Äthiopien geht Amsalu von Tür zu Tür und verteilt Verhütungsmittel an Frauen, die sonst keinen Zugang dazu hätten. Die Männer ihrer Kundinnen wissen meist, dass diese verhüten – einige jedoch nicht.

Schätzungsweise sieben Prozent der verheirateten Frauen in Äthiopien, die Verhütungsmittel anwenden, tun dies heimlich. Aber das ist keine äthiopische Besonderheit, sondern wird in vielen Ländern praktiziert. Die jüngsten Schätzungen für Afrika südlich der Sahara bewegen sich zwischen fünf Prozent in Kano, Nigeria, und über 16 Prozent in Burkina Faso.

Normalerweise verhüten Frauen dann heimlich, wenn ihr Ehemann dagegen ist. Manche Männer glauben, eine Frau würde nur dann verhüten, wenn sie eine Affäre hat. Andere lehnen Verhütung ab, weil sie glauben, dies könnte für ihre Frau gesundheitsschädlich sein. Einige sagen, Verhütung verstoße gegen ihre religiösen Überzeugungen. Und wieder andere wollen, dass ihre Frauen weitere Kinder bekommen. In vielen Ländern haben Frauen in Gesundheitsfragen wenig zu sagen. Damit hat eine Frau, deren Mann keine Verhütung zulässt, nur zwei Möglichkeiten: Entweder sie verzichtet darauf oder sie tut es heimlich.

Schätzungsweise jede fünfte äthiopische Frau im Alter

zwischen 15 und 49 Jahren wurde schon zu einer oder mehreren Schwangerschaften genötigt. Eine solche Nötigung kann unterschiedliche Formen annehmen: Der Ehemann verbietet die Familienplanung, er nimmt ihr die Verhütungsmittel weg, er droht sie zu verlassen, falls sie nicht schwanger wird, oder er schlägt sie, wenn sie nicht schwanger werden will.

Zwar wird in der äthiopischen Hauptstadt ebenso wie auf dem Land immer noch heimlich verhütet, doch Amsalu sagt, dass sie das heute nicht mehr so häufig erlebt wie noch vor zehn bis zwanzig Jahren. „Männer sind heutzutage offener und verständnisvoller“, erklärt sie.

nicht einfach von ihrem Partner an den Staat übertragen wird oder umgekehrt.

Darüber hinaus kann Familienplanung viel mehr sein als nur Information und Behandlung zur Verhütung. Sie kann auch diejenigen unterstützen, die schwanger werden wollen – ein Wunsch, der nicht weniger berechtigt ist, wenn er in einem Land mit hoher Fertilitätsrate auftritt.

Die Menschen in den Mittelpunkt stellen

Um möglichst großen Nutzen zu bringen und den globalen Fortschritt voranzutreiben, müssen Familienplanungsprogramme von weiteren Verbesserungen des menschlichen Wohlergehens flankiert werden, beispielsweise von mehr Gleichberechtigung, mehr Bildung und mehr sicheren Arbeitsplätzen. Wenn sich die Stellung der Frauen und Mädchen weltweit nicht verbessert, dann wird sich Familienplanung allein wahrscheinlich nur wenig auf die allgemeine wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung auswirken.

In der Tat hat die Welt große Fortschritte gemacht, was den Zugang zu Dienstleistungen und Informationen zur Verhütung betrifft. Wurde in den 1980er-Jahren mangelndes Wissen über Verhütungsmittel als häufigster Grund für den Verzicht auf Verhütung angeführt, so wird dieser Grund heute am seltensten genannt – eine ermutigende Entwicklung. Doch auch im Jahr 2023 wenden 41 Prozent aller in Partnerschaften lebenden Frauen keine modernen Verhütungsmittel an – ein Hinweis darauf, wie wichtig es ist, Bedingungen zu schaffen, unter denen Frauen ihre reproduktionsbezogenen Wünsche verwirklichen können. Es reicht nicht, einfach nur Verhütungsmittel zu verteilen. Es braucht darüber hinaus eine umfassende Sexualaufklärung

(auch über Menschenrechte und die Gleichbehandlung der Geschlechter), gendersensible Gesundheitsdienstleistungen und eine möglichst große Palette an Verhütungsmethoden. Besonders wichtig ist eine generelle Verbesserung der Gleichstellung der Geschlechter, um den aus patriarchalischen Normen erwachsenden Widerstand gegen Verhütung zu überwinden.

Ein Plädoyer für die Hoffnung

In der heutigen, von Unruhe und Unsicherheit geprägten Welt ist es wichtig, Bevölkerungsfragen zu thematisieren. Dabei müssen wir jedoch neue Töne anschlagen. Wir müssen mit bestehenden Vorurteilen aufräumen und dürfen keine schädlichen und diskriminierenden Normen und Mythen tradieren. Das Mantra von den „zu vielen“ birgt letztlich die Gefahr, dass sich überkommene Vorstellungen, wer Wertschätzung verdient und wer nicht, verfestigen, selbst wenn das gar nicht beabsichtigt ist. Und es lässt die großen Fragen nach Handlungsfähigkeit, Autonomie, Rechten und Gerechtigkeit außer Acht, die sich um zwei zentrale bevölkerungspolitische Einflussgrößen drehen: Reproduktion und Migration.

Anders als die Alarmglocken zur Bevölkerungsexplosion glauben machen, deutet die Entwicklung der Bevölkerungszahlen überall auf langsames Wachstum und alternde Gesellschaften hin. Die Hälfte des bis 2050 prognostizierten Wachstums der Weltbevölkerung verteilt sich auf lediglich acht Staaten: die Demokratische Republik Kongo, Ägypten, Äthiopien, Indien, Nigeria, Pakistan, die Philippinen und die Vereinigte Republik Tansania. Hingegen leben heute zwei Drittel aller Menschen in Ländern mit Fertilitätsraten, aus denen sich kein Bevölkerungswachstum ergibt.

Wo die Fertilitätsrate sinkt, die Lebenserwartung steigt und die Zahl der Arbeitskräfte zunimmt, können Investitionen in Humankapital eine demografische Dividende hervorbringen. Diese resultiert nicht nur aus einer höheren wirtschaftlichen Produktivität, sondern auch aus Verbesserungen in den Bereichen Gesundheit, Bildung und persönlicher Autonomie (die alle selbst wiederum zu sinkenden Fertilitätsraten beitragen). Verbessertes Humankapital kann Umweltschäden kompensieren und zugleich die Produktivität und das Wirtschaftswachstum steigern. In China hat der enorme Zustrom von Menschen in städtische Räume zwar zu einer stärkeren Umweltbelastung geführt, aber dieser Effekt wurde durch das gleichzeitig steigende Bildungsniveau abgeschwächt.

Wollen wir realistische, rechtebasierte und wirkungsvolle Antworten auf die aktuellen Herausforderungen finden, dann müssen wir über Bevölkerung, Gerechtigkeit, Entwicklung, Klima und über die Zusammenhänge zwischen all diesen Aspekten anders nachdenken. Sexuelle und reproduktive Rechte wurden im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo sowie in mehreren regionalen Vereinbarungen wie dem Montevideo-Konsens und dem Protokoll für die Rechte von Frauen in Afrika (Maputo-Protokoll) definiert. Die Verwirklichung dieser Rechte wird zu weiteren menschlichen Fortschritten beitragen. Aber Rechte dürfen nicht instrumentalisiert werden, um angestrebte Fertilitätsraten zu erreichen, das Wirtschaftswachstum anzukurbeln oder den Klimawandel einzudämmen. Und ebenso wenig dürfen sie vom Tisch gewischt werden, wenn sich die Verhältnisse ändern.

Seit Langem schon wird gefordert, Verhütungsmittel und reproduktive Gesundheitsversorgung bereitzustellen und Sozialleistungen wie etwa

Mutterschaftsurlaub zu gewähren, aber nicht um eine angestrebte Fertilitätsrate zu erreichen. Diese Bemühungen sollten fortgesetzt und in ein modernes Gesamtkonzept integriert werden, das Bevölkerungs-, Entwicklungs- und Menschenrechtspolitik in einem Gesamtrahmen der sexuellen und reproduktiven Gerechtigkeit zusammenführt. Dieser Rahmen beinhaltet das Recht, sich für oder gegen eigene Kinder zu entscheiden, das Recht, die Kinder in einem sicheren und nachhaltigen Umfeld zu betreuen, und das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und Genderfreiheit. Sexuelle und reproduktive Rechte stehen dabei im Zentrum, aber es werden auch die Bedingungen der Reproduktion berücksichtigt und deren aktive Verbesserung gefordert. Dazu gehören unter anderem die vielfältigen Ungleichheiten in Form wirtschaftlicher, sozialer und ökologischer Diskriminierung, die die sexuelle und reproduktive Entscheidungsfreiheit systematisch einschränken. Diese Barrieren wirken und überlagern sich auf kommunaler, nationaler, regionaler und globaler Ebene. Vulnerable und marginalisierte Menschen leiden am meisten darunter.

2015 hat die südafrikanische Regierung sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zum Schwerpunkt ihrer Bevölkerungspolitik erklärt. Dazu hat sie umfangreiche, sektorenübergreifende Konsultationen durchgeführt und Probleme in den Bereichen Regierungsführung, Bereitstellung von Dienstleistungen, Migration und Mobilität, Tradition, Kultur und Sprache, Armut, Ungleichheit und Demografie untersucht. Für 2023 ist geplant, im Rahmen einer staatlichen Konferenz Prioritäten festzulegen, die verstärkte Interventionen erfordern.

In Nepal hat der oberste Gerichtshof ein Grundsatzurteil gefällt, mit dem er die reproduktiven Rechte der Frauen und ihr Recht auf Selbstbestimmung in

allen reproduktiven Angelegenheiten bekräftigt. In einem weiteren Schritt hat der Gerichtshof die nepalesische Regierung angewiesen, die notwendigen rechtlichen und politischen Reformen einzuleiten, um sicherzustellen, dass alle, auch marginalisierte und in Armut lebende Frauen, diese Rechte in Anspruch nehmen können.

Ein Denkansatz, der die sexuelle und reproduktive Gerechtigkeit ins Zentrum rückt, kann außerdem deutlich machen, was die Klimakatastrophe mit der Bevölkerung zu tun hat. Er deckt auf, wie die Dimensionen der geschlechtsspezifischen und rassistischen Diskriminierung und die daraus erwachsenden extremen Ungerechtigkeiten durch die Behauptung von den „zu vielen“ verschleiert werden: Frauen sind schon heute besonders stark vom Klimawandel betroffen und müssen mit geringeren Vermögenswerten und Ressourcen, Defiziten bei Nahrungsversorgung, Erwerbsarbeit, Bildung und Gesundheitsversorgung sowie mit den Schrecken geschlechtsspezifischer Gewalt fertig werden. Die Vorstellung, man könne ihre Reproduktionsfähigkeit für die Wiedergutmachung von Umweltzerstörung und Biodiversitätsverlusten instrumentalisieren, ist nicht nur falsch, sondern auch untauglich: Sie ignoriert das grundlegende Machtgefälle zwischen Reich und Arm ebenso wie die Tatsache, dass es ein Widerspruch ist, einerseits für reproduktive Rechte und Gesundheit einzutreten, andererseits aber die Fertilität in Armut lebender Frauen für die Probleme der Welt verantwortlich zu machen.

Der unentwegte Verweis auf die „zu vielen“ zeigt uns, dass wir die Arbeit des ICPD-Aktionsprogramms wieder neu akzentuieren und darauf aufbauen müssen. Vielleicht sollten wir dessen zentrale Botschaft – die Bedeutung der individuellen reproduktiven Gesundheit und Rechte für die kollektive

menschliche Entwicklung – in neuen Kontexten thematisieren. In gewissem Umfang geschieht dies bereits. So stellen Aktivist*innen für ökologische und soziale Gerechtigkeit sowie Ökofeminist*innen alle Umweltfragen in den Reproduktionskontext, weil alles Leben sowie alle Produktions- und Reproduktionsprozesse aller Lebensgemeinschaften vom Erhalt der Ökosysteme abhängen. Solche Denkansätze legen den Fokus eher auf menschliche Erfahrungen, statt sich auf Bevölkerungszahlen zu fixieren. Indigene Wissenschaftler*innen sind vorangegangen und haben ein Konzept für ökologische und reproduktive Gerechtigkeit formuliert. Diese verorten sie in vielfältigen Verwandtschaftsverhältnissen, die nicht nur die Menschheitsfamilie, sondern auch die Natur mit einschließen, von der wir abhängig sind.

Das Umstrukturieren ungerechter wirtschaftlicher, sozialer und politischer Systeme kann viel mehr zur Bewältigung aktueller Problemlagen beitragen – und genau dies ist der Kerngedanke der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Statt die Zahl der Menschen zu reduzieren, sollten wir uns darauf konzentrieren, in Bildung, hochwertige Gesundheitsversorgung, Ernährungssicherheit, saubere und bezahlbare Energie sowie in die Gleichstellung der Geschlechter in allen Lebensbereichen zu investieren. Nachhaltige Entwicklung beruht unter anderem auf Demografie, umfasst aber noch zahlreiche andere Faktoren.

> Menschen zu zählen
sollte unser kollektives
Menschsein voranbringen
und nicht torpedieren.

— — —



Zu wenige?

Nachdem sich die Weltbevölkerung in nur 50 Jahren mehr als verdoppelt hat, mag die Sorge vor einer „Unterbevölkerung“ auf den ersten Blick überraschen. Die globale Fertilitätsrate liegt nach wie vor über dem Niveau von 2,1 Kindern pro Frau, bei welchem die Bevölkerungsgröße auf lange Sicht konstant bliebe, und Prognosen zufolge wird die Weltbevölkerung im Lauf dieses Jahrhunderts noch auf fast zehn Milliarden anwachsen. Dennoch wächst auch die Besorgnis über einen „Bevölkerungsschwund“.

Bevölkerungsrückgänge sind nichts Neues, aber global gesehen leben heute schätzungsweise zwei Drittel der Weltbevölkerung in Ländern oder Territorien, deren Fertilitätsraten unterhalb des Bestandserhaltungsniveaus liegen. Zusammen mit einer wachsenden Zahl von Staaten mit eher niedrigen Fertilitätsraten nährt dies Befürchtungen, ganze Nationen oder gar die gesamte Weltbevölkerung könnten „kollabieren“, wenn sich diese Entwicklung fortsetzen sollte.

Die öffentlichen Reaktionen auf dieses Phänomen sind sehr disparat und reichen von zuversichtlichen über sorgenvolle bis hin zu überaus pessimistischen Prophezeiungen einer drohenden „Bevölkerungskatastrophe“, „Geburtenkrise“ und potenziellen Gefahr für die „nationale Sicherheit“. Die Politik reagiert partiell mit positiven Maßnahmen für bessere Müttergesundheit, zur Förderung der Geschlechtergleichstellung und zur Senkung der finanziellen Belastungen von Eltern – also mit Programmen für mehr Rechte und Entscheidungsfreiheit. Andere Länder wiederum suchen ihr Heil in eher restriktiven Steuerungsmaßnahmen, die darauf abzielen, den Zugang zu Verhütungsmitteln zu erschweren und die freiwillige Sterilisation einzuschränken oder ganz zu verbieten. Häufig wird die Schuld den Frauen zugeschoben. Man beschuldigt

sie, Ehe und Mutterschaft abzulehnen, und propagiert ein eher unterwürfiges Frauenbild in dem Versuch, ein angeblich „traditionelles“ Familienmodell und Geschlechterverhältnis zu restituieren. Eine Kombination aus derartigen Strategien und Phrasen ist in vielen Ländern zu finden.

Die Größe einer Bevölkerung wird jedoch nicht nur durch Fertilitätsraten beeinflusst. Tatsächlich bewegen sich diese seit den 1970er-Jahren in vielen Regionen der Welt in einem Bereich des Nullwachstums, ohne dass die Gesamtbevölkerung dadurch kleiner geworden wäre, denn diese Länder verzeichnen häufig eine Nettozuwanderung. Die Bevölkerungswissenschaftler*innen der Vereinten Nationen gehen davon aus, dass sich diese Entwicklung fortsetzen wird.

Häufig wird Migration jedoch mit Skepsis begegnet, was meist mit wirtschaftlichen und kulturellen Einwänden zusammenhängt. So fürchtet man sich etwa vor ihren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt: minderqualifizierte Migrant*innen könnten für Billiglöhne arbeiten, „überqualifizierte“ Migrant*innen den Einheimischen die Arbeitsplätze wegnehmen, die Einkommensschere sich weiter öffnen. Dabei kann global betrachtet internationale Migration die Ungleichheit sogar verringern, wenn dadurch die Löhne derjenigen steigen, die sich am unteren Ende des weltweiten Einkommensspektrums befinden. Andere Befürchtungen gelten dem raschen Wandel sozialer Normen sowie der Integration oder Nichtintegration von zugewanderten Menschen. Zudem wird befürchtet, dass mit den Migrant*innen auch Kriminalität einwandern könnte, was Untersuchungen jedoch widerlegen. All diese Ängste drehen sich um die Frage, wer als Mitbürger*in gilt, wer „dazugehört“ und wer nicht, und können deshalb ethnonationalistische Ressentiments schüren.



Darüber hinaus trägt eine niedrige Fertilität zur Alterung von Bevölkerungen bei. Einfach ausgedrückt ist Alterung die absehbare Konsequenz aus sinkenden Fertilitätsraten und steigender Lebenserwartung. Dieser Prozess vollzieht sich weltweit mit unterschiedlicher Geschwindigkeit, aber stets in derselben Richtung. Wenn eine Bevölkerung altert, dann erwachsen daraus Befürchtungen, die Wirtschaftsentwicklung werde gebremst und die Gesellschaft aufgrund des erhöhten Betreuungsbedarfs stärker belastet.

Genau wie die Behauptung, es gebe „zu viele“ Menschen, verkehrt auch der Fokus auf „zu wenige“ die gemeinsame globale Erfahrung der Fortschritte und Erfolge in ein Katastrophenszenario. Denn sinkende Fertilitätsraten und steigende Lebenserwartung sind ein Gütesiegel des demografischen Wandels, der fortschreitenden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung, die Bevölkerungswissenschaftler*innen seit Jahrzehnten in den Ländern beobachten: Die Fertilität ist weltweit von

durchschnittlich fünf Kindern pro Frau im Jahr 1950 auf 2,3 Kinder pro Frau im Jahr 2021 gesunken, ein Indiz dafür, dass immer mehr Menschen – insbesondere Frauen – ihre Reproduktion selbst kontrollieren können.

Insgesamt haben diese Fortschritte dazu geführt, dass Frauen und Mädchen in großer Zahl vor ungewollten und ungeplanten Schwangerschaften bewahrt wurden. Infolgedessen haben ihr gestiegener Bildungsgrad und ihre wirtschaftliche Stärkung entscheidend dazu beigetragen, ihre eigene Lebenserwartung und die ihrer Kinder anzuheben.

„Zu wenige“ wovon?

Die einzige Weltregion, wo die Gesamtbevölkerung voraussichtlich schon in den nächsten Jahren (zwischen 2022 und 2050) schrumpfen wird, ist Europa. Hier ist mit einem Bevölkerungsrückgang um sieben Prozent zu rechnen. In Südostasien, Zentral- und Südasien, Lateinamerika und Karibik

sowie Nordamerika werden die Bevölkerungszahlen voraussichtlich noch weiter steigen, aber vor 2100 ihre Höchststände erreichen.

Dennoch grassiert die Angst vor dem sogenannten „Bevölkerungskollaps“, sehr oft verbunden mit einer unterschwelligen Botschaft, die Sorgen darüber schürt, wessen Bevölkerungszahlen zurückgehen. Die Ängste vor einem langsameren oder negativen Bevölkerungswachstum kreisen daher meist um die niedrigen Fertilitätsraten ganz bestimmter Bevölkerungsgruppen. Dies zeigt deutlich, dass es hierbei nicht einfach nur um Fertilität geht, sondern um Einwanderung, ethnische Zugehörigkeit, und die Frage, wessen Reproduktion eigentlich politisch gewollt ist. Das Narrativ vom „Bevölkerungsschwund“ wird häufig von politischen Akteur*innen herangezogen, die auf nationalstaatlicher Ebene agieren. Für manche Politiker*innen ist „strategische Demografie“, also die Inanspruchnahme der Demografie für politische Zwecke, ein wirksames Instrument, um sich beliebt zu machen.

Dabei muss es sich zwar nicht unbedingt um ethnonationalistische Ängste handeln, die Reaktion darauf ist jedoch häufig ethnonationalistischer Natur. Der Ethnonationalismus betont eine enge Verbindung zwischen ethnischer Zugehörigkeit und/oder Religion und Nationalität. Derartige politische Bewegungen finden sich in unterschiedlichen Weltregionen und in Ländern aller Einkommensniveaus. Ihre Anhängerschaft gewinnen sie mit Warnungen vor dem Niedergang einer bestimmten ethnischen oder religiösen Gruppe. Dabei führen sie häufig die niedrigeren Fertilitätsraten der einen Gruppe im Vergleich zu anderen Gruppen ins Feld oder argumentieren mit Unterschieden, die entweder minimal sind oder gar nicht existieren.

In eher einkommensstarken Ländern und Regionen mit substanzieller Zuwanderung, wie zum Beispiel in Europa und den Vereinigten Staaten, schüren ethnonationalistische Akteur*innen auch die Angst vor der Immigration, die sie als wirtschaftliche und kulturelle Gefahr darstellen. In Ländern mit geringeren Zuwanderungsraten, aber einer großen Bevölkerungsvielfalt werden häufig ethnische oder religiöse Minderheiten als „Bedrohung“ dargestellt. Beispiele für politische Bewegungen, die gegen bestimmte Bevölkerungsgruppen vorgehen, gab und gibt es sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart mehr als genug. Es hat sich gezeigt, dass solche Taktiken in manchen Ländern die gesellschaftliche Spaltung zwischen verschiedenen Gruppen vertiefen oder überhaupt erst herbeiführen.

Was die Bevölkerung denkt

Die Angst vor „Entvölkerung“ und „Bevölkerungsschwund“ wird offenbar nur von einer Minderheit geteilt. In der YouGov-Erhebung wurde einer repräsentativen Stichprobe von fast 8.000 Erwachsenen in acht Ländern die Frage gestellt, ob sie die Bevölkerungsgröße ihres Landes für zu hoch, zu gering oder für in Ordnung halten (die Befragten konnten außerdem mit „Weiß nicht“ antworten). In allen Ländern fanden mehr Menschen die Einwohnerzahl ihres Landes zu hoch oder in Ordnung als zu klein. Der höchste prozentuale Anteil derjenigen, die die Bevölkerung ihres eigenen Landes für zu klein hielten – 36 Prozent – ergab sich in Ungarn, aber selbst dort handelte es sich um eine Minderheit (Ungarn ist das einzige untersuchte Land, in dem die Bevölkerung im Lauf der letzten vier Jahrzehnte fortwährend geschrumpft ist).

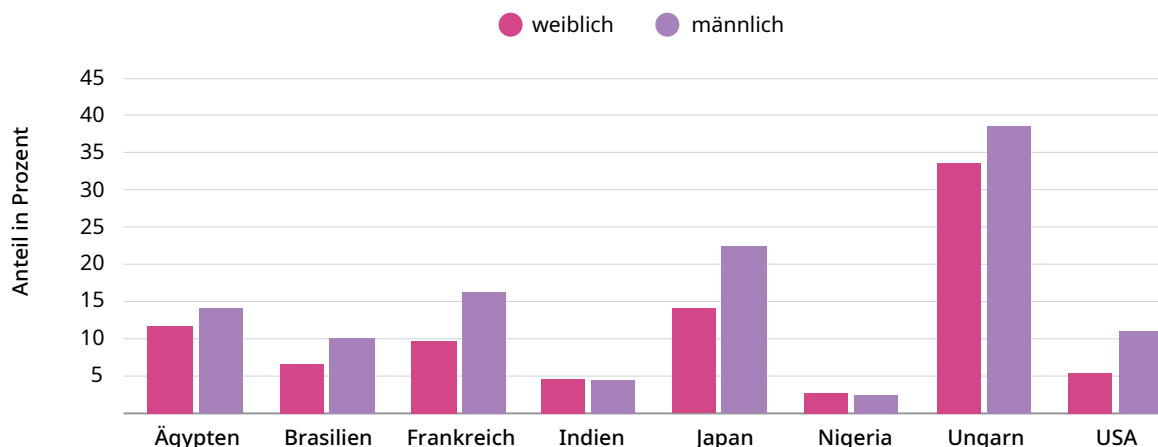
Bei den Befragten, die die Bevölkerung ihres eigenen Landes für zu klein erachteten, ergab sich ein interessanter Unterschied zwischen den Geschlechtern: Diese Ansicht wurde häufiger von Männern als von Frauen vertreten.

Auch bei der Meinung zur Fertilitätsrate ihres Landes ergab sich ein Unterschied zwischen den Geschlechtern. In Ungarn zum Beispiel fanden mehr Frauen die Fertilitätsrate in Ordnung, hingegen waren mehr Männer der Ansicht, sie sei zu niedrig. In den meisten Ländern – und besonders in Ungarn, Frankreich, Nigeria und den Vereinigten Staaten – glaubten mehr Frauen als Männer, dass sich eine niedrigere Fertilitätsrate weder positiv noch negativ auswirken werde, aber mehr Männer meinten, sie hätte negative Folgen. Die Zahl der Männer, die der Meinung waren, höhere Fertilitätsraten im eigenen Land hätten eine positive Wirkung, war in allen Ländern höher als die der Frauen.

Indessen gab es zum Thema Einwanderung sehr unterschiedliche Ansichten. Außer in Japan und Nigeria waren die meisten Menschen der Meinung, die derzeitigen Einwanderungszahlen seien zu hoch. In Frankreich, Brasilien und den Vereinigten Staaten befanden mehr als die Hälfte der Erwachsenen die aktuellen Einwanderungszahlen für zu hoch.

Auch Bedenken in Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung unterschieden sich in den Ländern und Altersgruppen. In Ungarn zum Beispiel betrachteten die älteren Befragten den Bevölkerungsschwund als eines der fünf dringlichsten Probleme, anders als die jüngeren. Bei den ökologischen Fragen war es umgekehrt. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Ängste um eine geringe Bevölkerungsgröße und geringe Fertilität im eigenen Land sowie Migrationsraten stark von den sozialen Rahmenbedingungen wie Geschlecht, Alter und Medienkonsum beeinflusst werden.

Anteil an Frauen und Männern in den acht befragten Staaten, der die aktuelle Bevölkerungsgröße seines Landes für zu niedrig hält



Quelle: UNFPA und YouGov Umfrage 2022.

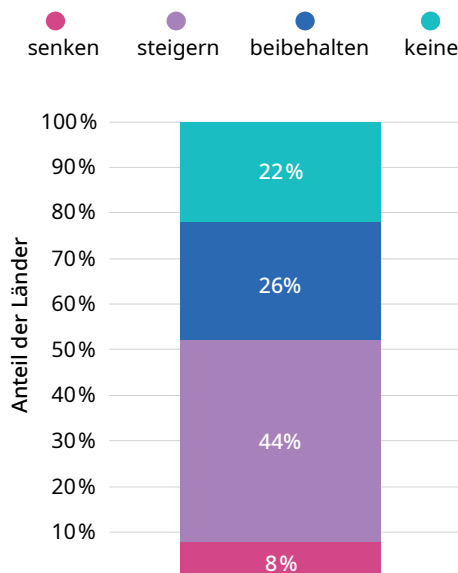
Was Politiker*innen denken

Fertilitätspolitik versus Einwanderungspolitik

Die Datenanalyse auf Grundlage der Umfrage der Vereinten Nationen unter Regierungen zum Thema Bevölkerung und Entwicklung zeigt, dass die meisten Staaten zwar ihre Fertilitätsraten, nicht jedoch ihre aktuellen Migrationsraten verändern wollen.

Insgesamt deutet dieser Trend darauf hin, dass Politiker*innen eher gewillt sind, die Fertilitätsraten (also die Körper der Frauen) zu instrumentalisieren, als die Zuwanderung zu fördern oder zu versuchen, Auswanderungswillige durch die Verbesserung ihrer Zukunftschancen im eigenen Land zu halten.

Anteil der Länder nach Art der Einwanderungspolitik*



Quelle: Vereinte Nationen, Inquiry Among Governments on Population and Development, 2019 und 2015.

* nur Einwanderung auf legalem Wege

Die öffentliche Meinung über die Zuwanderung scheint in den untersuchten Ländern vor allem von der Art und Weise beeinflusst zu sein, wie über Bevölkerungszahlen gesprochen wird. Politiker*innen äußern sich in der Befragung dagegen deutlich entspannter zu diesem Thema. Nur etwa acht Prozent der untersuchten Länder gaben an, die reguläre Zuwanderung senken zu wollen. Zwei Drittel der Länder gaben an, sie wollten die derzeitigen Zuwanderungsraten stabilisieren, während die restlichen Länder (ein Viertel) die Zuwanderung steigern wollten. Die große Mehrheit (69 Prozent) der Länder, die Fragen zur irregulären Migration beantwortet haben, gab jedoch an, diese sei ein großes Problem.

Länder, die die (reguläre) Zuwanderung einschränken wollen, haben Mechanismen zur Absicherung der Rechte und des Schutzes von Zugewanderten in den letzten zwei Jahren abgeschafft. In Ländern hingegen, die die Zuwanderung auf dem aktuellen Niveau stabilisieren oder steigern wollen, haben solche Schutzmechanismen im gleichen Zeitraum zugenommen. Dies wirft die Frage auf: Besteht die Gefahr, dass die Rechte zugewanderter Menschen ebenso erodieren wie die reproduktiven Rechte, wenn die Staaten eine angestrebte Bevölkerungsgröße zu erreichen suchen?

Fertilitätspolitik, Entwicklungsstand und persönliche Freiheit

Nach den Kriterien des Index der menschlichen Entwicklung sind diejenigen Staaten, die ihre Fertilitätsraten senken wollen, auf dem niedrigsten Entwicklungsstand. Staaten, die ihre Fertilität auf dem aktuellen Niveau stabilisieren wollen, stehen an zweitletzter Stelle, was die menschliche Entwicklung betrifft. Und Staaten, die ihre Fertilitätsrate steigern wollen oder diesbezüglich überhaupt keine

Politik betreiben, haben alle einen ähnlich hohen Entwicklungsstand. Diese Korrelationen decken sich mit den allgemeinen Trends des demografischen Wandels, wobei Entwicklung, niedrigere Fertilität, bessere Gesundheit und höhere Lebenserwartung zusammenwirken.

Kurz gesagt: Dort wo die Freiheit des Individuums und der Schutz von Menschen- und Bürgerrechten besonders groß geschrieben werden, spielt Fertilitätspolitik so gut wie keine Rolle. Das bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass alle Länder, die keine Fertilitätspolitik verfolgen, zwangsläufig hoch entwickelt, demokratisch und freiheitlich wären. Dennoch: Die globalen Durchschnittswerte sind aufschlussreich und vielleicht ein Indikator dafür, dass weitgehend freie, demokratische und entwickelte Länder eher bereit sind, den Menschenrechten höchste Priorität einzuräumen, wenn es um persönliche Reproduktionsentscheidungen ihrer Bürger*innen geht.

Wenn Rechte und Entscheidungsfreiheit sekundär sind

Diskussionen über niedrige Fertilitätsraten beginnen häufig bei der Frage, wie Frauen mit ihrem Körper und ihrer Lebensplanung umgehen und wie sich das auf die Gesellschaften insgesamt auswirkt. Tatsächlich wird öffentlich immer wieder unterstellt, die allermeisten Frauen würden Ehe und Mutterschaft ablehnen. Die persönlichen Wünsche der Menschen in Bezug auf ihre Reproduktion kommen in den meisten Diskussionen über niedrige Fertilität überhaupt nicht vor.

In ähnlicher Weise negiert eine ethnonationalistische Auffassung von Demografie häufig die reproduktive Entscheidungsfreiheit der Menschen und fördert eine Geschlechterideologie, der zufolge die Rechte der Frau und insbesondere ihre reproduktiven Rechte den Zielen einer ethnischen oder politischen Gruppe untergeordnet werden. Dies

> Der Frauenkörper als Problem und Lösung

Kurios erscheint, dass sowohl die Angst vor „zu vielen“ als auch die Angst vor „zu wenig“ Menschen gleichermaßen zur Folge haben kann, dass die reproduktive Selbstbestimmung von Frauen unterdrückt wird. Selbst die Sprache ist dieselbe. Wo die Fertilitätsraten niedrig sind, diffamiert eine „genderfeindliche“ Rhetorik die Gleichbehandlung der Geschlechter, LGBTQI+-Rechte, umfassende Sexualaufklärung und reproduktive Selbstbestimmung in ähnlicher Weise als unerwünschte Einflüsse aus dem Ausland.

gilt beispielsweise für eine repressive Reproduktionspolitik (etwa die Einschränkung des Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen oder Verhütungsmethoden) oder für die Beschneidung von Rechten am Arbeitsplatz, um die Frauen an Haus und Herd zu binden. Ethnonationalismus bedient sich häufig einer Rhetorik, die sowohl Frauen als auch Männer dazu bringen soll, mehr Kinder zu bekommen. Ängste vor einer Dominanz bestimmter ethnischer Gruppen tragen etwa zur Steigerung der Fertilität in Sri Lanka bei. In der Türkei wird an die Frauen appelliert, mehr Kinder zu bekommen, während gleichzeitig der Zugang zu Verhütung im öffentlichen Sektor eingeschränkt wird – und das, obwohl Schwangerschaftsabbrüche bereits 1983 entkriminalisiert wurden.

Einige dieser Ansichten sind dem Ethnonationalismus zuzuschreiben. Aber wenn es darum geht, die reproduktive Handlungsfähigkeit von Frauen und Mädchen den Zielen anderer Gruppen unterzuordnen, sind natürlich auch zahlreiche soziokulturelle Normen im Spiel. Viele Normen, durch die Frauen benachteiligt werden, sind weltweit verbreitet und weisen der Frau eine gesellschaftliche Bestimmung als Hausfrau und Mutter zu, während der Mann die Familie zu ernähren habe. Dieses heteronormative Modell der Kernfamilie gilt als „traditionell“ und „natürlich“, ungeachtet der Tatsache, dass sich die Definitionen und Ausprägungen der Familie im Lauf der Zeiten und in verschiedenen geografischen Regionen sehr gewandelt haben. Die Folgen für die reproduktive Gesundheit und Fertilität der Frauen sind jedenfalls gravierend, ganz egal ob sie durch ethnonationalistische Bestrebungen oder durch Ablehnung sich verändernder Geschlechternormen – oder durch beides zugleich – benachteiligt werden.

Im Allgemeinen werden für eine solche Politik heute keine Zwangsmittel mehr eingesetzt, wie sie etwa in den systematisch betriebenen Eugenikprogrammen des letzten Jahrhunderts üblich waren. Zwangssterilisation und Nötigung zur Schwangerschaft sind allgemein als Menschenrechtsverletzungen anerkannt und werden zu Recht von allen UN-Mitgliedstaaten abgelehnt.

Trotzdem: In dem Versuch, reproduktive Entscheidungen zu steuern, stellt so manche Bevölkerungspolitik die von Entscheidungsträger*innen angestrebten Fertilitätsraten über die individuelle Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit. In ihrer harmlosesten Erscheinungsform werden unter anderem Anreize und Abschreckungsmaßnahmen eingesetzt. Aber für Menschen, die von intersektionaler Vulnerabilität – Armut, Stigmatisierung, Diskriminierung, Misshandlung – betroffen sind, kann dies bedeuten, dass ihnen überhaupt nichts anderes übrig bleibt, als den politischen Vorgaben Folge zu leisten. Am deutlichsten zeigt sich dies vielleicht, wenn der Zugang zu Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit und Familienplanung eingeschränkt wird – ein Rückfall in die Zeiten vor dem ICPD-Aktionsprogramm von 1994 und seinen Verpflichtungen: Wirtschaftlich und sozial unabhängige Frauen können die höheren Hürden für den Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung und Dienstleistungen einschließlich Verhütungsmitteln und sicherem Schwangerschaftsabbruch vielleicht noch überwinden, andere jedoch müssen erleben, wie ihre Optionen ganz und gar zerrinnen. Auch die allgemeine Qualität von Dienstleistungen kann sich verschlechtern.

Nicht immer sind Einschränkungen und Hürden für den Zugang zu reproduktiver Gesundheit und Rechten das Ergebnis von schädlichen Geschlechternormen, Ethnonationalismus oder anderen



> Zwangssterilisation

Sterilisation ohne die uneingeschränkte und freiwillige Zustimmung der Betroffenen nach vorheriger Aufklärung wurde von internationalen, regionalen und nationalen Menschenrechtsorganen mehrfach als unfreiwillige Zwangsmaßnahme und Verstoß gegen fundamentale Menschenrechte verurteilt. Dazu gehören unter anderem das Recht auf Gesundheit, das Recht auf Privatsphäre, das Recht auf Information, das Recht auf Selbstbestimmung über die Anzahl und den zeitlichen Abstand von Schwangerschaften, das Recht auf Gründung einer Familie und das Recht auf Nichtdiskriminierung. Zahlreiche Menschenrechtsorgane haben anerkannt, dass die Zwangssterilisation gegen das Recht auf Freiheit von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe verstößt.

Bestrebungen, demografische Entwicklungen zu manipulieren. Der Zugang zu Dienstleistungen oder Bedarfsartikeln kann aus vielen Gründen erschwert sein, etwa durch finanzielle Engpässe oder Lieferschwierigkeiten. Doch in manchen Fällen liegt die Vermutung nahe, dass ein Zusammenhang zwischen angestrebten Bevölkerungszahlen und einem eingeschränkten Zugang zu Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit besteht.

So wurde der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen zum Beispiel in Rumänien und den USA in den letzten Jahren massiv erschwert, und zwar genau in der Zeit, als die xenophobe Legende vom „großen Bevölkerungsaustausch“ im Aufwind war. Mancherorts treffen Einschränkungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit bestimmte Bevölkerungsgruppen unverhältnismäßig stark, so zum Beispiel in Malaysia, wo Migrantinnen keinen Zugang zu Informationen über reproduktive Gesundheit und Empfängnisverhütung haben und im Fall einer Schwangerschaft abgeschoben werden können. In vielen Fällen ist der Zusammenhang mit traditionellen Geschlechternormen oder ethnonationalistischen Ressentiments unverkennbar.

Die Menschen in den Mittelpunkt stellen

Der Politik stehen aber durchaus andere Mittel als die Einschränkung der Entscheidungsfreiheit zur Verfügung. Häufig werden auch positive Maßnahmen ergriffen, um Frauen zu fördern, zu stärken und ihnen mehr Entscheidungsspielraum zu verschaffen: durch die Finanzierung von Erziehungsurlaub, die Kompensation von Betreuungskosten mittels Direktzahlungen wie Kindergeld oder Familienbeihilfen oder Steuervergünstigungen, die Förderung der Gleichstellung am Arbeitsplatz und im Haushalt, um erwerbstätigen Frauen die

Mutterschaft zu erleichtern, flexible Arbeitszeiten oder Teilzeitarbeitsplätze für Eltern usw. Solche Programme können eine beispielhafte Form der Familienförderung sein: Sie senken die Hürden zur Elternschaft für diejenigen, die sich Kinder wünschen, erleichtern den Eltern Investitionen in die Gesundheit und Zukunft ihrer Kinder und sie stärken die Chancengleichheit und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Frauen. So wird es für die Menschen einfacher, ihre reproduktiven Rechte wahrzunehmen und so viele Kinder zu bekommen, wie sie haben wollen. Eigentlich sind viele dieser Regelungen Standardmaßnahmen der Sozialpolitik und des Wohlfahrtsstaates, die auch jenseits aller Fertilitätsbestrebungen empfehlenswert sind. Zielt eine solche Politik jedoch vor allem darauf ab, die landesweite Fertilität zu steigern oder zu senken, dann ergibt sich daraus die ernst zu nehmende Gefahr, dass diese Maßnahmen wieder reduziert oder sogar ganz abgeschafft werden könnten, wenn ihre Ziele in politischer oder ökonomischer Hinsicht als nicht mehr so wichtig erachtet werden. Tatsächlich zeigte sich bei der Auswertung dieser Befragung, dass viele Länder dabei waren, die Maßnahmen zur Unterstützung von Familien und zur Gleichstellung der Geschlechter zurückzufahren: Zwischen 2015 und 2019 reduzierten 38 Staaten ihre Subventionen für Kinderbetreuung, Einmalzahlungen für Kinder sowie Kindergeld oder Familienbeihilfen. Dies wirft eine wichtige Frage auf: Würden diese Maßnahmen weniger leicht über Bord geworfen, wenn es bei der Umsetzung einer familienfreundlichen Politik vorrangig um Menschenrechte und Soziales ginge?

Dann gibt es Fälle, in denen die Politik ausdrücklich angestrebte Fertilitätsraten festlegt – obwohl sich die Welt seit der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 von der Formulierung spezifischer demografischer Zielvorgaben verabschiedet hat. In

den letzten zwanzig Jahren haben unter anderem die Regierungen von Belarus, Estland, Japan, der Republik Korea, Polen und Russland solche Zielvorgaben formuliert. Die polnische Regierung veröffentlichte unlängst ihre „Demografische Strategie 2040“. Anders als ihr Titel vermuten lässt, befasst sich dieses Papier ausschließlich mit Familienpolitik und Strategien zur Steigerung der Fertilität. Ziel ist, bis zum Jahr 2040 eine Gesamtfertilitätsrate auf dem nachhaltigen Niveau von rund 2,1 Kindern pro Frau zu erreichen. Das wäre eine Steigerung um 50 Prozent gegenüber dem aktuellen Wert von 1,4. Der Iran verfolgt das Ziel, die Bevölkerungszahl des Landes auf 150 Millionen Menschen zu erhöhen. Die wesentlichen Strategien, um diese Vorgabe zu erreichen, sind die Steigerung der Fertilitätsraten, die Senkung des Heiratsalters und die Verminderung der Scheidungsrate (damit mehr eheliche Kinder geboren werden). In manchen Fällen wird sehr deutlich formuliert, dass nicht die Zuwanderung, sondern nur die Fertilität gesteigert werden soll.

Zuweilen wird auch versucht, Zielvorgaben mithilfe von Anreizen für Paare zu erreichen, die eine bestimmte Anzahl von Kindern zeugen – eine Art Reproduktionsquote. Anders als bei Programmen, mit denen jedes einzelne Kind unterstützt wird, weisen solche Programme einer seitens der Regierung vorgegebenen Kinderzahl einen finanziellen Wert zu. In Ungarn zum Beispiel gibt es für junge Ehepaare ein Darlehen in Höhe von zehn Millionen Forint (ca. 25.700 Euro). Mit jedem Kind, das sie zur Welt bringen, verschiebt sich der Rückzahlungstermin auf später. Paare, die innerhalb des geforderten Zeitraums drei Kinder bekommen haben, müssen das Geld gar nicht mehr zurückzahlen.



Russland belohnt „Heldenmütter“, die mindestens zehn Kinder haben, mit einem Geldbetrag von einer Million Rubel, das sind ungefähr 12.000 Euro. Im Iran gibt es seit 2021 gesetzliche Anreize für Geburten und Eheschließungen, darunter auch finanzielle Anreize zur frühen Eheschließung. So können Paare bis zum Alter von 25 und Frauen bis 23 Jahren zinslose Darlehen bekommen.

Jedoch sind politische Maßnahmen zur Steigerung der Fertilität eines ganzen Landes nutzlos. Solche Strategien haben langfristig keinen nennenswerten Erfolg, egal ob sie dazu dienen, bestimmte Zielvorgaben zu erreichen, oder ob sie anderweitig funktionieren sollen. Betrachtet man die Länder, die in letzter Zeit solche Zielvorgaben eingeführt haben, dann ist nach Berücksichtigung des sogenannten Tempo-Effekts kaum eine wahrnehmbare Veränderung der zusammengefassten Geburtenziffer festzustellen. Das heißt, manche Menschen

können durchaus beschließen, ohnehin geplante Kinder zu einem bestimmten Zeitpunkt zu bekommen, um von einer neuen Politik zu profitieren, aber sie vergrößern ihre Familie nicht über das geplante Maß hinaus. Dies hat sich unter anderem in Russland, im Iran, in vielen ostasiatischen Ländern und in Thailand gezeigt. Tatsächlich wirken sich mögliche Steigerungen eher auf die Zeitplanung von Geburten aus als auf die absolute Zahl der Kinder, die eine Frau im Lauf ihres Lebens bekommt.

In Ländern, die ihre Politik ausdrücklich auf eine Erhöhung der Fertilität ausrichten, verharret die zusammengefasste Geburtenziffer häufig bei weit unter zwei Kindern pro Frau. Manche behaupten zwar, die Fertilität wäre ohne diese Maßnahmen noch weiter zurückgegangen, aber das lässt sich unmöglich belegen. Doch selbst wenn eine solche Politik Wirkung zeigen würde, wäre diese wahrscheinlich nur marginal. Allein schon aufgrund der Bevölkerungsdynamik werden aktuell niedrige Fertilitätsraten zu einem langsamen Bevölkerungswachstum und alternden Gesellschaften führen. Solange in diesen Staaten kein plötzlicher, dramatischer und über längere Zeit anhaltender Fertilitäts- oder Zuwanderungsboom einsetzt, wird dies wahrscheinlich so bleiben.

Versuche, die Fertilität massiv zu steigern, hat es in der Vergangenheit immer wieder gegeben. Diese Strategien sind entweder gescheitert oder hatten fatale Folgen. Ein bezeichnendes Beispiel ist Rumänien, wo 1966 in dem Versuch, die Fertilitätsraten zu steigern, Schwangerschaftsabbrüche und Verhütung in jeglicher Form verboten wurden. Danach kam es für kurze Zeit zu einem Anstieg der Gesamtfertilitätsrate von 1,9 auf 3,7 Kinder pro Frau. Doch die Fertilitätsraten gingen schnell wieder zurück, weil die Frauen Mittel und Wege

fanden, sich ihre körperliche Autonomie zurückzuerobern, etwa durch eingeschmuggelte Verhütungsmittel. Viele Frauen flüchteten sich auch in unsichere, illegale Schwangerschaftsabbrüche und bis 1989, als die Verbote abrupt gekippt wurden, waren schätzungsweise 10.000 Frauen daran gestorben. In dem ganzen Zeitraum von 1965 bis 1989 hatte sich die Mortalitätsquote von Müttern in Rumänien verdoppelt. Ein zweiter tragischer Effekt bestand darin, dass viele Frauen, die gezwungen waren, Kinder zur Welt zu bringen, diese anschließend den staatlichen Waisenhäusern überließen, die schnell überfüllt waren. Nachdem diese Waisenhäuser 1989 für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden, kam ans Licht, dass in den vergangenen zwei Jahrzehnten mindestens 500.000 der dort lebenden Kinder schwer vernachlässigt worden waren und großes Leid erfahren hatten.

Plädoyer für die Hoffnung

Im Augenblick besteht kaum die Gefahr einer globalen „Unterbevölkerung“ oder Auslöschung der Menschheit. Schließlich leben derzeit mehr Menschen als jemals zuvor auf der Erde und die Bevölkerungsdynamik sorgt dafür, dass das Bevölkerungswachstum über die kommenden Jahrzehnte anhalten wird.

Zwei Drittel der Weltbevölkerung leben in Ländern oder Territorien mit Fertilitätsraten unterhalb des Bestandserhaltungsniveaus, dennoch verzeichnen nicht alle diese Länder oder Territorien einen Bevölkerungsrückgang. Tatsächlich wird zwischen 2022 und 2050 in voraussichtlich nur 61 von 237 Ländern bzw. Territorien die Bevölkerungszahl um mindestens ein Prozent schrumpfen, und zwar aufgrund einer anhaltend niedrigen Fertilität und in manchen Fällen einer verstärkten Auswanderung.

Allerdings gingen diesen Zahlen in vielen Fällen historische Höchststände voraus, was jahrzehntelangen Fortschritten in den Bereichen Gesundheit, Entwicklung und Lebenserwartung zu verdanken ist.

Behauptungen wie „wenn die Weltbevölkerung erst einmal zu schrumpfen beginnt, dann geht das unaufhaltsam immer so weiter“ sind reine Spekulation. Obwohl die Fertilität in vielen Ländern seit Jahrzehnten unterhalb des Bestandserhaltungsniveaus liegt, sind die Fertilitätsraten nur in einer Hand voll Länder jemals auf unter 1,0 zurückgegangen. Tatsächlich bedeuten sinkende Fertilitätsraten nicht unbedingt, dass die Fertilität für lange Zeit auf niedrigem Niveau verharrt. Es gibt Beispiele dafür, dass ein Rückgang der Fertilität plötzlich zum Stillstand kommt (z. B. in Kenia). In manchen Ländern sank die Fertilität unter das Bestandserhaltungsniveau, um diesen Wert dann wieder zu überschreiten (Sri Lanka, Kasachstan). In manchen europäischen Staaten ging die Fertilität zwischen den beiden Weltkriegen unter das Bestandserhaltungsniveau zurück und überstieg diesen Wert im sogenannten „Babyboom“ danach wieder bei Weitem.

Ethnonationalistische Parolen können zwar durchaus politische Unterstützung mobilisieren, es gibt jedoch kaum Hinweise darauf, dass sie die Fertilitätsraten beeinflussen. Tatsächlich sind bislang die wenigsten Vorhersagen über einen Untergang der Nation oder einer ethnischen Bevölkerungsgruppe wahr geworden. Einige US-amerikanische Autor*innen sagten bereits 1914 das „Aussterben“ der Weißen in Amerika voraus. Etwa zur gleichen Zeit prognostizierten andere Bevölkerungsalarmist*innen den Niedergang der Weißen in Australien sowie des englischen und französischen Volkes – als Grund galten stets niedrige Fertilitätsraten. Keine dieser Vorhersagen ist jemals eingetreten.

Deshalb lohnt es sich, derartige demografische Untergangsszenarien daraufhin abzuklopfen, wessen Interessen mit solchen Argumenten gedient werden. Angesichts der alternden Bevölkerung in einkommensstarken Ländern wurde der Begriff „apokalyptische Demografie“ geprägt. Hinter diesen Narrativen steht die Behauptung, eine rasche Alterung der Bevölkerung sei eine unerträgliche Belastung der Volkswirtschaft, weil die schrumpfende Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter die Kosten für Renten, Gesundheitsversorgung und Sozialleistungen nicht mehr finanzieren könne. Eine derartige Panikmache kann um sich greifen, wenn sie bestimmten wirtschaftlichen Interessen dient (zum Beispiel von Unternehmen, die auf billige Arbeitskräfte angewiesen sind). Doch im Gegensatz dazu können Arbeitnehmer*innen davon profitieren, wenn Arbeitskräfte knapp sind, denn dadurch steigt der Wert ihrer Arbeit.

Negative Effekte des Bevölkerungsrückgangs lassen sich zum Teil durch institutionelle Veränderungen auffangen. Geringe Fertilität, Alterung der Gesellschaft und sinkende Bevölkerungszahlen bringen sowohl Chancen als auch Herausforderungen mit sich. Weniger Arbeitskräfte müssen nicht zwangsläufig weniger produktiv sein. Arbeitskräftemangel kann die technologische Entwicklung stimulieren. So kann zum Beispiel der verstärkte Einsatz von Robotertechnik produktivitätssteigernd wirken. Zudem gibt es in den meisten Staaten mit geringem Bevölkerungswachstum große Spielräume für eine stärkere Erwerbsbeteiligung etwa von Frauen sowie zugewanderten und älteren Menschen, die besser in den Arbeitsmarkt integriert werden und für die mehr Chancen geschaffen werden können.

Außerdem ist Alterung nicht unbedingt gleichbedeutend mit einem Abgleiten in die Obsoleszenz. Wer eine alternde Bevölkerung als Nettobelastung

betrachtet, perpetuiert altersdiskriminierende Klischees, die ältere Menschen herabwürdigen und entmenslichen. In Wahrheit kann eine höhere Lebenserwartung mit längerer Gesundheit und Produktivität einhergehen, sofern die Bedingungen stimmen. Ein gesunder Lebensstil und Arbeitsplatz können sich ein ganzes Leben lang positiv auf Gesundheit, kognitive Fähigkeiten und Motivation auswirken und dafür sorgen, dass die Produktivität im Alter nur begrenzt abnimmt. Der Zeitpunkt, ab wann altersbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen einsetzen, differiert je nach Land um bis zu 30 Jahre. Mit passenden Strukturen für alte Menschen lässt sich dieser Zeitpunkt üblicherweise deutlich nach hinten verschieben. Mit Blick auf nachhaltige Sozialsysteme und starke Volkswirtschaften können Gesundheit und Bildung der Bevölkerung viel wichtiger sein als das Alter.

Während der Covid-19-Pandemie war es für ältere Arbeitskräfte eine große Herausforderung, weiter zur Arbeit zu gehen, weil sie durch die Krankheit stärker gefährdet waren als jüngere. Doch konnte man in der Pandemie auch viel lernen: Viele Länder haben kreative und häufig auch kostengünstige Programme umgesetzt, um ältere Arbeitskräfte in ihren Betrieben weiter zu beschäftigen oder sie beim Wechsel in eine selbstständige Tätigkeit zu unterstützen. Dazu gehörten unter anderem die Einrichtung altersgerechter Arbeitsumgebungen, die verstärkte Nutzung von Homeoffice und flexiblen Arbeitszeitregelungen sowie neue Formen der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Generationen.

Auch Migration bringt nicht nur Herausforderungen mit sich, sondern auch Vorteile. Zwar ist es nahezu unmöglich, allein durch Zuwanderung langfristig stabile Abhängigkeitsquotienten aufrechtzuerhalten, dennoch ist die Förderung von Zuwanderung der

schnellste und sicherste Weg, Alterung und Stagnation der Bevölkerung abzuschwächen und das Wirtschaftswachstum anzukurbeln – nicht zuletzt, weil die meisten Zugewanderten der Wirtschaft unmittelbar zur Verfügung stehen und Steuern bezahlen, während Babys erst nach 15 bis 20 Jahren zu arbeiten beginnen.

Schwierig wird es, wenn die Abwanderung reduziert werden soll. Es ist nicht leicht, den Verbleib von Arbeitskräften im Land wirksam zu fördern, denn dafür müssen die Gründe, weshalb – insbesondere junge – Menschen auswandern, untersucht und mit geeigneten Gegenmaßnahmen angegangen werden. Dazu ist es unter Umständen erforderlich, ungleiche (wirtschaftliche oder soziale) Zukunftschancen zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland oder -region auszugleichen, was in manchen Fällen ungeheuer schwierig sein kann.

In verschiedenen Weltregionen wurden auch Maßnahmen ergriffen, um die Remigration zu fördern („Rückwerbungsprogramme“). Möglich sind zum Beispiel finanzielle Anreize, unter anderem ein besonders günstiger Einkommensteuersatz (z. B. in Portugal), eine Pauschalbesteuerung des Einkommens oder eine einmalige Rückkehrprämie für Fachkräfte (z. B. Slowakei). Meist sind solche Maßnahmen jedoch nur auf ganz bestimmte Gruppen ausgerichtet. Außerdem sind sie naturgemäß relativ begrenzt, nur kurzfristig wirksam und durch andere Schwierigkeiten beschränkt. So stehen viele Rückkehrwillige vor „sanften Hindernissen“, zum Beispiel begrenzten Chancen auf dem Arbeitsmarkt (einschließlich Gehaltsunterschieden), einem restriktiven Geschäftsklima oder unzureichenden Bildungsangeboten – Faktoren, die sich nicht einfach mit einer Einmalzahlung überwinden lassen.

Hier braucht es zweifellos ganzheitliche Ansätze. In Ländern mit niedriger Fertilität bekommen viele Frauen weniger Kinder, als sie (und auch viele Männer) sich eigentlich wünschen. Dafür gibt es zahlreiche Gründe, aber ein wichtiges und ständiges Thema ist die Ungleichbehandlung der Geschlechter, insbesondere im Hinblick auf die hohen Opportunitätskosten für Frauen in Systemen, in denen sie überwiegend für Kinderbetreuung und Hausarbeit zuständig sind und am Arbeitsplatz diskriminiert werden. Frauen und Paare werden sich ihre Reproduktionswünsche nicht erfüllen können, wenn die gesellschaftlichen Strukturen nicht an ihre Bedürfnisse angepasst werden. Die Ironie dabei ist, dass gerade die Propaganda für ein „traditionelles Familienbild“ Eltern daran hindert, die von ihnen gewünschte Familiengröße zu erreichen, womit sie zu einem weiteren Fertilitätsrückgang beiträgt.

Und ganz allgemein gilt es auch, dem zunehmenden Pessimismus von Menschen im reproduktionsfähigen Alter etwas entgegenzusetzen. Sie müssen sich in vielen Regionen mit erheblicher wirtschaftlicher Unsicherheit und eklatanten Ungleichheiten zwischen den Generationen auseinandersetzen. In zahlreichen Ländern sind die Zukunftsaussichten der jüngeren Generationen düsterer, als es die ihrer Eltern waren. Zukunftsängste tragen dazu bei, dass der Wunsch, Kinder zu bekommen, nicht verwirklicht wird.

Die wahren Herausforderungen, die sich durch eine alternde und schrumpfende Bevölkerung ergeben, lassen sich – zumindest kurz- und mittelfristig – am besten durch die Neuaufstellung derjenigen Institutionen, Systeme und Regelwerke in Angriff nehmen, die durch die Veränderungen der demografischen Struktur unter Druck geraten. Dazu gehören Reformen der Renten-, Gesundheits- und



Sozialhilfesysteme sowie der Arbeitsmärkte, die Bekämpfung von Ungleichheiten, die Überwindung der digitalen Kluft sowie die Förderung von Gesundheit und Aktivität im Alter. Es gilt, das wirtschaftliche und gesellschaftliche Potenzial der gesamten Bevölkerung voll und ganz auszuschöpfen.

Statt sich einfach nur auf Bevölkerungszahlen oder Fertilitätsraten zu konzentrieren, erfordert eine solche Politik die umfassende, langfristige und ganzheitliche Orientierung am Wohlergehen der Menschen. Das alles gibt es nicht umsonst, und wie bei allen Reformen werden dadurch gewisse Besitzstände zur Disposition gestellt. Aber diese Ansätze können uns helfen, Zustände zu erreichen, die sich von den heute grassierenden Ängsten unterscheiden. Sie eröffnen einen Ausweg aus der „apokalyptischen Demografie“ in Richtung einer demografischen Resilienz – den Weg in eine gerechtere Zukunft.





Wie es um die **REPRODUKTIVE** Entscheidungs- freiheit steht

Es ist unser Grundrecht, sowohl als Einzelperson als auch als Paar frei und verantwortungsbewusst über die Anzahl, den Abstand und den Zeitpunkt der Geburt unserer Kinder zu entscheiden und die hierfür erforderlichen Informationen und Mittel zu erhalten. Wir müssen in der Lage sein, Entscheidungen zur reproduktiven und sexuellen Gesundheit frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu treffen. Die Dienste, die uns helfen, diese Ziele zu erreichen, müssen erschwinglich, angemessen, zugänglich und von hoher Qualität sein.

Diese Rechte sind vor allem für Frauen von zentraler Bedeutung, deren Körper seit langem als Instrument der sozialen, politischen und religiösen Regulierung eingesetzt wird. Restriktive Verhaltenskodizes bestrafen Frauen dafür, dass sie zu früh oder zu spät, zu schnell oder zu langsam, zu viele, zu wenige oder gar keine Kinder bekommen. Es gibt jedoch viele verschiedene Wege durch das reproduktive Leben, und was für die eine Frau richtig ist, muss nicht unbedingt für eine andere gelten. Der Schlüssel zu gesunden Frauen und gesunden Gesellschaften liegt darin, Frauen dabei zu unterstützen, so viele Kinder zu bekommen, wie sie wollen, und zwar zu dem Zeitpunkt, zu dem sie es wünschen.

In den letzten Jahrzehnten hat sich in der globalen Entwicklung ein dringend notwendiger Paradigmenwechsel hin zu den Rechten des*er Einzelnen vollzogen. Was Bevölkerungsfragen angeht, so ist dieser vielleicht nirgendwo deutlicher zu erkennen als im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD), das 1994 in Kairo verabschiedet wurde. Darin wurde bekräftigt, dass reproduktive Rechte Menschenrechte sind, und unterstrichen, dass die Stärkung von Frauen und Mädchen und die Gewährleistung ihrer reproduktiven Rechte für den Fortschritt unerlässlich sind. Auf dem Gipfeltreffen

in Nairobi 2019 wurde anerkannt, dass die demografische Vielfalt weltweit zunimmt und dass die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die damit verbundenen Rechte ein integraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung sind. Auch in den Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs) werden reproduktive Rechte und die Stärkung von Frauen als wesentliche Triebfeder für die globale Entwicklung angesehen.

Heute, fast 30 Jahre nach der Wende von Kairo, sind beträchtliche Fortschritte bei der Förderung und dem Schutz der körperlichen Selbstbestimmung erzielt worden. Der Weg ist jedoch noch lang. Ein alarmierend hoher Anteil von Frauen – 44 Prozent der verpartnerten Frauen in 68 Ländern – ist derzeit nicht in der Lage, seine körperliche Selbstbestimmung auszuüben, wie es der SDG-Indikator 5.6.1 festlegt. Fast die Hälfte aller Schwangerschaften sind unbeabsichtigt, was bedeutet, dass sie entweder zum falschen Zeitpunkt oder ungewollt eingetreten sind. Nahezu ein Drittel aller Frauen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen wird im jugendlichen Alter Mutter. Tragischerweise wurden zwischen 2016 und 2020 keine Fortschritte bei der Senkung der Müttersterblichkeit erzielt. In Ostasien und der Pazifikregion, Europa und Zentralasien sowie in Nordamerika sind sogar Rückschritte zu verzeichnen. Schätzungsweise jede dritte Frau und jedes dritte Mädchen weltweit hat mindestens einmal in ihrem Leben Gewalt in der Partnerschaft, sexuelle Gewalt durch andere Personen oder beides erlebt. In mehr als einem Fünftel der Länder gibt es keine Rechtsvorschriften zum Schutz von Frauen, die in der Ehe vergewaltigt werden, und die Strafen für nicht einvernehmlichen Sex in der Ehe sind in vielen weiteren Ländern deutlich niedriger als bei anderen Vergewaltigungsfällen.

Dennoch rangieren reproduktive Rechte und körperliche Selbstbestimmung bei vielen bevölkerungspolitischen Maßnahmen weiterhin als zweitrangig – wenn sie überhaupt berücksichtigt werden. Die Familienplanungsdienste werden so konzipiert, dass sie den nationalen und internationalen Fertilitätszielen entsprechen und nicht den Fertilitätswünschen der einzelnen Personen. Dies führt dazu, dass die reproduktiven Rechte nur unzureichend geschützt und gewahrt oder dass diese Rechte sogar bewusst verletzt werden.

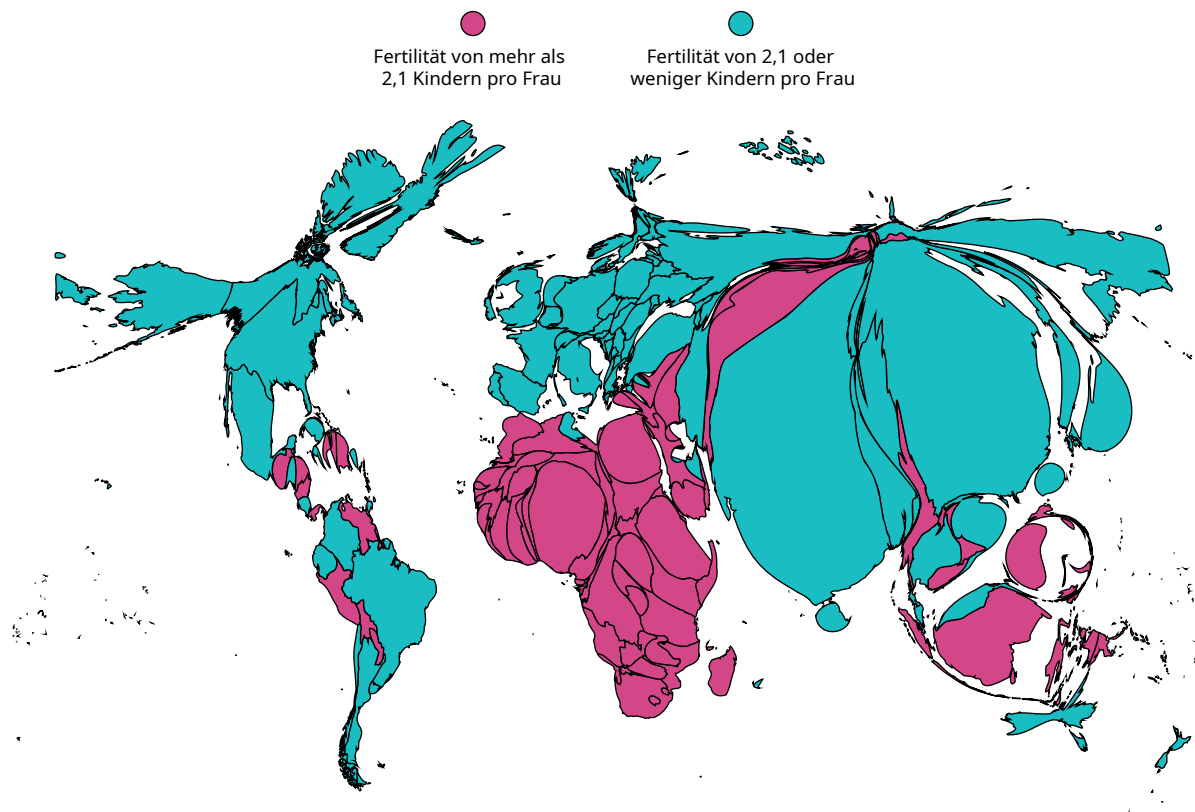
Erreichen Frauen ihre reproduktiven Ziele?

Sowohl hohe als auch niedrige Fertilitätsraten sind ein Grund für eine eingehende Prüfung und häufig auch für politische Maßnahmen. Interventionen – insbesondere solche, die sich auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die damit verbundenen Rechte auswirken – sollten jedoch nicht deshalb erfolgen, weil eine hohe oder niedrige Fertilität per se als gut oder schlecht erachtet wird.

> Erzwungene Schwangerschaften

Eine erzwungene Schwangerschaft ist eine Form der reproduktiven Nötigung, bei der eine Person gegen ihren Willen schwanger wird. 1998 wurde mit dem Römischen Statut des Internationalen Strafgerichtshofs (IStGH) das erste verbindliche internationale Instrument geschaffen, das erzwungene Schwangerschaften als Verbrechen gegen die Menschlichkeit und als Kriegsverbrechen nach internationalem Recht anerkennt. Obwohl sich die Definition des IStGH-Statuts nur auf die Verletzung sexueller und reproduktiver Rechte während Konflikten und anderen Menschenrechtskrisen bezog, wurde der Straftatbestand seither von Befürworter*innen breiter ausgelegt, so dass er beispielsweise auch Situationen einschließt, in denen einer schwangeren Person ein Schwangerschaftsabbruch verweigert wird. Seit 1998 haben mehr als 120 Staaten das IStGH-Statut ratifiziert, und mindestens 36 Staaten haben nationale Rechtsvorschriften erlassen, die eine erzwungene Schwangerschaft als Verbrechen gegen die Menschlichkeit, als Kriegsverbrechen oder beides unter Strafe stellen. Eine erzwungene Schwangerschaft führt in der Regel zu gravierenden Schäden bei den Personen, deren Rechte verletzt werden, sowie bei den Kindern, die infolge der Schwangerschaft geboren werden. Personen, die Opfer eines solchen Verbrechens geworden sind, haben ein Recht auf vollständige Wiedergutmachung des erlittenen Schadens. Eine wirksame Wiedergutmachung sollte Maßnahmen umfassen, die bestehende Formen der Diskriminierung und der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern beenden, weil diese in vielen Fällen zu den Verbrechen beitragen.

Weltkarte der Fertilität proportional zur Bevölkerungsgröße der Länder und Territorien



Quelle: UN DESA, World Population Prospects: The 2022 Revision, 2022.

Zwei Drittel aller Menschen leben in Ländern, wo die Fertilitätsrate dem Bestandserhaltungsniveau von 2,1 Kindern pro Frau oder weniger entspricht. Diese Rate ist jedoch kein perfekter Indikator für Nullwachstum.

Mit den richtigen Instrumenten und Ansätzen können resiliente Gesellschaften auch mit hohen oder niedrigen Fertilitätsraten gedeihen. Vielmehr sind hohe und niedrige Fertilitätsraten Anlass zur Überprüfung, weil sie insgesamt darauf hindeuten, dass die Menschen ihre Reproduktionswünsche nicht erfüllen können.

Die gewünschte Fertilität von Frauen stimmt oft nicht mit ihrer erreichten Fertilität überein. Wenn sich die Geburtenraten in Richtung extremer Höchst- oder Tiefstwerte bewegen, kann dies ein

Warnsignal dafür sein, dass die reproduktiven Möglichkeiten von Frauen in die eine oder andere Richtung eingeschränkt werden – mit tiefgreifenden Folgen für ihren Körper, ihre Zukunft, ihre Familien und ihre Gemeinden.

Die Anzahl der von Frauen gewünschten Kinder wird jedoch in Diskussionen über die Geburtenziffern oft ausgeklammert. Es gibt viele Gründe dafür, dass Daten über Fertilitätsabsichten aus dem Dialog auf politischer Ebene wenig beachtet werden. Dazu trägt nicht zuletzt die Ungewissheit

über ihre Zuverlässigkeit bei und darüber, was sie letztlich bedeuten. So gibt es beispielsweise Unterschiede zwischen den Fertilitätsidealen von Frauen und ihren konkreten Kinderwünschen, und beide können sich im Laufe des Lebens ändern.

Eine Bevölkerungspolitik zu konzipieren, ohne zu untersuchen, was die einzelnen Personen für ihren Körper und ihre Zukunft wollen, bedeutet, einen zentralen Punkt zu übersehen: Damit eine Bevölkerung maximal gesund und in der Lage ist, ihren Beitrag zu leisten, innovativ zu sein und zu gedeihen, müssen die Menschen ihre Rechte und Wahlmöglichkeiten wahrnehmen können.

Tatsächlich besteht weltweit eine beträchtliche Kluft zwischen gewünschter und realisierter Fertilität. Einige Frauen bekommen mehr Kinder, als sie wollen, während andere mehr Kinder wollen, als sie bekommen. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind dramatisch: In Ländern mit hoher Fertilität ist die gewünschte Fertilität im Allgemeinen niedriger als die erreichte – und die Zahl der ungewollten Schwangerschaften höher –, während in Ländern mit niedriger Fertilität die gewünschte Fertilität im Allgemeinen höher ist als die erreichte.

Globale Muster von zu geringer und zu hoher Fertilität haben weitreichende Auswirkungen auf den allgemeinen Bevölkerungswandel; dies muss auf politischer Ebene anerkannt und angegangen werden. Aber auch die Auswirkungen auf die einzelnen Frauen müssen beachtet werden. Für die einzelne Person haben nicht realisierte, zu hohe oder zum falschen Zeitpunkt erreichte Fertilität lebensverändernde Auswirkungen. So kann ungewollte Kinderlosigkeit besonders schwerwiegende negative psychosoziale und wirtschaftliche Folgen für Frauen in einem Umfeld mit hoher Fertilität und geringen Ressourcen haben, in dem die

Möglichkeiten der künstlichen Befruchtung außerordentlich begrenzt sind. Freiwillige Kinderlosigkeit ist auch mit erheblichen und ungerechtfertigten Vorurteilen verbunden, die sich negativ auf Frauen auswirken. Eine zu hohe Fertilität kann den Teufelskreis von Armut und eingeschränkter Schulbildung zementieren. Sie steht in engem Zusammenhang mit schnell aufeinander folgenden Schwangerschaften und Geburten in sehr jungem Alter, die ein besonders hohes Sterblichkeits- und Krankheitsrisiko für Mütter und ihre Kinder bergen. Höhere Fertilität als beabsichtigt kann sogar tödlich sein: Schätzungen zufolge ist bis zu einem von zehn Todesfällen bei Müttern die Folge eines unsicheren Schwangerschaftsabbruchs.

Höhere Fertilität als beabsichtigt

Knapp ein Drittel der Weltbevölkerung lebt in Ländern, in denen die Gesamtfertilitätsrate über 2,1 Geburten pro Frau liegt. Doch vor allem in Ländern mit deutlich höheren Fertilitätsraten wünschen sich die Frauen meist kleinere Familien, als sie tatsächlich haben: Während die Gesamtfertilität von Frauen in Ländern mit höherer Fertilität, für die aktuelle Daten vorliegen, bei 3,2 Geburten pro Frau liegt, ist die gewünschte Gesamtfertilität deutlich niedriger. In den meisten afrikanischen Ländern südlich der Sahara, deren Fertilitätsraten nach wie vor zu den höchsten der Welt gehören, geben Frauen im Durchschnitt zwei oder mehr ungewollte Geburten an – ein Befund, der in den letzten zwei Jahrzehnten relativ konstant geblieben ist.

Dies sind genau die Themen, die bei der Gestaltung der Familienplanungs- und Fertilitätspolitik Vorrang haben müssen. Der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln bei Frauen ist unannehmbar

Die Bedürfnisse unfruchtbarer Paare können in einer Welt, die auf das Bevölkerungswachstum fixiert ist, übersehen werden

Ungefähr fünf Jahre nach ihrer Heirat begann Pat Kupchi sich zu fragen, ob etwas nicht stimmte.

Warum war sie nicht schwanger?

Bis zu diesem Zeitpunkt hatte sie nicht viel darüber nachgedacht, weil sie sich auf ihr Jurastudium an der Ahmadu Bello University Zaria im nigerianischen Bundesstaat Kaduna konzentriert hatte. Doch als sie ihr Studium beendet hatte, begannen auch die Menschen um sie herum, sich Gedanken zu machen. „Sie ist mit der Uni fertig, worauf wartet sie jetzt noch?“ sagt Kupchi über den Druck, der auf ihr lastete.

In Nigeria bekommt eine Frau im Laufe ihres Lebens durchschnittlich fünf Kinder. „In Afrika“, sagt Kupchi, „heiratet man, und wenn man zwölf Monate später

immer noch kein Kind hat, ist das ein Problem.“

Kupchi und ihr Mann gingen zu einem Arzt, der feststellte, dass blockierte Eileiter sie daran hinderten, schwanger zu werden.

1997, das Jahr, in dem Kupchi diese Nachricht erhielt, waren in Nigeria gerade assistierte Reproduktionstechnologien verfügbar geworden. Sie suchte eine Klinik auf, die ihr Hoffnung auf eine In-vitro-Fertilisation machte. Damals waren die Kosten noch extrem hoch. „Die Menschen standen dem Verfahren skeptisch gegenüber“, sagt Kupchi. „Es war neu, und es war teuer. Sollte ich so viel Geld ausgeben?“

Aber das Paar entschied, dass die Aussicht auf ein Kind die

Kosten und das Risiko, dass es nicht funktionieren könnte, wert war. Schließlich wurden vier befruchtete Embryonen übertragen, von denen einer 1998 zur Geburt ihrer Tochter Hannatu führte, dem ersten öffentlich anerkannten „Retortenbaby“ in Nigeria.

„Ein Kind ist eine Trophäe, ein Diamant des Lebens“, sagt Ibrahim Wada, der Geburtshelfer und Gynäkologe, der Kupchis Behandlung durchführte. „Die Menschen legen großen Wert darauf, ein Kind zu haben.“

Doch räumt Dr. Wada auch ein, dass eine In-vitro-Fertilisation für viele unfruchtbare Paare unerschwinglich ist. Ein Zyklus der In-vitro-Fertilisation kostet in Nigeria zwischen 2.000 und 3.000 US-Dollar, während das

Pro-Kopf-BIP bei etwa 2.100 US-Dollar pro Jahr liegt. Um zu helfen, gründete Dr. Wada eine Stiftung, die jedes Jahr die Kosten für etwa 250 Zyklen ganz oder teilweise übernimmt.

Einige Paare, die sich keine Behandlung leisten können oder keinen Zugang dazu haben, greifen auf traditionelle, unerprobte und bisweilen gefährliche Infertilitätsbehandlungen zurück. Bei einigen handelt es sich um pflanzliche Mittel, sagt Dr. Wada, bei anderen um Substanzen wie Kochsalz und Gin oder sogar um „Ätzeffekte“, die bleibende Schäden verursachen können.

Wenn Frauen in Nigeria nicht schwanger werden können, werden sie in der Regel für das Problem verantwortlich gemacht, obwohl in fast drei von fünf Fällen von Unfruchtbarkeit männliche Faktoren, wie z. B. eine niedrige Spermienzahl, eine Rolle spielen. Schwangerschaft und Mutterschaft sind untrennbar mit der Wahrnehmung von

Weiblichkeit verbunden, und Unfruchtbarkeit kann ein allgegenwärtiges Gefühl des Versagens als Frau hervorrufen. „Frauen, die keine Kinder bekommen können, werden stigmatisiert“, sagt Dr. Wada.

Eine Studie unter nigerianischen Frauen mit Unfruchtbarkeit ergab, dass sich 37 Prozent ihrer männlichen Partner eine andere Frau gesucht haben und zwölf Prozent der Ehemänner die Scheidung von ihren Frauen planten. Für Frauen kann eine Scheidung den Ausschluss aus der Familie und der Gemeinschaft bedeuten, sowie eine wirtschaftliche Katastrophe für diejenigen, die finanziell nicht unabhängig sind.

Doch die Einstellung könnte sich ändern, denn einige Männer erkennen an, dass sie Teil des Problems sind – und Teil der Lösung sein müssen. „Heutzutage begleiten mehr Männer Frauen zu Kinderwunschkliniken. Es ist nicht mehr nur „ihre Schuld“, sagt

Dr. Wada. „Damals, 1994, sah man Männer nur selten zusammen mit ihren Frauen bei der Beratung.“

Eine Möglichkeit, den Zugang zur Fertilitätsbehandlung zu erleichtern, besteht laut Dr. Wada darin, Unfruchtbarkeit wie jede andere behandlungsbedürftige Erkrankung zu behandeln und die Prozedur nicht als Zusatzleistung zu deklarieren, die nur denjenigen zur Verfügung steht, die sie sich leisten können.

1994 vereinbarten 179 Regierungen auf der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD), dass alle Länder bestrebt sein sollten, allen Menschen Zugang zu Diensten der reproduktiven Gesundheit zu gewähren, einschließlich der Vorbeugung und angemessenen Behandlung von Unfruchtbarkeit durch Systeme der primären Gesundheitsfürsorge. Doch wenn überhaupt, haben nur wenige Länder dieses Ziel erreicht.

Männer sind Teil des Problems – und der Lösung.

hoch, und an Orten mit dem höchsten ungedeckten Bedarf sind auch die Fertilitätsraten am höchsten. Weltweit wenden 13,2 Prozent der Frauen im reproduktiven Alter, die eine Schwangerschaft vermeiden wollen, keine moderne Verhütungsmethode an. In Regionen, in denen der ungedeckte Bedarf am höchsten ist – Ozeanien, Westasien und Afrika südlich der Sahara – verwenden 20,3 Prozent der Frauen, die eine Schwangerschaft vermeiden wollen, keine modernen Verhütungsmittel.

Die Ursachen für den ungedeckten Bedarf sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. Zunehmend werden aber als Gründe für die Nichtverwendung von Verhütungsmitteln durch Frauen Nebenwirkungen, unregelmäßiger Sex oder aber die Ablehnung von Verhütung durch sie selbst oder andere angegeben. Früher zählten dagegen Unwissen, Unzugänglichkeit und Unerschwinglichkeit zu den größten Hindernissen. Doch heute geben vergleichsweise wenige Frauen an, dass sie keinen Zugang zu Verhütungsmitteln haben oder sich diese nicht leisten könnten, und noch weniger Frauen fehlt es an Informationen. In den 20 Ländern mit hoher Fertilität, für die aktuelle Daten vorliegen, geben 91 Prozent der Frauen an, dass sie ihre eigenen informierten Entscheidungen über die Verwendung von Verhütungsmitteln treffen (eine Komponente des SDG-Indikators 5.6.1), aber nur 47 Prozent der Frauen in diesen Ländern können ihren Bedarf an Familienplanung mit modernen Methoden decken (SDG-Indikator 3.7.1).

Die Inanspruchnahme und Anwendungsdauer von Verhütungsmitteln nehmen zu – und die Ablehnung von Verhütungsmitteln nimmt ab –, wenn Frauen (und Männer) umfassend über eine Vielzahl von Verhütungsmöglichkeiten und mögliche Nebenwirkungen informiert werden. Das heißt, mehr

Frauen verhüten und verhüten länger, wenn sie und ihre Partner besser darüber Bescheid und sich bei Problemen zu helfen wissen. Umfassende und genaue Informationen sind ein wesentlicher Bestandteil eines Rechte-basierten Ansatzes für die reproduktive Gesundheit.

Viele Frauen haben jedoch Schwierigkeiten, eine Verhütungsmethode zu finden, die zu ihrem Körper und ihren Bedürfnissen passt. Ein auf Rechten basierender Ansatz muss auf die Erfahrungen von Frauen mit negativen Nebenwirkungen vertrauen und darf diese nicht als Fehlinformationen oder übertriebene Ängste abtun. Unerwünschte Nebenwirkungen sind einer der Hauptgründe, warum Frauen die Verhütungsmethode absetzen, selbst wenn sie eine Schwangerschaft vermeiden wollen. Schwerwiegende Nebenwirkungen und hohe Abbruchquoten bei Frauen in einkommensschwachen Ländern könnten mit Unterschieden in der Konzentration von Reproduktionshormonen und dem Ernährungszustand im Vergleich zu Frauen in einkommensstarken Ländern zusammenhängen, in denen die meisten modernen Verhütungsmethoden entwickelt und getestet werden.

Solche differenzierten und individuellen Bedürfnisse werden leicht übersehen, wenn die Rechte und die Gesundheit der Einzelnen bei der Gestaltung von Maßnahmen nicht an erster Stelle stehen.

Geringere Fertilität als gewünscht

Während Frauen auf der ganzen Welt mit einem ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln kämpfen, leiden viele andere an einem unerfüllten Kinderwunsch. Zwar gibt es in Ländern mit niedriger Fertilität große Unterschiede bei den Raten der Kinderlosigkeit und erreichten Fertilität. Doch in



den meisten von ihnen wünschen sich viele Frauen eine größere Familie, als sie tatsächlich haben, und es bleiben mehr Frauen kinderlos, die das nicht beabsichtigt hatten.

Hätten Frauen, die sich in Europa und den Vereinigten Staaten dem Ende ihrer reproduktiven Jahre nähern, ihr Fertilitätsideal erreichen können, hätten sie im Durchschnitt etwas mehr als zwei Kinder pro Frau bekommen. Das gilt selbst in süd- und osteuropäischen Ländern wie Italien, Griechenland, Spanien und Bulgarien, wo die realisierte Fertilität bei 1,5 Kindern pro Frau oder darunter liegt. Hier beträgt der Unterschied zwischen der idealen und der tatsächlichen Familiengröße im Durchschnitt 0,3 Kinder pro Frau. Auch in vielen ostasiatischen Ländern mit der weltweit

niedrigsten Fertilität ist eine Zwei-Kind-Familie für die Mehrheit der Frauen nach wie vor das Ideal – selbst in Ländern, in denen die Fertilitätsraten seit Jahrzehnten weit unter dem Bestandserhaltungsniveau liegen, wie in Japan, Südkorea und Singapur.

Im Jahr 2011 gaben 87 Prozent der Frauen und Männer in 27 Ländern der Europäischen Union an, dass ihre persönliche ideale Kinderzahl zwei oder mehr wäre – 57 Prozent sagten, dass zwei Kinder ideal wären und 30 Prozent, dass drei oder mehr Kinder ihre Präferenz wären. In einigen Ländern lag diese Zahl sogar noch höher: In Dänemark äußerten 45 Prozent der Frauen den Wunsch nach drei oder mehr Kindern. Angesichts der anhaltenden durchschnittlichen Fertilitätsrate, wurde eine solche gewünschte Familiengröße bei weitem verfehlt.

Fertilitätsunterschiede stehen in engem Zusammenhang mit wirtschaftlichen Hindernissen und geschlechtsspezifischen Ungleichheiten, insbesondere an Orten mit der niedrigsten Fertilität. Wirtschaftliche Ungewissheit und finanzielle Unsicherheit schränken die Fertilitätspläne von Frauen und Paaren ein. Darüber hinaus sind viele Frauen mit Beschäftigungs- und Kinderbetreuungsstrukturen konfrontiert, die es ihnen erschweren, Mutterschaft und Erwerbstätigkeit zu vereinbaren. Und schließlich können soziale Normen eine schwere Doppelbelastung bedeuten, da sie von Müttern verlangen, eine formelle Beschäftigung auszuüben und gleichzeitig die Hauptlast der familiären Pflichten zu tragen, ohne dass Väter oder andere Personen ausreichend dazu beitragen. Diese ungleichen Bedingungen zwischen den Geschlechtern schränken die Fertilität von Frauen zusätzlich ein.

Weltweit wird der Unfruchtbarkeit nur selten Priorität eingeräumt, obwohl sie alltäglich ist und ihre Auswirkungen auf Einzelpersonen und Familien verheerend sein können. Weltweit sind knapp zwei Prozent der Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren, die sich Kinder wünschen, von primärer Unfruchtbarkeit betroffen, also nicht in der Lage, ein erstes Kind zu bekommen. Sekundäre Unfruchtbarkeit, d. h. die Unfähigkeit, nach mindestens einer Lebendgeburt ein weiteres Kind zu bekommen, betrifft bis zu 10 Prozent aller Mütter, die sich ein weiteres Kind wünschen.

Die Gefahr der Vereinfachung

Während hohe oder niedrige Gesamtfertilitätsraten als Anzeichen gesehen werden können, dass die reproduktiven Rechte nicht gewahrt werden, kann daraus jedoch nicht gefolgert werden, dass stabile oder konstante Fertilitätsraten bedeuten, dass die reproduktiven Rechte gewährleistet werden. Hinter

der durchschnittlichen Fertilitätsrate eines Landes verbergen sich enorme Unterschiede innerhalb der Bevölkerung. Unabhängig vom Wohnort oder von der Gesamtfertilitätsrate verfehlen verschiedene Gruppen von Frauen auf der ganzen Welt durchweg ihr Fertilitätsideal oder werden auf andere Weise an der Verwirklichung ihrer reproduktiven Rechte gehindert. (Mehr zu diesem Thema in Kapitel 5.)

Im Allgemeinen sind die höchsten Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften bei den ärmsten und am stärksten marginalisierten Frauen zu verzeichnen. Teenager haben regelmäßig den höchsten ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln. Aktuelle Schätzungen für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen zeigen, dass 43 Prozent der Teenager zwischen 15 und 19 Jahren, die eine Schwangerschaft vermeiden wollen, einen ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln haben, verglichen mit 24 Prozent aller Frauen mit ungedecktem Bedarf. Auch bei sehr jungen Teenagern im Alter von 10 bis 14 Jahren ist die Zahl der Schwangerschaften nach wie vor alarmierend hoch – ein Zeichen für die vielen sich überschneidenden Formen von Leid und Vernachlässigung, die für die am stärksten gefährdeten Menschen fortbestehen.

Und viele Länder, insbesondere diejenigen, die sich in einem raschen Fertilitätswandel befinden, sind mit einer Doppelbelastung konfrontiert, da beträchtliche Teile der Bevölkerung ihre Fertilitätsideale weiterhin übertreffen, während ein wachsender Teil sie nicht erreicht (u. a. Iran, Ghana und die Türkei). In der Tat scheinen nur ein Viertel bis ein Drittel der Frauen in Regionen mit niedrigem und mittlerem Einkommen ihr Fertilitätsziel zu erreichen. Schätzungen für Lateinamerika und die Karibik zeigen, dass selbst dort, wo sie auf oder unter dem Bestandserhaltungs-

niveau liegt, nach wie vor eine beträchtliche Anzahl an Frauen ihre Fertilitätsideale übertrifft.

Umgekehrt deuten die Schätzungen für West- und Zentralafrika, wo die Fertilitätsraten zu den höchsten der Welt gehören, darauf hin, dass eine Vielzahl von Frauen ihr Fertilitätsideal nicht erreicht. Tatsächlich ist die Übereinstimmung zwischen der idealen und der erreichten Fertilität bei Frauen in Afrika südlich der Sahara mit am geringsten. Mit anderen Worten: Eine Region, der so oft vorgeworfen wird, „zu viele“ Menschen hervorzubringen, hat in Wirklichkeit komplexere Bedürfnisse als nur die Verlangsamung des schnellen Wachstums. Diese komplexen Bedürfnisse könnten besser erfüllt werden, wenn Frauen geholfen würde, ihre Fertilitätswünsche zu verwirklichen.

Die Betrachtung von Zahlen – Durchschnittswerten, Raten und Verhältnissen – gibt einen entscheidenden Hinweis darauf, wie weit wir noch von einer Welt entfernt sind, in der alle Menschen das Wissen und die Fähigkeit haben, ihre Reproduktionsziele zu verwirklichen. Ebenso wichtig ist es jedoch, zu verstehen, welche Bedeutung Worte und Sprache und unsere Vorstellung von Familie für diesen Weg haben.

Die unglaublich flexible Familie

Familien sind von Natur aus ungeheuer flexibel und kooperativ. Im Laufe der Zeit und in allen Kulturen haben Eltern bei der Betreuung ihrer Kinder beträchtliche Hilfe von einer Reihe von Personen aus der erweiterten Familie und über den Verwandtschaftskreis hinaus erhalten. Heute bieten professionelle Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen ein wichtiges System, das Kindern die für das Erwachsenenalter erforderlichen Fähigkeiten sicher vermittelt, während die Eltern

arbeiten. Dennoch wird die isolierte Kernfamilie mit einem männlichen Ernährer und einer weiblichen Betreuungsperson nach wie vor als Standard idealisiert. Dabei kann das starre Festhalten an diesen Rollen für Familien, die sich dynamischen Herausforderungen und Chancen gegenübersehen, kontraproduktiv sein.

Wenn die Kinderbetreuung jedoch ausschließlich den Müttern obliegt, ohne Unterstützung durch die erweiterte Familie oder professionelle Dienste, sind die Ergebnisse für Frauen und Kinder oft suboptimal. Dies wurde während der Covid-19-Pandemie vielleicht am deutlichsten: Die Schließung von Schulen hatte negative Auswirkungen, einschließlich einer schlechteren psychischen Gesundheit und sozialen Entwicklung, Lernverlust und Schulabbruch – die Liste ist lang. Die Abhängigkeit von einem einzigen männlichen Ernährer kann auch wirtschaftlich riskant sein, da die gesamte Familie bei Arbeitsplatzverlust, Krankheit, Verletzung oder Tod in eine prekäre Lage geraten kann.

Auch auf gesellschaftlicher Ebene gibt es Auswirkungen, wenn die Familienrollen festgeschrieben und geschlechtsspezifisch sind. Solche Gesellschaften können der Beteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt, der Beteiligung von Männern an der Betreuung von Kindern und der Notwendigkeit von Flexibilität und Unterstützung jedweder Familienstruktur nicht gerecht werden. Dies steht im Widerspruch zur heute vorherrschenden Organisationsform formeller Arbeit, die im Allgemeinen nicht mit der Vollzeitbetreuung von Kindern kombiniert werden kann. Die langen Arbeitszeiten und mangelnde Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Auszeiten (Elternurlaub bei der Geburt eines neuen Kindes oder bei der Betreuung eines kranken Kindes) verlangen von

> Hochgebildete Frauen in Ländern mit niedriger Fertilität streben oft eine höhere Fertilität an, als weniger gebildete Frauen. Es fällt ihnen aber schwerer, ihre Fertilitätsideale zu verwirklichen.

— — —

den Arbeitnehmer*innen ein hohes Maß an Engagement. Die Kinderbetreuung muss von außerhalb des Hauses kommen, ist aber oft schwer zugänglich, unerschwinglich oder wird nur für unzureichende Zeiträume angeboten.

Es besteht zudem die Gefahr, dass die Lehren aus den demografischen Übergängen – von hoher zu niedriger Fertilität und von hoher zu niedriger Sterblichkeit – falsch angewandt werden: So gilt die Verbreitung von Breitenbildung seit langem als eine der stärksten Triebkräfte des demografischen Übergangs. Bildung, insbesondere von Mädchen, ist ein zentrales Element vieler bevölkerungspolitischer Maßnahmen in Ländern, die versuchen, ihre Fertilitätsraten zu senken. Es ist bekannt, dass Schulbildung das wirtschaftliche Engagement von Frauen erhöht, und sowohl Bildung als auch wirtschaftliche Autonomie bei der Familienplanung

durch Frauen eine Rolle spielen. Tatsächlich ist Bildung einer der stärksten Prädiktoren dafür, wie viele Kinder eine Frau haben wird, da im Durchschnitt die Zahl ihrer Kinder mit zunehmender Schulbildung sinkt. Daraus folgt im Umkehrschluss jedoch nicht, dass Bildung Frauen gegenüber Heirat und Kinderwunsch abgeneigt sein lässt: Hochgebildete Frauen in Ländern mit niedriger Fertilität streben oft eine höhere Fertilität an, als weniger gebildete Frauen. Es fällt ihnen aber schwerer, ihre Fertilitätsideale zu verwirklichen.

Dennoch wird der Wert der Bildung für Frauen und Mädchen allzu oft in Frage gestellt, wenn die Fertilitätsraten von den politischen Entscheidungsträger*innen als zu niedrig angesehen werden. In einigen Fällen wird der Erfolg von Frauen und Mädchen in den Bildungssystemen als das Ergebnis eines übermäßigen „feminisierten“ Bildungsstils dargestellt, der Jungen benachteiligt. Ein höheres Bildungsniveau von Frauen und Mädchen wird dafür verantwortlich gemacht, dass diese entweder nicht heiraten und Kinder haben wollen oder für Männer unattraktiv sind. So trügen gebildete Frauen direkt zum Rückgang der Fertilitätsrate bei, als ob ihr über die Kindererziehung hinausgehender Ehrgeiz Schuld daran sei.

Tatsächlich gibt es einen differenzierteren Zusammenhang zwischen der Rolle der Frau außerhalb des Hauses und den Fertilitätsraten insgesamt. In Ländern mit niedrigem Einkommen ist die Erwerbsbeteiligung von Frauen oft hoch, weil die Subsistenzwirtschaft Alleinverdienerhaushalte nicht zulässt. In Ländern mit mittlerem Einkommen verdrängt der Anstieg der Lohnarbeit die Frauen aus dem Erwerbsleben, und sie kehren erst wieder zurück, wenn die Entwicklung ihrer Kinder weiter fortgeschritten ist.

Das weitere Vorgehen

Wenn weder dynamische Familienstrukturen noch das Bildungsniveau der Frauen und ihre Beteiligung am Arbeitsmarkt für das Ungleichgewicht bei der Fertilität verantwortlich sind, woran liegt es dann? Belege aus europäischen und ostasiatischen Ländern mit geringerer Fertilität weisen auf Wirtschaftssysteme und geschlechtsspezifische Ungleichheiten hin.

Diejenigen, die sich sowohl um hohe als auch um niedrige Fertilitätsraten sorgen, täten gut daran, es den Frauen leichter zu machen, ihre Fertilitätsziele mit wirtschaftlicher Sicherheit zu verbinden. Dazu gehört auch, dass kooperative Praktiken der Kindererziehung und flexiblere Geschlechterrollen stärker akzeptiert werden als starre Ideologien, die von Männern erwarten, dass sie Alleinverdiener sind und von Frauen, dass sie ausschließlich die Kinder betreuen.

In der Tat sollten die politischen Vorgaben für Länder mit hoher und niedriger Fertilität in etwa gleich sein. Sie sollten anerkennen, dass

- (1) Eltern Unterstützung bei der Kindererziehung brauchen und dass es für Einzelpersonen schwierig ist, diese Aufgabe allein zu bewältigen;
- (2) dass die Art der Arbeit und nicht die Tatsache, dass Frauen arbeiten, die reproduktiven Entscheidungen beeinflusst, und dass daher Bildung und Stärkung von Frauen der Schlüssel zur Verwirklichung der reproduktiven Rechte sind; und
- (3) dass die Gleichstellung der Geschlechter von entscheidender Bedeutung ist – sowohl zu Hause als auch am Arbeitsplatz.

Außerdem sollte die Politik nicht das Ziel verfolgen, die Fertilität allgemein zu erhöhen oder zu senken, sondern vielmehr das Rechte-basierte Ziel verfolgen, die Kluft zwischen angestrebter und erreichter Fertilität zu schließen.

Die Bedrohung der Menschenrechte, des Wohlergehens und des Lebens ist besonders akut, wenn es um Reproduktion geht. Rechte, Körper und Zukunft stehen für alle Menschen auf dem Spiel, besonders aber für Frauen und Mädchen. Politische Entscheidungsträger*innen und Dienstleister*innen müssen erkennen, wie gefährdet Frauen sind, zur Verwendung oder Nichtverwendung von Verhütungsmitteln gezwungen zu werden. Sie sollten ebenso verstehen, wie Frauen unter Druck gesetzt, ja sogar schikaniert werden, Kinder zu bekommen, um vorgegebene Fertilitätsziele zu erreichen, die keinen Raum für ihre eigenen Wünsche und Umstände lassen. Die bewussten Entscheidungen und unbewussten Mechanismen, die die Reproduktion bestimmen, sind vielschichtig, wobei äußere Umstände und Einzelpersonen beide stark beeinflussen. Ein auf Rechten basierender Ansatz erkennt an, dass die Politik die Menschen befähigen muss, statt sie zu bevormunden, da der Weg, Kinder zu bekommen, so eng mit dem breiteren kulturellen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Klima verbunden ist.

Entscheidungsträger*innen können resiliente Bevölkerungen fördern, indem sie eine Politik verfolgen, die es Einzelpersonen ermöglicht, ihre eigenen Reproduktionsideale und ihr allgemeines Wohlergehen zu verwirklichen, anstatt ihnen die Grenzen ihrer Rolle im Leben aufzuzeigen. Der Weg der Menschheit in die Zukunft muss durch demografische Resilienz definiert werden, nicht durch demografische Kontrolle.

Ein Blick auf die Verwundbarsten: Sehr frühe Schwangerschaften und die Verletzung von Rechten

Dieser Bericht unterstreicht, wie wichtig es ist, Menschenrechte in den Mittelpunkt der Bevölkerungspolitik zu stellen. Wo sie nicht im Vordergrund stehen, leiden die Verwundbarsten und Marginalisierten am meisten. Nirgendwo wird dies deutlicher als in Fällen sehr früher Schwangerschaften. Bei Mädchen im Alter von zehn bis 14 Jahren sind Schwangerschaften im Vergleich zu älteren Teenagerinnen ungewöhnlich. Dennoch gibt es sie überall, wobei ihre Prävalenz von Land zu Land stark variiert. Jede dieser Schwangerschaften deutet auf schwerwiegende Lebensumstände hin, die sich der Kontrolle des Mädchens entziehen, und auf Bedingungen, unter denen die Menschenrechte des Mädchens verletzt werden. Dennoch gab es bis vor kurzem nur wenige Informationen über sehr frühe Schwangerschaften.

Eine bisher unsichtbare Krise

Warum gab es lange Zeit kaum Informationen über Schwangerschaften von Mädchen und sehr jungen Teenagerinnen? Tragischerweise fielen sie im Allgemeinen durch das Raster der demografischen Datenerhebung.

Bis vor kurzem interessierten sich Demograf*innen in erster Linie dafür, wie viele Kinder Frauen im Durchschnitt bekommen – unter Verwendung des Maßes der Gesamtfertilität, das aus altersspezifischen Fertilitätsraten für Frauen in den Altersgruppen von 15 bis 49 Jahren berechnet wurde. Die Geburten von Mädchen unter 15 Jahren haben einen unwesentlichen Einfluss auf die Gesamtzahl der Geburten, so dass die Fertilitätsraten für diese Altersgruppe im Allgemeinen nicht erfasst wurden.

Mit anderen Worten: Expert*innen haben lange Zeit bestimmte Fragen zu den Daten gestellt (z. B. in welchem Alter gebären Frauen und Mädchen?), andere jedoch nicht (z. B. wie können Daten über Geburten Menschenrechtsverletzungen bei den am meisten gefährdeten Personen aufdecken?) Dies hat sich mit den nachhaltigen Entwicklungszielen geändert. Der Indikator 3.7.2 der SDGs befasst sich mit den Geburtenraten unter Mädchen und Jugendlichen, einschließlich der 10- bis 14-Jährigen.

Seitdem wurden neue Methoden entwickelt, darunter die Zusammenstellung und Auswertung verfügbarer Daten aus Erhebungen, Personenstandsregistern und anderen Quellen. 2022 wurden erstmals globale, regionale und länderspezifische Schätzungen der altersspezifischen Fertilitätsraten für die Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen und die Altersgruppe der 15- bis 49-Jährigen – hier für jedes Alter einzeln – veröffentlicht.

Eine halbe Million

Im Jahr 2021 gab es weltweit schätzungsweise eine halbe Million Geburten bei Mädchen im Alter von zehn bis 14 Jahren – eine gewaltige Zahl. Schwangerschaftskomplikationen sind bekanntermaßen eine der häufigsten Todesursachen bei Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren, und diese Risiken sind bei jüngeren Mädchen noch ungleich höher.

Bei der Senkung der Geburtenrate unter Jugendlichen sind Fortschritte zu verzeichnen. Im Jahr 2021 gab es mehr als fünf Millionen Geburten bei Mädchen unter 18 Jahren, ein Rückgang gegenüber den acht Millionen Geburten im Jahr 2000.

Bei den Mädchen im Alter von zehn bis 14 Jahren hat sich diese Zahl mehr als halbiert: Im Jahr 2000 gab es 3,3 Geburten pro 1.000 Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren, während sie im Jahr 2021 bei 1,6 Geburten pro 1.000 lag.

Ungleichmäßiger Fortschritt

In allen Regionen sind die Geburtenraten bei Mädchen und Jugendlichen zurückgegangen, doch die Fortschritte sind ungleichmäßig. Die stärksten Rückgänge wurden in Zentral- und Südasien beobachtet – 89 Prozent bei Mädchen im Alter von zehn bis 14 Jahren und 70 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen. Im Vergleich dazu haben Afrika südlich der Sahara, Lateinamerika und die

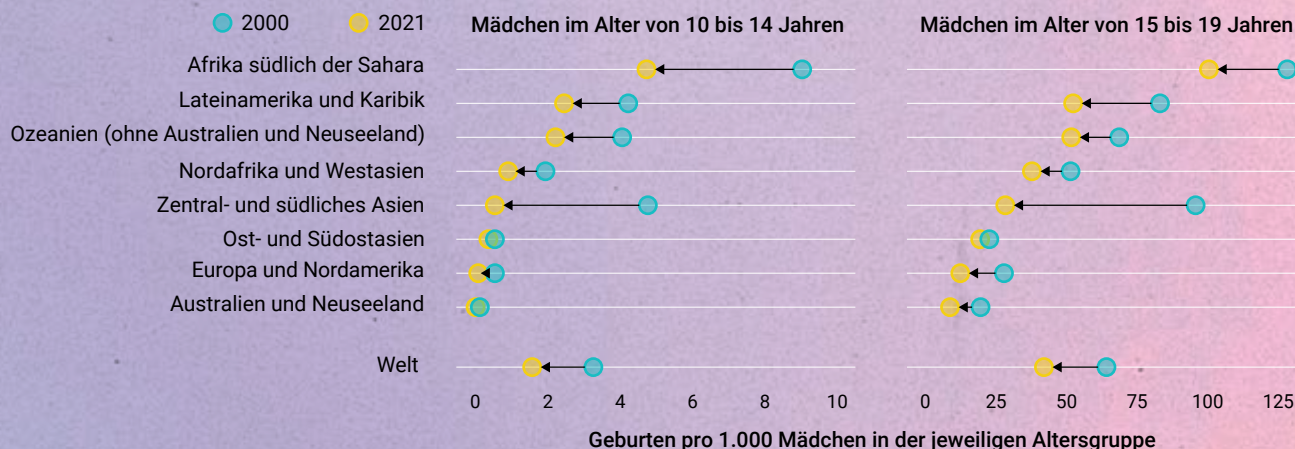
Karibik sowie Ozeanien (ohne Australien und Neuseeland) weniger Fortschritte gemacht. In den afrikanischen Ländern südlich der Sahara stieg die absolute Zahl der Geburten bei Mädchen unter 18 Jahren aufgrund des Zusammenwirkens von Bevölkerungswachstum und langsamen Fortschritten bei der Verringerung früher Schwangerschaften sogar noch an.

Die Entwicklung vergleichbarer globaler Schätzungen für das Ausmaß und die Tendenzen bei frühen Schwangerschaften ist eine Errungenschaft, aber es bestehen noch erhebliche Datenlücken, die geschlossen werden müssen. Innerhalb der Länder können

trotz allgemeiner Fortschritte erhebliche sozioökonomische, geografische oder andere Unterschiede bei der frühen Geburt von Kindern fortbestehen. Deshalb dürfen die Daten nicht nur zur Veranschaulichung allgemeiner demografischer Trends genutzt werden, sondern sie sollten vor allem dazu dienen, die am stärksten gefährdeten, ausgegrenzten und bedürftigsten Menschen ins Licht zu rücken. Nur wenn wir die richtigen Fragen stellen, können wir sicherstellen, dass kein Mädchen zurückgelassen wird.

Text contributed by the United Nations Population Division.

Geburtenrate bei Jugendlichen (10 bis 14 Jahre; 15 bis 19 Jahre) pro 1.000 Frauen in der jeweiligen Altersgruppe, 2000 und 2021, nach SDG-Regionen



Quelle: UN DESA, 2020.



Rechte sind entscheidend



„Leben zu viele Menschen auf der Welt?“ – „Leben zu wenig Menschen auf der Welt?“ – „Wächst die Bevölkerung zu schnell – oder zu langsam?“ Die Welt stellt die falschen Fragen.

Menschen sind keine Gebärmaschinen und weder dazu bestimmt, mit ihrer Reproduktion irgendeine angeblich ideale Vorgabe zu erfüllen, noch dazu gezwungen, sich irgendeiner Norm oder Formel gemäß zu reproduzieren. Menschen haben Rechte und dazu gehören ganz vorrangig auch jene, die mit persönlichen Reproduktionsentscheidungen zu tun haben.

Ausführlich und unmissverständlich formuliert wurden diese Rechte im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo, dem richtungsweisenden Übereinkommen, das die Nationen der Welt im Jahr 1994 verabschiedet haben: „Jeder hat das Recht darauf, den höchsten erreichbaren Standard körperlicher und geistiger Gesundheit zu genießen. Die Staaten sollten alle angemessenen Maßnahmen treffen, um auf der Basis der Gleichstellung von Männern und Frauen universalen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen, einschließlich jener, die sich auf reproduktive Gesundheitsdienste beziehen, wozu Familienplanung und sexuelle Gesundheit gehören. Programme für reproduktive Gesundheitsdienste müssen ohne jeglichen Zwang das größtmögliche Angebot solcher Dienste bereitstellen. Alle Paare und Einzelpersonen haben das Grundrecht, frei und eigenverantwortlich über die Anzahl und den Geburtenabstand ihrer Kinder zu entscheiden und die dafür nötigen Informationen, Aufklärung und Mittel zu erhalten.“

Es kann also nicht darum gehen, wie schnell sich die Menschen reproduzieren. Die Frage muss lauten, ob alle Individuen und Paare in der Lage

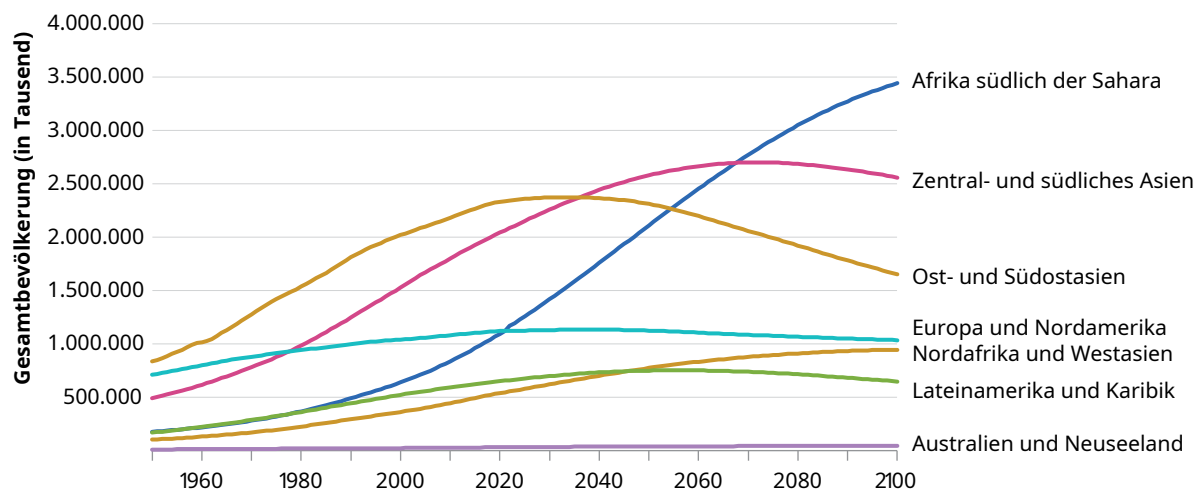
sind, ihrem Grundrecht entsprechend selbst zu entscheiden, ob sie Kinder wollen, und wenn ja, wie viele. Bedauerlicherweise muss diese Frage mit Nein beantwortet werden.

Derzeit können nur 56 Prozent aller Frauen selbstbestimmt über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte entscheiden. Nur 65 Prozent aller Staaten gewährleisten den Zugang zu umfassender Sexualaufklärung. Und neun Prozent aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren haben einen ungedeckten Bedarf an Familienplanungsmöglichkeiten. Diese Fakten zeigen, dass gegenwärtig noch längst nicht alle Menschen ihre Wunschfamilie haben bzw. haben können. Und noch längst nicht alle können ihren Kindern die im ICPD-Aktionsprogramm definierten Grundrechte auf „einen angemessenen Lebensstandard für sich und ihre Familien, einschließlich angemessener Nahrung, Kleidung, Wohnung, Wasser und Hygiene“ bieten.

Die Angst vor dem demografischen Wandel ist real; es ist Zeit zu fragen, warum

Die Angst vor dem demografischen Wandel ist real und weit verbreitet. Manche fürchten, die Welt werde es mit einer Anzahl von Menschen zu tun bekommen, deren Bedarf an Energie, Nahrung und Investitionen in ihre Kinder nicht mehr zu befriedigen und deren Umweltbelastung nicht mehr tragbar sein wird. Andererseits führen in immer mehr Ländern sinkende Bevölkerungszahlen zu Befürchtungen, die Arbeitskräfte könnten knapp und der Pflegebedarf in einer alternden Bevölkerung zu hoch werden, die Rentenkassen könnten unter Druck geraten und das Land politisch und militärisch geschwächt werden.

Bevölkerungsentwicklung in verschiedenen Weltregionen und Ländern (1950 bis 2100)



Quelle: UNFPA, 2023.

In diesen unterschiedlichen Ängsten spiegelt sich die Realität: Noch nie in der Geschichte der Menschheit klappten die Wachstumsraten der Bevölkerungen verschiedener Länder und Weltregionen so weit auseinander. Der Unterschied zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Durchschnittsalter der Länder ist so groß wie nie zuvor. Wir leben in einer völlig neuen Ära, in der das Durchschnittsalter in Europa 42,5 Jahre beträgt, während die Menschen in Afrika südlich der Sahara durchschnittlich nicht einmal halb so alt sind – 18,7 Jahre.

Angesichts derartiger demografischer Entwicklungen schien es vielen Gesellschaften und deren politisch Verantwortlichen naheliegend, nach rein demografischen Lösungen zu suchen, statt sich den Herausforderungen zu stellen, die der demografische Wandel mit sich bringt. Dies hat zu einer Strategie geführt, die man als demografisches Engineering

bezeichnen kann. Es ist der Versuch, mit Zwangssterilisationen oder Zwangsverhütung das Bevölkerungswachstum zu bremsen oder Menschen mit kurzfristigen finanziellen Anreizen zu belohnen, wenn sie mehr Kinder bekommen. Solche Methoden haben sich nicht nur als unwirksam erwiesen, sondern stellen, soweit Gewalt oder Zwang im Spiel ist, auch eindeutige Menschenrechtsverletzungen dar.

Unabhängig davon, wie schnell die Bevölkerung wächst oder schrumpft, können Regierungen und Gesellschaften politische Instrumente auf der Grundlage individueller Entscheidungsfreiheit und reproduktiver Rechte entwickeln, um die Resilienz gegenüber dem demografischen Wandel zu verbessern. In Staaten auf der ganzen Welt wird Pionierarbeit geleistet, um die Demografieresilienz voranzubringen.

Um dieses Ziel zu erreichen, braucht die Politik präzise demografische Daten. Nur dann kann sie erfassen, wohin sich die jeweilige Bevölkerung entwickelt und, ganz entscheidend, welche Ursachen den demografischen Entwicklungen zugrunde liegen. Von grundlegender Bedeutung sind außerdem die Fragen, die wir an diese Daten stellen. Wir täten nicht gut daran, zu fragen, ob es zu viele oder zu wenig Menschen gibt (als gäbe es eine magische, einzig richtige Bevölkerungsanzahl). Stattdessen sollten wir fragen, ob die Menschen, und insbesondere Frauen, Mädchen und Angehörige von Randgruppen, selbstbestimmt über ihre Reproduktion entscheiden können.

Nur wenn die Auseinandersetzung mit den demografischen Entwicklungen und Dynamiken diese Fragen schon bei der Erhebung von Daten mit einschließt, können uns diese Auskunft darüber geben, ob die reproduktive Entscheidungsfreiheit durch den mangelnden Zugang zu Verhütungsmitteln, Erwerbsarbeit, Bildung oder Kinderbetreuung behindert wird. Wenn Menschen große Familien haben, sind diese Familien glücklich und werden sie gut unterstützt? Oder haben sie es schwer? Wenn Menschen keine Kinder haben, liegt es vielleicht daran, dass sie sich keine leisten können? Oder daran, dass sie Arbeit und Kinderbetreuung nicht unter einen Hut bekommen? Dass sie generell keine Kinder bekommen können? Oder haben sie sich ohne Kinder in einem abgesicherten und zufriedenen Leben eingerichtet? Solche Informationen sind viel spezifischer und besser verwertbar als „zu viele“ oder „zu wenige“.

Diese Fragen können uns Aufschluss geben, wie und wodurch die reproduktive Entscheidungsfreiheit innerhalb und zwischen verschiedenen Gemeinschaften, Altersgruppen, Geschlechtern, sozialen Schichten und anderen Gruppierungen

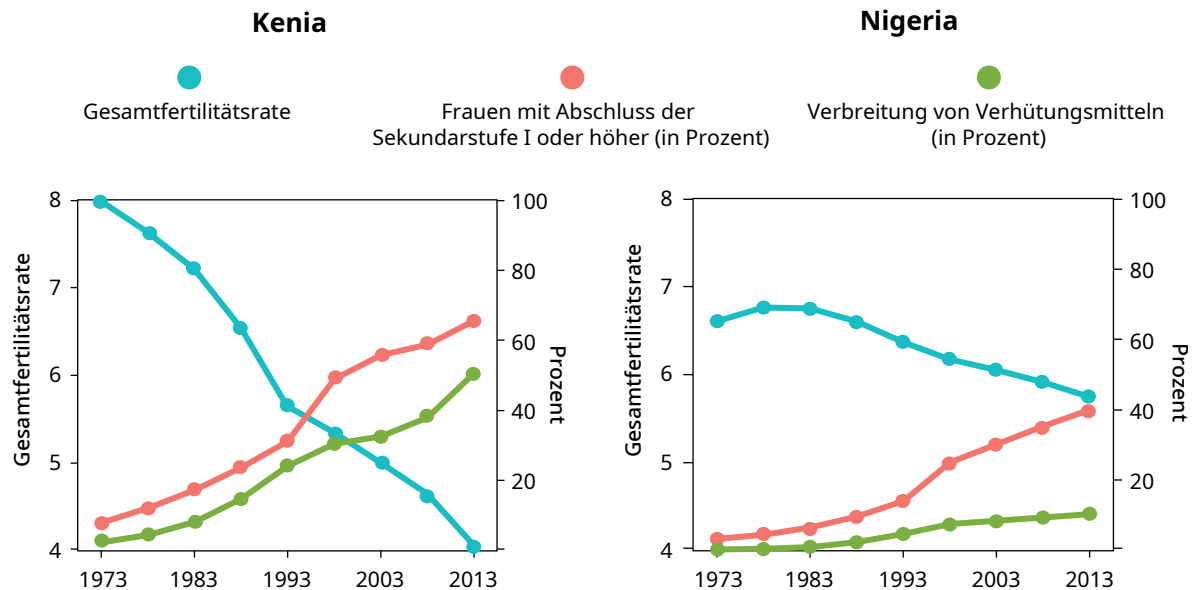
beeinträchtigt wird. Sie gehen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen in unterschiedlichen Machtpositionen und mit unterschiedlichem gesellschaftlichem Status ein und zeigen, wie wichtig die Repräsentation derjenigen ist, deren Probleme bislang kein Thema waren. Wenn wir die wahren Probleme verstehen, können wir nach passgenauen und langfristigen Lösungen suchen.

Bildung für alle – und alle Altersstufen

Die Geschichte der menschlichen Entwicklung hat deutlich gezeigt, welche enorme Bedeutung die Bildung von Mädchen und Frauen hat, wenn es darum geht, Frauen zu stärken und zu befähigen, ihre reproduktiven Rechte geltend zu machen. Dies zeigt sich in Regionen mit hoher Fertilität, wo schon seit Langem klar ist, dass Bildung mit dem Absinken der Geburtenziffern korreliert. Der Bildungsgrad der Mütter beeinflusst die Fertilitätsraten. Diese sinken umso schneller, je mehr Mädchen zur Schule gehen, wobei diese Korrelation nur zutrifft, wenn die Frauen mindestens die erste Sekundarstufe absolviert haben.

Genauso wichtig ist aber auch die Bildung von Frauen und Mädchen in Ländern mit niedriger Fertilität, auch wenn sich dann manche über all die gebildeten Frauen beklagen, die vermeintlich keine Mütter mehr werden wollen. Der Ausbau der Bildungs- und Ausbildungschancen auch für Erwachsene ist wichtig für Länder, in denen die Bevölkerung altert. Er sorgt dafür, dass mehr Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, die den sich verändernden ökonomischen Bedingungen Rechnung tragen können. Wichtig ist die Möglichkeit zum lebenslangen Lernen für Millionen von Menschen, die in ihrer Kindheit keine angemessene Schulbildung genossen und noch ein Jahrzehntelanges

Zusammenhang von Bildungsniveau und Fertilität in Kenia und Nigeria



Quelle: Liu and Raftery, 2020.

Leben vor sich haben – dies trifft insbesondere auf Mädchen zu, die ihre Schulbildung abbrechen mussten, weil sie im Kindesalter verheiratet und/oder schwanger wurden. Ein höherer Bildungsstand aller Altersgruppen einer Bevölkerung übersetzt sich in Wirtschaftswachstum. Wenn nur die Jugend in den Blick genommen wird, dauert es Jahrzehnte, bis Ergebnisse sichtbar werden. Und Bildung allein hält niemanden davon ab, Kinder zu bekommen. In Wahrheit wünschen sich gut ausgebildete Frauen in Ländern mit niedriger Fertilität oft mehr Kinder als weniger gebildete Frauen, stoßen aber auf Hindernisse, wenn sie ihre Wünsche realisieren wollen.

Vereinfacht gesagt: Universelle Bildung auch für Frauen und Mädchen hilft, eine Grundanforderung des ICPD-Aktionsprogramms zu erfüllen, dass nämlich jede Person über die Informationen und

die Bildung verfügt, die sie braucht, um den eigenen Körper zu verstehen und die eigene Fertilität zu kontrollieren. Daraus ergibt sich auch die Bedeutung einer umfassenden Sexualaufklärung.

Zugang zu Verhütungsmitteln in jeder demografischen Situation

Von ebenso überragender Bedeutung ist – unabhängig von der demografischen Entwicklung – die Verhütung. Unbeabsichtigte Schwangerschaften sind sowohl persönlich als auch gesellschaftlich eine gesundheitliche und menschenrechtliche Herausforderung. UNFPA hat fünf Jahrzehnte lang Erfahrungen mit Programmen gesammelt, die Frauen helfen, ungewollte und ungeplante Schwangerschaften zu vermeiden. Dazu gehört die jahrelange Optimierung moderner Verhütungs-

> Ein Werkzeugkasten für demografische Resilienz

Nutzen Sie die Bevölkerungsdaten für Ihre

Zukunftsplanung: Sorgen Sie dafür, dass demografische Informationsquellen einschließlich staatlicher und nachgeordneter Bevölkerungsprognosen sowie eine Situationsanalyse der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Analysieren Sie, was die demografische Entwicklung für die Wirtschaft bedeutet und ob neue sozialpolitische Maßnahmen notwendig werden:

Nutzen Sie dafür Instrumente wie zum Beispiel Profile der demografischen Dividende, nationale Transferkonten und nationale Zeittransferkonten.

Prüfen Sie, wie sich die möglichen politischen Antworten auf die Menschenrechte auswirken:

Vermeiden Sie demografisches Engineering und setzen Sie stattdessen weiterhin auf die Verwirklichung der reproduktiven Rechte und Entscheidungsfreiheit.

Unterstützen Sie die reproduktiven Wünsche und Bestrebungen der Menschen:

Untersuchen Sie, ob die Menschen aller Einkommensniveaus, Jahrgänge und gesellschaftlicher Gruppen so viele Kinder haben, wie sie sich wünschen. Lautet die Antwort Nein, dann sind die reproduktiven Rechte gefährdet. Ist die Antwort unklar, dann sollten Sie erforschen lassen, was sich die Menschen für ihre Reproduktion wünschen und welche Hindernisse diesen Wünschen im Wege stehen.

Gewährleisten Sie den universellen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten einschließlich Sexuaufklärung, moderner Familienplanungsmethoden und Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, wozu auch assistierte Reproduktionstechniken gehören.

Ermöglichen Sie es jungen Menschen, ihre Zukunft an einem selbst gewählten Ort aufzubauen:

Wenn junge Menschen aus einem Land aus- oder in ein Land einwandern, sollten Sie versuchen, ihre Beweggründe herauszufinden, und diesen mit gezielten Investitionen und sozialpolitischen Maßnahmen begegnen.

Ihre Politik sollte die Entwicklung starker, vielfältiger und resilienter Familien unterstützen, zum Beispiel durch finanzielle Zuwendungen für Familien, hochwertige und bezahlbare Kinderbetreuung und Pflegeangebote für ältere Menschen, flexible Arbeitszeitregelungen und die Gleichberechtigung beider Elternteile beim Zugang zu Erziehungsurlaub. Sorgen Sie dafür, dass vielfältige Partnerschafts- und Familienformen sozial und rechtlich anerkannt werden.

Werden Sie nicht müde, die Gleichstellung der Geschlechter voranzutreiben:

Tun Sie alles, was notwendig ist, um Frauen mit wirtschafts- und arbeitspolitischen Maßnahmen sowie strukturellen Veränderungen den Rücken zu stärken, und fördern Sie die Gleichberechtigung der Geschlechter im Haushalt und am Arbeitsplatz.

Fördern Sie die gesellschaftliche Inklusion, unter anderem durch Schul- und Erwachsenenbildung sowie mit Investitionen in das Humankapital. Öffnen Sie die Arbeitsmärkte für junge Menschen, Frauen, Minderheiten, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, sodass sich mehr Menschen aktiv am Wirtschaftsleben beteiligen können.

Fördern Sie die Inklusion von zugewanderten Menschen in die Arbeitswelt und die Gesellschaft.

mittel sowie der notwendigen Dienstleistungen und öffentlichen Informationen, um mehr Menschen den Zugang zu ermöglichen. Das bedeutet, die Reproduktionswünsche von Paaren und Frauen zu unterstützen, auch wenn sich diese im Lauf der Zeit verändern. Es bedeutet, dafür zu sorgen, dass Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit mit für die Kultur angemessenen Mitteln, stigmatisierungsfrei, rechtsbasiert und individuell maßgeschneidert erbracht werden, gleichgültig ob die betreffende Person um Verhütungsmittel oder um eine Kinderwunschbehandlung bittet. Es bedeutet, auch an Orten wie zum Beispiel Schulen oder Gemeindezentren umfassende Sexualaufklärung anzubieten und für körperliche Selbstbestimmung einzutreten.

Außerdem ist es wichtig, den Zusammenhang zwischen Verhütung und Reproduktionsabsicht zu verstehen, denn dieser wird sehr oft falsch dargestellt oder missverstanden. Steigende Prävalenzraten von Verhütungsmitteln sind nicht in erster Linie darauf zurückzuführen, dass sich die Präferenzen im Bereich der Reproduktion verändert haben – also dass sich Frauen und Paare weniger Kinder wünschen –, sondern überwiegend darauf, dass Menschen, die ohnehin kleinere Familien haben wollten, häufiger Verhütungsmittel anwenden. Das heißt, der Anstieg resultiert eher aus einem größeren Angebot als aus einer verstärkten Nachfrage.

Die angestrebte Familiengröße kann sich jedoch verändern, wenn Menschen mehr über Verhütung wissen und einen besseren Zugang zu Verhütungsmitteln erlangen. Entscheidende Einflussfaktoren für den Wunsch nach kleineren Familien sind das Alter der Mutter, ob sie derzeit Verhütungsmittel anwendet, ob sie einer außerhäuslichen Erwerbsarbeit nachgeht und vor allem, ob sie Kontakt zu Fachkräften aus dem Familienplanungsbereich

bekommt. Mit anderen Worten: Die Zugänglichkeit von Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit wirkt sich direkt darauf aus, wie eine Frau mit ihrer persönlichen Fertilität umgeht und ob sie sich mehr Kinder wünscht.

Dienstleistungen zur Verhütung werden zwar nahezu überall als wertvoll angesehen, sind aber längst nicht überall vorhanden. Der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln ist seit Jahrzehnten nur wenig zurückgegangen: bei liierten Frauen von 12,2 Prozent im Jahr 2000 auf 10,6 Prozent im Jahr 2023. Schaut man in die Zukunft, so deuten Prognosen für das Jahr 2030 darauf hin, dass die Zahl der Frauen, die Bedarf an Familienplanung haben, auf 1,2 Milliarden steigen wird. Aufgrund des Bevölkerungswachstums werden dann immer noch 262 Millionen Frauen einen ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln haben, gegenüber 257 Millionen im Jahr 2023. Der Anteil des durch moderne Methoden gedeckten Bedarfs wird den Prognosen zufolge bis 2030 nur geringfügig auf 78,2 Prozent ansteigen. Anders formuliert: Wenn nicht mehr für den beschleunigten Ausbau von Familienplanungsprogrammen getan wird, wird sich das Angebot dem Bedarf nur extrem langsam annähern.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit jenseits von Verhütung

Die am häufigsten angesprochenen und vielleicht am wenigsten infrage gestellten Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit umfassen die Beratung und Betreuung zu Verhütung, die Untersuchung und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten (einschließlich HIV) sowie die medizinische Versorgung von Müttern. Sie alle sind von grundlegender Bedeutung. Wenn

wir das ICPD-Aktionsprogramm umsetzen und die Ziele für nachhaltige Entwicklung erreichen wollen, müssen wir allen Menschen den Zugang zu diesen Dienstleistungen ermöglichen. Umfassende Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beinhalten allerdings mehr als diese elementaren Versorgungsangebote.

Es gibt handfeste menschenrechtliche und wirtschaftliche Gründe, selbst in ressourcenarmen und gesellschaftlich konservativen Verhältnissen auf dieses Ziel hinzuwirken. Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit lassen sich ausbauen, insbesondere bezüglich der Prävention und Behandlung von ungewollter Kinderlosigkeit, des Zugangs zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen, soweit diese legal sind, und des Zugangs zur Nachsorgebetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch – unabhängig davon, ob dieser legal vorgenommen wurde oder nicht.

Kinderwunschbehandlung

Es wird geschätzt, dass weltweit annähernd 48 Millionen Paare und 186 Millionen Singles keine Kinder bekommen können. Trotz dieser Zahlen werden Kinderwunschbehandlungen in vielen Programmen zur reproduktiven Gesundheit stark vernachlässigt und ihre Kosten nur selten durch die öffentlichen Gesundheitssysteme übernommen. In Entwicklungsländern ist der Zugang zu einer Kinderwunschbehandlung besonders schwierig, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass Familienplanungsprogramme in der Vergangenheit (ausdrücklich oder implizit) vor allem dazu dienen sollten, hohe Fertilitätsraten abzusenken. Schon der Begriff „Familienplanung“ wird häufig als Synonym für Verhütung verwendet, sollte sich aber eigentlich auf alle Aspekte der reproduktiven Zukunftsplanung beziehen, also auch auf Interventionen, die Paaren und alleinstehenden Personen bei der Verwirklichung ihres Kinderwunschs helfen können.



Dabei kann es sein, dass gerade Länder mit hoher Fertilität überproportional viele Fälle von ungewollter Kinderlosigkeit aufweisen. In vielen und insbesondere in afrikanischen Ländern werden paradoxerweise nicht nur hohe Fertilitäts-, sondern auch Unfruchtbarkeitsraten gemessen, wobei in den Weltregionen mit den höchsten Unfruchtbarkeitsraten tendenziell am wenigsten zuverlässige Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden.

Damit Dienstleister*innen im Bereich der reproduktiven Gesundheit in der Lage sind, Singles und Paaren die umfassende Verwirklichung ihrer reproduktiven Wünsche zu ermöglichen, müssen Kinderwunschbehandlungen und Präventionsmaßnahmen gegen ungewollte Kinderlosigkeit zur Verfügung gestellt werden. Die Weltgesundheitsorganisation hat dazu aufgerufen, die weltweiten Inzidenzen und Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit stärker zu erforschen, damit diese unabhängig von Einkommensniveau oder Wohnort der

Betroffenen besser behandelt werden kann. Alle Staaten können den Ungleichheiten beim Zugang zu einer Kinderwunschbehandlung mit politischen Maßnahmen begegnen. Sie können zum Beispiel Unfruchtbarkeit als vermeidbare Erkrankung anerkennen, in ihren Sexualaufklärungs-Programmen für Fertilitätsstörungen sensibilisieren und Umweltschadstoffe und -gifte verbieten, deren schädlicher Einfluss auf die menschliche Fertilität bekannt ist.

Präventionsmaßnahmen gegen Unfruchtbarkeit helfen den Menschen, die horrenden Kosten für Technologien wie zum Beispiel die In-vitro-Fertilisation zu vermeiden, sodass auch die Gesundheitssysteme eine Menge Geld einsparen können. Zur Prävention gehört die Bekämpfung schädlicher Lebensgewohnheiten wie zum Beispiel Rauchen und Alkoholmissbrauch, aber auch die Prävention und Behandlung von Infektionen der Fortpflanzungsorgane, von sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten und von Komplikationen nach einem unsicheren Schwangerschaftsabbruch. Auch wenn viele Methoden der künstlichen Befruchtung noch immer kostspielig sind, werden sie zunehmend auch in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen verfügbar. Außerdem werden derzeit kostengünstige Techniken zur künstlichen Befruchtung entwickelt, unter anderem eine preiswerte und unkomplizierte In-vitro-Fertilisation.

Die Kinderwunschbehandlung hat noch weitere Vorteile: Sie hilft den Menschen nicht nur bei der Familienplanung, sondern kann auch dazu beitragen, großes Leid zu lindern, das aus der Benachteiligung und Diskriminierung von Frauen erwächst. In vielen Gesellschaften wird die Schuld an der ungewollten Kinderlosigkeit automatisch den Frauen zugeschrieben. Die Folgen davon sind unter anderem Scheidung, soziale Stigmatisierung,

emotionales Leid, Ängste, Depressionen und sogar Gewalt, Misshandlung und Missbrauch. Viele Frauen und Männer, die sich unter Druck gesetzt fühlen, ihre Fertilität unter Beweis zu stellen, verzichten aus Angst vor Unfruchtbarkeit auf Verhütungsmittel. Ungewollte Kinderlosigkeit kann auch finanzielle Konsequenzen haben, zum Beispiel die Enterbung durch die Familie und das Wegfallen der Altenpflege, die sonst vielleicht die eigenen Kindern leisten würden. Dazu kommt, dass überproportional viele LGBTQI+-Personen und gleichgeschlechtliche Paare mit der Unfruchtbarkeit Probleme haben und unter Umständen beim Zugang zu Lösungen diskriminiert werden.

Gesundheitsversorgung bei Schwangerschaftsabbruch

In 96 von 147 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen, aus denen Daten vorliegen, sind Schwangerschaftsabbrüche legal. Dies ist eine überwältigende Bestätigung dafür, dass dieser Eingriff als unverzichtbarer Bestandteil zur reproduktiven Gesundheitsversorgung gehört. Trotzdem wird der Zugang zu diesem Eingriff häufig beschränkt, zum Teil mittels Fristenregelung, zum Teil durch Kriterien, die sich auf die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch beziehen. Die meisten Staaten erlauben einen Schwangerschaftsabbruch, wenn Leben und Gesundheit der Frau gefährdet sind, nach einer Vergewaltigung und wenn der Fötus geschädigt ist. Jenseits dieser Indikationen sind die Regelungen sehr unterschiedlich. In 28 Prozent der Länder, in denen ein Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten Bedingungen erlaubt ist, benötigen verheiratete Frauen dafür die Zustimmung ihres Ehepartners; in 36 Prozent dieser Länder benötigen Minderjährige die Zustimmung eines Gerichts. In 63 Prozent der Länder können Frauen für einen illegalen Schwangerschaftsabbruch strafrechtlich verfolgt werden.



Rechtliche Schranken sind nicht die einzigen Hindernisse für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch. Auch die Kosten, Probleme aufseiten der medizinischen Infrastruktur sowie die Stigmatisierung können einem sicheren Schwangerschaftsabbruch im Wege stehen und führen viel zu häufig zu unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen mit katastrophalen menschlichen, volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen.

Jedes Jahr werden etwa 73,3 Millionen Schwangerschaften abgebrochen. Von 2010 bis 2014 wurden etwa 45 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche unter unsicheren Bedingungen vorgenommen (fast alle in Entwicklungsländern). Unsichere Schwangerschaftsabbrüche sind weltweit eine Hauptursache der Müttersterblichkeit. Sie verursachen jedes Jahr

schätzungsweise zwischen 4,7 und 13,2 Prozent aller Sterbefälle von Müttern – etwa 22.800 Todesfälle – sowie eine große Zahl von Erkrankungen und Behinderungen. In Entwicklungsländern werden jedes Jahr ungefähr sieben Millionen Frauen wegen Komplikationen nach einem unsicheren Schwangerschaftsabbruch behandelt. Die Behandlungskosten hierfür belaufen sich auf rund 553 Millionen US-Dollar pro Jahr. Nach etwa der Hälfte aller Schwangerschaftsabbrüche unter unsicheren Bedingungen treten leichte bis mittelschwere Komplikationen auf.

In Anbetracht der weiterhin hohen Zahl an unbeabsichtigten Schwangerschaften (121 Millionen pro Jahr und damit nahezu die Hälfte aller Schwangerschaften), der schockierenden Allgegenwart

sexualisierter Gewalt weltweit sowie der Tatsache, dass keine Verhütungsmethode narrensicher ist, dürfte der Bedarf an – sicheren oder unsicheren – Schwangerschaftsabbrüchen kaum abflauen. Trotzdem werden von der Politik vielfach weiterhin rechtliche Hürden für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch aufgebaut. Dabei führen die Restriktionen, wie umfangreiche Forschungsergebnisse zeigen, nicht dazu, dass weniger Schwangerschaften abgebrochen werden. Sie sorgen lediglich dafür, dass Schwangerschaftsabbrüche unter unsicheren Bedingungen vorgenommen werden und viele Frauen infolgedessen Gesundheitsschäden erleiden oder daran sterben.

Schwangerschaften werden in Ländern, in denen der Eingriff illegal ist, ungefähr gleich häufig abgebrochen wie dort, wo er legal ist. Einschränkungen beim Schwangerschaftsabbruch führen demnach eher zur Verschlechterung der Gesundheit von Frauen als zu einem zahlenmäßigen Rückgang der Eingriffe. Bemerkenswert ist, dass unbeabsichtigte Schwangerschaften in Staaten mit eher liberalen Abtreibungsgesetzen seltener vorkommen, wahrscheinlich weil Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit den Bedürfnissen sexuell aktiver Menschen dort besser gerecht werden.

Aber unabhängig davon, ob Schwangerschaftsabbrüche legal sind oder nicht, haben sich die Staaten verpflichtet, Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch medizinische Versorgung zu gewähren. „Auf jeden Fall sollten Frauen Zugang zu hochwertigen Diensten für die Behandlung von Komplikationen infolge eines unsachgemäßen Schwangerschaftsabbruchs haben“, heißt es im ICPD-Aktionsprogramm.

Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für alle

Die Daten zum ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmethoden und zu Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit belegen unmissverständlich, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen trotz der enormen Fortschritte in den vergangenen Jahrzehnten weiterhin außen vor gelassen werden. Dazu gehören Mädchen im Teenageralter, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, marginalisierte ethnische Minderheiten, Geflüchtete und Migrant*innen, ungewollt kinderlose Paare und Singles sowie Frauen, die keinen Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch bekommen.

Um dafür zu sorgen, dass der Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für alle Menschen gewährleistet ist, müssen Programme zur Förderung der reproduktiven Gesundheit und Rechte einen viel inklusiveren Ansatz verfolgen. Statt passiv zu vermuten, man werde die Randgruppen schon erreichen, sollten die Bedürfnisse dieser Menschen proaktiv aufgegriffen werden. Maßnahmen, die einfach nur auf marginalisierte oder besonders vulnerable Gruppen abzielen, funktionieren oft nicht. Denn sie können dazu führen, dass Entscheidungen von oben nach unten verordnet werden und die Entscheidungsfreiheit schutzbedürftiger Menschen nicht erweitert, sondern eher eingeschränkt wird. Stattdessen gilt es, denen, die zurückgelassen wurden, mehr Gehör zu verschaffen und Programme so zu konzipieren, dass sie den Bedürfnissen, Lösungen und der Selbstkompetenz dieser Gruppen gerecht werden.

> Wer wird außen vor gelassen?

Teenager

Teenager sind wahrscheinlich die am schlechtesten versorgte Bevölkerungsgruppe überhaupt. Häufig wird ihnen der Zugang zu Informationen und Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verweigert oder sie werden bei der Bereitstellung entsprechender Angebote einfach übersehen. Der Grund ist die weitverbreitete Überzeugung, dass junge Menschen keinen Sex haben sollten, schon gar nicht außerhalb der Ehe. Doch gerade weil sie so wenig Informationen und so wenig Zugang zu Verhütungsmitteln und reproduktiver Gesundheitsversorgung erhalten, werden sie nach wie vor viel zu häufig und zu früh unbeabsichtigt schwanger. Noch viel häufiger wird ihnen eine umfassende Sexualaufklärung vorenthalten, die ihr Leben und ihre Gesundheit und Rechte deutlich verbessern würde.

In Entwicklungsländern bringen jedes Jahr annähernd zwölf Millionen Mädchen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren und mindestens 777.000 unter 15-jährige Mädchen ein Kind zur Welt. Jedes Jahr werden im globalen Süden etwa zehn Millionen Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren unbeabsichtigt schwanger. Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sind weltweit die häufigste Todesursache bei Mädchen dieser Altersgruppe. Von den schätzungsweise 5,6 Millionen Schwangerschaftsabbrüchen, die jedes Jahr bei 15- bis 19-jährigen Mädchen vorgenommen werden, finden 3,9 Millionen unter unsicheren Bedingungen statt und tragen zu Müttersterblichkeit, -morbidity und dauerhaften

Gesundheitsproblemen bei. Mütter zwischen zehn und 19 Jahren haben ein höheres Risiko, an Eklampsie, Wochenbett-Endometritis und systemischen Infektionen zu erkranken, als Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren. Ihre Babys haben häufiger ein niedriges Geburtsgewicht, kommen häufiger zu früh auf die Welt und leiden als Neugeborene häufiger an schweren Erkrankungen.

Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen haben mehr Menschenrechtsverletzungen erfahren, als man aufzählen kann. Im Zuge von Eugenikprogrammen, Zwangssterilisationen und Zwangsverhütung bis hin zu extremer sexualisierter Gewalt wurden reproduktive Rechte und Entscheidungsfreiheit von Menschen mit Behinderungen zu allen Zeiten und überall auf der Welt beschnitten. Doch diese Übergriffe haben bis heute kein Ende.

Selbst wenn diese ungeheuerlichen Menschenrechtsverletzungen heute nicht mehr systematisch verübt werden, ist nicht gewährleistet, dass Menschen, die einst von Diskriminierung betroffen waren, ihren Bedürfnissen entsprechende Dienstleistungen erhalten. So wurde beispielsweise in einer Studie in den Philippinen festgestellt, dass viele Dienstleister*innen die besonderen Bedürfnisse von Frauen mit Behinderungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gar nicht kennen und ihre Rechte nicht ausreichend verstehen, ein Resultat von unzureichender Ausbildung und Ressourcenmangel.

Marginalisierte ethnische Minderheiten

Eugenikprogramme richteten sich nicht nur gegen Menschen mit Behinderungen, sondern schränkten auch die reproduktiven Rechte verschiedener ethnischer Minderheiten ein. Ihre Instrumente waren unter anderem Zwangssterilisation und Zwangsverhütung. Mit diesen Maßnahmen wurden Technologien aus dem Bereich der reproduktiven Gesundheit als Waffen gegen ganze Bevölkerungsgruppen und Gesellschaftsschichten eingesetzt, unter anderem gegen religiöse Minderheiten, indigene Gruppen, Roma und Menschen afrikanischer Herkunft. 2014 reagierten die Verantwortlichen mehrerer Programme der Vereinten Nationen mit einer Stellungnahme zur Beseitigung von erzwungener, angeordneter oder anderweitig unfreiwilliger Sterilisation. Mit diesem Ziel prüfen Organe der Vereinten Nationen laufend Verdachtsfälle von Zwangssterilisationen.

Aber auch wenn sie nicht offen diskriminiert werden, weisen viele marginalisierte ethnische Minderheiten schlechtere Indikatoren im Bereich der reproduktiven Gesundheit auf als die Gesamtbevölkerung. Solche Diskrepanzen sind häufig wohlbekannt, werden aber nur unzureichend in den Blick genommen. Beispielsweise hat die Regierung der Vereinigten Staaten weitestgehend eingeräumt, dass afroamerikanische Frauen deutlich schlechter gestellt sind, was ihre reproduktive Gesundheit betrifft. Ihre Vulnerabilität und ihre medizinischen Befunde, unter anderem ihr Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und Müttersterblichkeit, sind – unabhängig von Einkommen und Bildungsniveau – drei- bis viermal höher als die von weißen Frauen.

Ältere Menschen

Weil Frauen nach der Menopause – selbst wenn sie noch gar nicht zur älteren Generation gehören – ohne künstliche Befruchtung keine Kinder mehr bekommen können und weil den meisten älteren Männern unterstellt wird, sie wollten keine mehr, wird die sexuelle (und reproduktive) Gesundheit von älteren Menschen, die noch sexuell aktiv sind, häufig übersehen. Nur wenige Studien befassen sich mit ihren Bedürfnissen, aber sie alle weisen darauf hin, dass dieser Aspekt im Leben einer immer größer werdenden Bevölkerungsgruppe vernachlässigt wird.

Geflüchtete und Migrant*innen

Mitte 2022 erreichte die Zahl der Vertriebenen weltweit etwa 103 Millionen Menschen. Die Summe der internationalen Migrant*innen ist mit 281 Millionen im Jahr 2020 noch weitaus höher. Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit brechen in Notsituationen oft als Erstes weg, und wenn überhaupt, so versorgen nur wenige Staaten die (auf legalem oder anderem Wege) Zugewanderten auf ihrem Hoheitsgebiet mit kostenlosen Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit oder bieten ihnen Zugang zu Versicherungsangeboten.

Auch hier gab es Fortschritte, wenn auch nicht genug. Sie sind zum Großteil der Entwicklung und Umsetzung des Pakets für die Mindesterstausstattung (Minimum Initial Service Package, MISP) der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Krisensituationen zu verdanken. Dabei handelt es sich um einen internationalen Mindestversorgungsstandard, der gleich zu Beginn jeder Krisensituation

bereitgestellt werden sollte. Der Anspruch auf Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der Zugang dazu unterscheiden sich je nachdem, ob jemand als geflüchtete, asylsuchende oder zugewanderte Person eingestuft wird (und ob sie regulär oder irregulär ins Land gekommen ist).

Rechte und Ansprüche in den 28 Staaten der Europäischen Union und in den verschiedenen Bereichen der staatlichen Gesundheitssysteme unterscheiden sich zum Beispiel deutlich voneinander. Der mangelnde Anspruch auf medizinische Versorgung einschließlich Primär- und Sekundärversorgung stellt für viele Asylsuchende und Geflüchtete ein erhebliches Hindernis dar. Für Migrant*innen ohne Papiere ist dieses Hindernis sogar noch um einiges größer. Und es gibt noch weitere Barrieren wie fehlende Übersetzungsleistungen und möglicherweise die Voreingenommenheit von Leistungsanbieter*innen. Das alles zusammengefasst führt dazu, dass Migrant*innen und Geflüchtete ihr Recht, eine Familie nach ihren eigenen Vorstellungen zu haben, nicht verwirklichen können.

LGBTQI+-Personen

Bevor LGBTQI+-Personen ihre reproduktiven Rechte und Entscheidungen realisieren können, müssen sie zahlreiche Hürden überwinden. So sind zum Beispiel gleichgeschlechtliche und nicht-binäre Paare in besonderem Maße von Gesetzen betroffen, die darüber bestimmen, ob und wie Menschen Eltern

werden können. Nur 54 Staaten erlauben gleichgeschlechtlichen Paaren per Gesetz die Adoption von Kindern. Zahlreiche Staaten erlauben die In-vitro-Fertilisation nur verheirateten Paaren. In Anbetracht der Tatsache, dass gleichgeschlechtliche Ehen überhaupt nur in 24 Staaten der Welt erlaubt sind, schließen solche Bestimmungen zahlreiche LGBTQI+-Paare aus. Und schließlich divergieren die Gesetze zur Leihmutterschaft rund um die Welt beträchtlich. Zudem sind menschenrechtliche Bedenken hinsichtlich der Vulnerabilität von Leihmüttern gegenüber Ausbeutung und ihrer körperlichen Selbstbestimmung noch immer ungeklärt.

Für LGBTQI+-Personen, die ihr Menschenrecht wahrnehmen wollen, Kinder zu haben, sind die Optionen fast überall auf der Welt begrenzt. Manche, die dieses Recht zu verwirklichen suchen, sehen sich dadurch zu unerwünschten oder ausbeuterischen Ehen mit Personen des anderen Geschlechts gezwungen. Transsexuelle und nicht-binäre Personen stehen oft vor besonders großen Hindernissen, denn nur ein Drittel aller Staaten auf der Welt erlaubt eine rechtswirksame Änderung des Geschlechtseintrags und lässt diesen Menschen damit die gleiche Anerkennung zuteilwerden wie ihren Mitbürger*innen. Selbst in Ländern, in denen dieses Recht in Anspruch genommen werden kann, bleibt die Versorgung der reproduktiven und sexuellen Bedürfnisse dieser Gruppe weit hinter ihrem Bedarf zurück.



Inklusive Gesellschaften sind resiliente Gesellschaften

Um demografieresilient zu werden, sollten die Gesellschaften ihr Humankapital auf breiter Basis entwickeln und zum Beispiel auch die Inklusion von zugewanderten Menschen in die Arbeitswelt und die Gesellschaft insgesamt in den Blick nehmen. In vielen Ländern ist es für Zugewanderte fast unmöglich, am lokalen Arbeitsmarkt zu partizipieren und einen menschenwürdigen Arbeitsplatz zu finden. Oft werden ihnen die heikelsten, gefährlichsten, am schlechtesten bezahlten und unsichersten Jobs zugeschoben.

Aus internationaler Sicht wäre es in der aktuellen Situation theoretisch eine gute Idee, wenn Länder mit einer alternden Bevölkerung auf der einen und Länder mit einer jungen Bevölkerung auf der anderen Seite die Chance ergreifen würden, Partnerschaften einzugehen und durch gegenseitigen Austausch gemeinsam resilient zu werden. Wenn sich Länder mit einer alternden Bevölkerung und Staaten, deren Bevölkerung jung ist und hohe Fertilitätszahlen aufweist, zusammenfänden und die Arbeitsmigration unterstützten, dann könnten solche Migrationsbewegungen die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter vergrößern, die Rentensysteme stabilisieren und vielleicht sogar zu einem kurzfristigen Anstieg der Fertilität beitragen. Einige Staaten mit alternder Bevölkerung haben sich auf diesen Weg gemacht; ein häufig angeführtes Beispiel ist Kanada.

Kein Fortschritt ohne Gleichstellung der Geschlechter

Ohne die Gleichstellung der Geschlechter lässt sich keine Resilienz herstellen. Häufig wird betont, wie wichtig die Gleichbehandlung der Geschlechter als Voraussetzung für Resilienz und Entwicklung in Ländern mit hoher Fertilität ist. Dabei ist sie in Gesellschaften mit niedriger Fertilität genauso wichtig. Neue Forschungsergebnisse zeigen, dass die Benachteiligung der Frauen auf lange Sicht das Wirtschaftswachstum ausbremst, und zwar unabhängig davon, wie schnell die Bevölkerung wächst oder schrumpft.

Die Fertilität ist häufig gerade in den Ländern extrem niedrig, in denen sich Frauen zwischen Beruf und Familie entscheiden müssen. Im Haushalt bedeuten ungleiche Geschlechterverhältnisse, dass die Frauen noch immer die Last der Hausarbeit und Kinderbetreuung tragen und dass kaum oder gar keine privaten oder staatlichen Mittel fließen, um berufstätigen Eltern unter die Arme zu greifen (bei Kinderbetreuung, Erziehungsurlaub usw.). Diese Dreieckskonstellation – Benachteiligung der Frauen am Arbeitsplatz, Benachteiligung der Frauen im Haushalt und fehlende strukturelle Unterstützung für erwerbstätige Eltern – ist kennzeichnend für Länder mit niedrigen Fertilitätsraten, nicht jedoch für Länder mit ähnlichem Einkommensniveau, aber höherer Fertilität.

Den Familien mehr Flexibilität hinsichtlich Einkommenserwerb und Arbeitsteilung zu ermöglichen, wäre eindeutig ein Schritt nach vorn. Dazu gilt es, den Begriff der Familienökonomie weiter zu fassen und auch die immense Arbeit anzuerkennen, die es bedeutet, Kinder zur Welt zu bringen und zu erziehen. Es gilt, den Beitrag von Vätern, Verwandten und Kinderbetreuungseinrichtungen zur Sorgearbeit wertzuschätzen und die wirtschaftliche Stärkung aller Erwachsenen, nicht nur der Männer, zu ermöglichen. Deshalb ist es besonders wichtig, von einem Anreizsystem auf ein System umzusteigen, in dem Frauen so unterstützt werden, dass sie so viele Kinder bekommen können, wie sie sich wünschen.

Die Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung bietet nicht nur in menschenrechtlicher, sondern auch in wirtschaftlicher Hinsicht enorme gesellschaftliche Vorteile gegenüber einem Anreizsystem, das die Geburt von Kindern belohnt. Wenn es Frauen gelingt, Mutterschaft und Karriere zu vereinbaren, ergeben sich daraus Produktivitätssteigerungen. Die Ungleichheit der Geschlechter wirkt sich dagegen negativ auf das Wirtschaftswachstum aus.

Allerdings sollte die Entwicklung des Humankapitals in Form von Bildung, Programmen zur Förderung der Gleichstellung der Geschlechter, Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen oder ähnlichen Entwicklungsimpulsen nicht das Mittel zum Zweck sein, die angestrebte Kinderzahl der Menschen zu steuern. Es ist wichtig, Frauen so zu stärken, dass sie sich frei entscheiden können, auch wenn sich diese Entscheidungen im Lauf der Zeit und mit den Lebensbedingungen verändern können.

Natürlich hat jede Gesellschaft ihre eigenen sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Auch die besonderen Strukturen, die es braucht, um die

reproduktive Entscheidungsfreiheit zu unterstützen, sind nicht überall gleich. Viele Staaten scheuen die Kosten, die für die Durchführung von Programmen aufgewendet werden müssen, um Familien zu unterstützen und die Gleichstellung der Geschlechter am Arbeitsplatz zu fördern. Aber auch das Fehlen von Anlaufstellen in den Bereichen Geburtshilfe und Kindererziehung verursacht beträchtliche Kosten. Denn damit gehen die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Vorteile verloren, die aus einer stärkeren Erwerbsbeteiligung der Frauen erwachsen. Die Förderung eines offeneren Familienbildes ist es allemal wert, ausreichend in die Bereitstellung von Bildungschancen und Unterstützungsleistungen für Familien zu investieren.

Bevölkerungspolitik kümmert sich um Menschen – und ihre Rechte

Politische Maßnahmen, die auf die Einschränkung der reproduktiven Rechte abzielen, funktionieren nicht und schaden der ganzen Gesellschaft. Im Gegensatz dazu setzen politische Maßnahmen zur Förderung der reproduktiven Rechte das Potenzial aller Menschen frei, sich weiterzuentwickeln und mit den sich verändernden Realitäten unserer Welt mitzuhalten. Denn Rechte bleiben ein rein theoretisches Konstrukt, solange sie nicht durch eine entschlossene Politik umgesetzt werden.

Eine weitere Säule für die Absicherung des sexuellen und reproduktiven Wohlergehens ist das neu aufkommende Prinzip der sexuellen und reproduktiven Gerechtigkeit. Dabei geht es um die Auseinandersetzung mit intersektionalen Formen der Unterdrückung. Das Konzept rückt die Erfahrungen derjenigen in den Vordergrund, die bislang oft nicht gehört werden, und ermöglicht zugleich eine systematische Analyse, wie Macht und Privilegien

die Reproduktion mittels Sanktionen regulieren. Die Benachteiligung aufgrund des Geschlechts oder der Herkunft, soziale Schichtzugehörigkeit und andere systemische Ungerechtigkeiten untergraben das sexuelle und reproduktive Wohlergehen, werden aber von den Rechts- und Gesundheitssystemen nicht ausreichend in den Blick genommen.

Die hochrangige Kommission für die Folgemaßnahmen nach dem Nairobi-Gipfel zum 25. Jahrestag der ICPD-Konferenz hat den Auftrag, den Impuls des Nairobi-Gipfels von 2019 im Bereich der reproduktiven Gesundheit und Rechte weiterzuentwickeln. Sie hat die Staaten aufgerufen, sich für sexuelle und reproduktive Gerechtigkeit einzusetzen und damit die Voraussetzungen für die Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte aller Menschen zu schaffen.

Nur wenn die Bemühungen an all diesen Fronten verstärkt werden, kann die Welt die gesamte Vision des ICPD-Aktionsprogramms und die SDG-Zielvorgabe des allgemeinen Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung erreichen. Auf diese Zielsetzungen haben sich die Länder verständigt, und nur wenn sie verwirklicht werden, kann die Menschheit ihr Potenzial in allen Lebensbereichen voll und ganz ausschöpfen.

Unbegrenzte Möglichkeiten

Viele der in diesem Bericht thematisierten Ängste erwachsen daraus, dass es den Formulierungen, mit denen bestimmte Befürchtungen beschrieben werden, an Genauigkeit und Menschlichkeit mangelt. Wenn wir unspezifisch über sogenannte „Bevölkerungsprobleme“ sprechen, dann ist es nur allzu leicht, Angst und Schuld auf die Körper von Frauen, Fremden und marginalisierten Menschen zu projizieren. Es ist deshalb nicht nur schädlich,

sondern auch zu vage und damit nicht konstruktiv, von „Bevölkerungskontrolle“, „zu vielen“ oder „zu wenigen“ Menschen zu sprechen. Verhütungsquoten und Ermahnungen, die Fertilitätsraten zu steigern oder zu senken, sind menschenverachtend, weil damit Menschen in ihrer Gesamtheit zu Produktionsmitteln für künftige Generationen herabgewürdigt werden.

Wenn wir sinnvoller über Bevölkerung sprechen wollen, müssen wir uns einer rechtbasierten und präzisen Sprache bedienen. Beides hilft uns, die großen Errungenschaften der Menschheit in den letzten Jahrzehnten zu würdigen und zugleich konkrete Probleme zu benennen, für die es ermittelbare Lösungen gibt. Nicht länger von „zu vielen“ zu sprechen, bedeutet anzuerkennen, welche Erfolge in Bezug auf das Überleben und die Lebenserwartung der Menschen bereits erzielt wurden. Nicht länger von „zu wenigen“ zu sprechen, bedeutet anzuerkennen, dass Frauen ihre Familienplanung zunehmend an ihren Lebensbedingungen ausrichten können.

Wir können diese Erfolge anerkennen und feiern. Das hindert uns nicht, auf die besorgniserregende Diskrepanz zwischen gewünschter und tatsächlicher Fertilität hinzuweisen, solidere Mechanismen der Rentenfinanzierung zu fordern. Es gilt politische Strategien umzusetzen, die ausgehend von den Herkunftsländern über die Transitländer bis hin zu den Aufnahmeländern eine geordnete, sichere und reguläre Migration ermöglichen, und eine höhere Arbeitsmarktbeteiligung anstreben.

Dieser Bericht kann nicht alles beantworten, denn wie sich immer wieder zeigt, sind Bevölkerungsfragen vielschichtig und kontextspezifisch. Entsprechend müssen die Lösungen maßgeschneidert sein.

Wir wissen aber sehr wohl, dass durch die Beschneidung von Rechten und Entscheidungsfreiheit alles nur schlimmer wird. Allerdings müssen wir auch nicht auf alles eine Antwort haben. Unsere gemeinsame Vision vom demografischen Schicksal der Welt muss sich auf das Versprechen eines rechtebasierten Ansatzes besinnen.

Wir müssen dafür sorgen, dass alle Menschen ihr Potenzial ausschöpfen können. Das bedeutet

gleiche Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen wie für Männer. Das bedeutet Platz für Randgruppen an jedem Tisch, an dem Entscheidungen getroffen werden. Das bedeutet Investitionen in alle Menschen, damit jede Person ungeachtet ihres Geschlechts, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer Nationalität oder Behinderung ihren Beitrag zu unserer gemeinsamen Zukunft leisten kann – einer Zukunft für alle acht Milliarden Menschen, eine Zukunft der unbegrenzten Möglichkeiten.



// Indikatoren

Überwachung der ICPD Ziele: Sexuelle und reproduktive Gesundheit	Seite 90
Überwachung der ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte	Seite 96
Demografische Indikatoren	Seite 102
Technische Hinweise: Quellen und Definitionen	Seite 108

> Unsere gemeinsame Vision des demografischen Schicksals unserer Welt muss auf Optimismus und dem Versprechen der Achtung der Menschenrechte beruhen.

— — —

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung, bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
						Irgendeine Methode		Moderne Methode						
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
Globale und regionale Daten	2020	2020	2020	2014–2020	2020	2023		2023		2023		2023	2022	2019
Welt	223	202	255	82	0,19	50	65	46	59	9	11	78	76	68
Stärker entwickelte Regionen	12	10	14	99	0,15	58	70	52	62	7	8	79	87	82
Weniger entwickelte Regionen	244	221	279	81	0,20	49	64	45	59	9	11	77	72	65
Am wenigsten entwickelte Länder	377	338	431	65	0,44	32	43	29	38	15	20	60	71	45
Regionale Daten														
Arabische Staaten	145	110	194	86	0,04	34	53	29	45	10	15	66	65	61
Asien und Pazifik	113	101	128	86	0,06	54	71	50	65	7	8	82	74	68
Lateinamerika und Karibik	88	79	99	95	0,19	59	75	56	71	8	9	83	75	74
Osteuropa und Zentralasien	21	19	25	99	0,14	46	64	35	49	8	11	66	84	74
Ost- und Südliches Afrika	360	313	441	70	1,16	36	45	33	41	15	20	64	72	47
West- und Zentralafrika	750	625	986	55	0,36	20	23	17	19	17	22	46	70	43
Land, Territorium oder Gebiet														
	2020	2020	2020	2004–2020	2021	2023		2023		2023		2023	2022	2019
Afghanistan	620	406	1050	59	0,04	21	28	18	25	17	24	49	56	37
Ägypten	17	13	22	92	–	45	62	43	60	9	12	81	–	70
Albanien	8	4	16	100	0,03	33	45	5	6	12	16	11	79	62
Algerien	78	41	164	99	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	75
Angola	222	148	330	50	0,52	17	18	16	16	27	35	36	62	39
Antigua und Barbuda	21	11	36	100	–	42	63	40	61	10	13	77	–	72
Äquatorialguinea	212	122	374	68	3,80	18	19	16	15	23	31	38	–	43
Argentinien	45	38	53	100	0,11	58	71	57	68	10	11	82	92	73
Armenien	27	19	42	100	–	39	60	21	32	8	12	45	87	69
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Aserbaidshan	41	22	69	99	0,03	37	57	15	24	9	13	34	–	65
Äthiopien	267	189	427	50	0,12	30	41	29	40	15	21	66	73	38
Australien	3	2	4	99	0,02	59	67	56	64	8	10	85	–	87
Bahamas	77	51	128	99	0,24	46	66	44	65	10	12	79	–	70
Bahrain	16	13	19	100	0,05	29	63	20	44	6	12	59	73	71
Bangladesch	123	89	174	59	0,01	51	64	45	55	9	12	74	–	51
Barbados	39	22	61	99	0,24	50	63	47	60	12	15	75	44	75
Belarus	1	1	2	100	0,12	54	62	46	53	11	11	72	83	74
Belgien	5	4	6	–	–	59	67	58	66	6	8	90	–	86
Belize	130	105	161	94	0,42	45	58	42	54	14	17	72	43	67
Benin	523	397	768	78	0,14	17	19	15	16	24	30	35	91	38
Bhutan	60	40	82	96	0,10	40	62	38	60	8	12	81	83	62
Bolivien	161	103	272	81	0,13	48	68	36	50	12	16	61	94	67
Bosnien und Herzegowina	6	4	8	100	–	39	50	20	22	9	13	41	70	65
Botswana	186	151	230	100	3,48	59	70	58	69	8	10	87	64	54
Brasilien	72	57	93	99	0,24	67	80	65	78	6	8	90	–	75
Brunei Darussalam	44	30	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	77
Bulgarien	7	5	10	100	0,03	67	81	51	59	5	6	72	62	70
Burkina Faso	264	169	394	80	0,08	30	33	29	32	19	23	59	81	43
Burundi	494	353	694	85	0,14	20	33	18	30	16	27	49	65	44
Cabo Verde	42	26	65	97	0,24	45	59	44	58	12	16	76	84	69
Chile	15	13	17	100	0,20	64	78	60	72	6	8	85	–	80
China	23	19	27	100	–	71	85	69	83	4	3	92	–	82
China, Hong Kong	–	–	–	–	–	48	70	46	67	8	9	81	–	–

Überwachung ICPD Ziele

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung, bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
	2020	2020	2020	2004–2020	2021	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle		Verheiratet/in Beziehung	2022	2019
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
China, Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	22	18	26	99	0,21	57	74	56	72	9	10	84	84	78
Côte d'Ivoire	480	318	730	74	0,21	27	26	23	22	21	26	48	64	45
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänemark	5	4	6	95	0,02	64	77	61	73	5	6	88	87	85
Deutschland	4	4	5	99	–	55	68	54	67	7	9	87	87	86
Dominica	–	–	–	100	–	45	64	43	62	10	13	78	–	–
Dominikanische Republik	107	87	133	100	0,39	54	67	52	66	10	13	82	–	66
Dschibuti	234	105	530	87	0,13	17	31	16	30	14	26	53	–	48
Ecuador	66	52	86	96	0,11	59	80	53	73	7	6	82	92	80
El Salvador	43	31	61	100	0,17	53	74	50	69	8	10	82	92	76
Eritrea	322	207	508	34	0,06	9	14	8	14	15	28	34	–	50
Estland	5	3	9	100	–	58	71	50	60	5	7	78	98	78
Eswatini	240	147	417	88	7,65	52	69	51	67	9	12	83	98	58
Fidschi	38	28	55	100	0,19	35	51	30	44	12	16	65	–	61
Finnland	8	6	13	100	–	79	82	74	77	3	4	90	98	83
Frankreich	8	6	10	98	0,09	66	78	64	76	4	4	91	–	84
Französisch-Guayana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	227	141	383	89	0,80	39	39	31	28	18	23	54	58	49
Gambia	458	333	620	84	0,80	14	21	13	19	16	24	45	–	48
Georgien	28	22	33	100	0,14	33	47	24	34	13	18	52	94	65
Ghana	263	180	376	79	0,57	27	35	23	31	19	26	51	66	45
Grenada	21	12	34	100	–	46	65	43	61	10	12	76	–	70
Griechenland	8	5	12	100	0,07	54	75	39	51	5	7	67	72	78
Großbritannien und Nordirland	10	8	12	–	–	72	76	65	69	4	6	86	96	88
Guadeloupe	–	–	–	–	–	40	59	37	53	10	15	73	–	–
Guam	–	–	–	–	–	37	66	32	56	7	10	74	–	–
Guatemala	96	85	106	70	0,07	43	64	37	54	9	12	71	–	57
Guinea	553	404	808	55	0,49	14	14	13	13	18	23	42	79	37
Guinea-Bissau	725	475	1135	54	1,12	32	24	30	23	16	19	63	80	37
Guyana	112	83	144	96	0,62	29	38	28	37	20	28	56	87	74
Haiti	350	239	550	42	0,38	29	39	26	36	23	33	51	65	47
Honduras	72	58	91	74	0,08	50	73	47	67	8	10	79	80	63
Indien	103	93	110	81	0,05	51	68	45	59	7	9	78	74	61
Indonesien	173	121	271	95	0,10	44	62	42	60	8	11	81	77	59
Irak	76	50	121	96	–	38	57	27	40	8	12	58	59	55
Iran	22	14	32	99	0,03	58	81	47	66	3	4	77	63	77
Irland	5	4	7	100	0,07	65	70	63	66	6	9	89	–	83
Island	3	1	4	98	0,03	–	–	–	–	–	–	–	–	87
Israel	3	2	4	–	–	41	73	32	56	5	8	69	–	84
Italien	5	4	6	100	0,02	60	67	49	52	6	9	75	–	83
Jamaika	99	80	122	100	0,50	44	73	42	70	9	9	79	76	70
Japan	4	3	6	100	–	47	52	40	42	12	17	69	85	85
Jemen	183	120	271	45	0,04	28	45	21	33	14	23	50	65	44
Jordanien	41	26	62	100	–	31	55	22	39	8	14	57	56	60
Jungferninseln (USA)	–	–	–	–	–	44	75	41	70	8	8	79	–	–
Kambodscha	218	156	326	89	0,07	43	64	32	48	7	10	64	98	61

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung, bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex	
	2020	2020	2020	2004–2020	2021	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle (15–49 J.), in %	Verheiratet/in Beziehung	Alle (15–49 J.), in %	Verheiratet/in Beziehung	2022	2019
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung						
Kamerun	438	332	605	69	0,56	23	24	19	18	16	21	50	–	44	
Kanada	11	9	15	98	–	73	82	71	80	3	4	92	–	89	
Kasachstan	13	10	18	100	0,18	43	54	40	51	11	14	76	65	76	
Katar	8	5	11	100	0,07	33	49	28	42	10	15	65	71	74	
Kenia	530	382	750	70	0,73	48	64	46	62	12	14	78	48	56	
Kirgisistan	50	37	70	100	0,10	29	42	28	40	12	17	67	73	70	
Kiribati	76	33	146	92	–	24	32	20	26	17	23	49	–	51	
Kolumbien	75	65	86	99	0,17	65	82	61	77	6	7	87	96	78	
Komoren	217	131	367	82	0,01	20	28	17	23	19	29	43	–	44	
Kongo	282	194	429	91	2,39	43	45	30	29	14	18	53	55	41	
Kongo, Dem. Rep.	547	377	907	85	0,18	26	30	16	17	20	25	35	–	39	
Korea	8	7	9	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	87	
Korea, Dem. Volksrep.	107	46	249	100	–	61	75	58	72	8	8	84	83	68	
Kroatien	5	3	7	100	0,02	50	71	36	46	5	8	64	98	73	
Kuba	39	35	44	100	0,17	69	72	68	71	8	9	88	–	80	
Kuwait	7	5	11	100	–	37	60	30	49	8	13	68	–	70	
Laos	126	92	185	64	0,11	38	61	34	55	9	13	72	96	50	
Lesotho	566	385	876	87	4,76	52	67	51	66	9	14	83	–	48	
Lettland	18	14	25	100	0,29	59	72	52	62	6	8	81	70	72	
Libanon	21	18	24	98	0,03	33	62	25	46	7	12	63	–	72	
Liberia	652	499	900	84	–	27	27	26	27	25	32	50	–	42	
Libyen	72	31	165	100	0,07	25	41	16	26	16	25	40	–	60	
Litauen	9	5	14	100	0,08	48	72	39	57	6	8	73	87	70	
Luxemburg	6	4	12	100	0,07	–	–	–	–	–	–	–	–	87	
Madagaskar	392	311	517	46	0,35	42	52	37	46	13	14	68	–	35	
Malawi	381	269	543	90	1,13	49	66	49	65	13	14	79	79	48	
Malaysia	21	18	29	100	0,17	35	58	26	42	9	14	58	83	76	
Malediven	57	40	83	100	–	17	23	14	18	22	29	35	93	69	
Mali	440	335	581	67	0,26	19	21	18	20	21	24	46	–	42	
Malta	3	2	5	100	–	61	79	49	63	4	5	75	–	81	
Marokko	72	51	96	87	0,02	43	71	37	62	7	11	75	–	73	
Martinique	–	–	–	–	–	40	61	37	55	10	14	74	–	–	
Mauretanien	464	337	655	69	0,13	10	14	9	13	22	32	29	65	40	
Mauritius	84	62	115	100	0,54	43	67	29	45	7	9	58	75	65	
Mexiko	59	46	74	97	0,13	55	74	53	70	9	10	82	86	74	
Mikronesien	74	32	169	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48	
Moldau, Rep.	12	9	17	100	0,30	49	59	39	46	12	15	64	–	67	
Mongolei	39	28	55	99	0,01	41	57	38	52	12	15	70	–	63	
Montenegro	6	3	11	99	0,03	23	27	16	16	15	21	42	52	67	
Mosambik	127	99	157	73	–	29	31	27	30	18	21	59	–	47	
Myanmar	179	125	292	60	0,20	34	59	33	57	8	13	79	91	61	
Namibia	215	154	335	88	2,91	53	62	52	61	10	15	83	88	62	
Nepal	174	125	276	77	–	41	54	37	48	16	21	64	48	53	
Neukaledonien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Neuseeland	7	5	9	96	0,02	65	81	61	75	5	5	88	95	86	
Nicaragua	78	54	109	96	0,08	59	82	57	79	6	6	88	75	70	
Niederlande	4	3	6	–	0,01	63	72	61	70	6	7	89	100	86	
Niger	441	305	655	39	0,04	12	14	11	14	16	19	41	–	37	

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung, bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
	2020	2020	2020	2004–2020	2021	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle		Verheiratet/in Beziehung	2022	2019
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
Nigeria	1047	793	1565	43	0,34	18	21	14	16	15	19	42	–	45
Nordmazedonien	3	1	6	100	–	44	54	20	20	9	13	38	–	68
Norwegen	2	1	3	99	0,01	66	85	61	79	3	3	89	100	86
Oman	17	12	25	99	0,05	22	36	15	25	15	25	42	70	69
Österreich	5	4	8	98	–	66	73	63	71	5	7	89	–	82
Pakistan	154	109	226	71	–	26	39	20	30	11	17	54	69	45
Palästina ¹	20	15	26	100	–	40	62	30	46	7	11	64	68	–
Panama	50	46	54	93	–	49	60	46	57	14	17	74	72	77
Papua-Neuguinea	192	126	293	56	0,43	28	39	24	32	18	24	51	–	33
Paraguay	71	60	82	98	0,13	60	73	56	68	8	8	83	76	61
Peru	69	59	80	94	0,17	51	77	39	58	5	6	71	85	78
Philippinen	78	67	96	84	0,19	36	58	27	44	10	15	59	80	55
Polen	2	1	3	100	–	54	74	43	58	6	7	73	89	74
Portugal	12	8	18	100	0,07	59	74	51	63	5	7	79	95	84
Puerto Rico	34	25	54	–	–	51	82	47	74	7	5	81	–	–
Réunion	–	–	–	–	–	52	72	50	71	8	9	84	–	–
Ruanda	259	184	383	94	0,34	39	66	36	61	9	13	75	82	54
Rumänien	10	7	14	95	0,04	54	71	45	58	6	8	75	98	72
Russland	14	9	20	100	–	49	68	42	58	7	9	75	70	75
Salomonen	122	75	197	86	–	24	32	20	27	13	18	54	–	50
Sambia	135	100	201	80	2,17	38	54	36	51	15	18	69	91	55
Samoa	59	26	137	89	–	14	21	13	20	28	42	32	22	53
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tome und Principe	146	74	253	97	0,05	38	51	35	47	20	25	61	46	60
Saudi-Arabien	16	11	22	99	–	21	32	18	27	16	24	48	–	73
Schweden	5	3	6	–	–	59	70	56	68	6	8	87	100	87
Schweiz	7	5	11	–	–	73	73	68	68	4	7	89	94	87
Senegal	261	197	376	75	0,10	22	30	20	29	15	21	57	75	49
Serbien	10	8	14	100	0,02	49	58	28	28	7	11	51	99	71
Seychellen	3	3	4	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	70
Sierra Leone	443	344	587	87	0,50	28	26	27	26	20	24	58	65	39
Simbabwe	357	255	456	86	1,51	51	69	50	69	8	9	86	73	55
Singapur	7	5	11	100	0,01	40	69	36	61	6	10	78	46	86
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	5	3	6	98	0,02	55	79	47	66	5	6	79	86	77
Slowenien	5	3	7	100	0,00	52	79	44	67	4	5	79	–	80
Somalia	621	283	1.184	32	–	7	10	2	2	17	26	8	–	27
Spanien	3	3	4	100	0,08	62	64	60	62	7	13	87	–	86
Sri Lanka	29	24	38	100	0,01	45	68	37	56	5	7	74	86	67
St. Kitts und Nevis	–	–	–	100	–	49	61	46	57	12	14	75	–	–
St. Lucia	73	44	127	100	–	49	61	46	57	12	14	76	33	72
St. Vincent und die Grenadinen	62	40	92	99	–	51	67	48	64	10	12	80	81	73
Südafrika	127	99	154	97	4,19	51	58	51	58	11	14	82	95	68
Sudan	270	174	420	78	0,07	11	17	10	16	17	27	36	57	44
Südsudan	1.223	746	2.009	19	1,27	7	8	6	8	21	29	22	16	32
Suriname	96	70	128	98	0,71	34	48	34	48	15	22	70	–	67
Syrien	30	19	47	96	–	34	62	25	46	7	12	62	81	56
Tadschikistan	17	9	31	95	0,10	24	33	22	31	16	22	56	–	66

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte	Betreute Geburten in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung, bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) Deckungsindex
	2020	2020	2020	2004–2020	2021	Irgendeine Methode		Moderne Methode		(15–49 J.), in %		Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	2022	2019
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			
Tansania	238	174	381	64	0,96	38	46	33	41	15	19	63	–	46
Thailand	29	24	34	99	0,09	49	77	48	75	4	6	90	–	83
Timor-Leste	204	147	283	57	0,10	19	33	18	30	13	23	54	–	53
Togo	399	253	576	69	0,38	25	28	23	25	23	30	48	–	44
Tonga	126	55	289	98	–	20	33	17	29	14	25	49	–	56
Trinidad und Tobago	27	19	36	100	–	41	49	36	45	14	19	66	27	73
Tschad	1.063	772	1.586	24	0,21	7	8	7	8	19	24	26	59	28
Tschechien	3	2	5	100	–	62	85	55	76	4	4	83	79	78
Tunesien	37	24	49	100	0,04	33	60	29	51	8	12	70	–	70
Türkei	17	13	23	97	–	48	71	33	50	6	9	62	78	79
Turkmenistan	5	3	9	100	–	36	53	33	50	8	12	77	94	73
Turks- und Caicosinseln	–	–	–	–	–	37	39	35	38	19	23	63	–	–
Tuvalu	–	–	–	93	–	20	27	18	24	20	28	45	–	–
Uganda	284	191	471	74	1,30	38	50	33	44	16	21	62	–	50
Ukraine	17	13	22	100	0,15	54	68	45	55	7	9	74	95	73
Ungarn	15	11	21	100	–	50	70	45	63	7	9	80	93	73
Uruguay	19	15	23	100	0,27	59	79	57	77	6	7	87	97	79
USA	21	16	27	99	–	61	76	54	67	5	6	81	–	83
Usbekistan	30	23	40	100	0,11	49	70	46	66	6	8	84	92	71
Vanuatu	94	43	211	89	–	38	49	33	41	15	19	61	–	52
Venezuela	259	191	381	99	–	56	76	52	72	8	10	82	–	70
Vereinigte Arabische Emirate	9	5	17	99	–	38	52	31	42	12	16	61	–	78
Vietnam	124	81	190	94	0,06	58	79	48	66	4	5	78	54	70
Westсахara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	835	407	1519	40	0,58	21	24	17	18	22	25	39	77	33
Zypern	68	47	99	99	0,04	–	–	–	–	–	–	–	72	79

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUELLEN

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

Betreute Geburten: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2021, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisation (WHO). Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage der gemeinsamen globalen Datenbank berechnet.

Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung: UNAIDS HIV Schätzungen 2021.

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

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

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

Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen, moderne Methode: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021.

Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte: UNFPA, 2022.

Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex: WHO, 2021.

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	2023	2006–2022	2004–2021	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2020	2020	2020	2020
Welt	41	21	–	13	56	75	89	76	85	1,00	67	1,01
Stärker entwickelte Regionen	11	4	–	–	82	97	95	87	99	1,00	95	1,01
Weniger entwickelte Regionen	45	22	–	–	55	74	89	76	83	1,00	63	1,01
Am wenigsten entwickelte Länder	91	38	–	22	46	67	88	70	–	–	44	0,90
Regionale Daten												
Arabische Staaten	43	21	64	15	58	92	91	67	82	0,95	60	0,92
Asien und Pazifik	25	18	–	13	62	79	91	81	87	1,02	66	1,06
Lateinamerika und Karibik	52	23	–	8	72	86	91	90	94	1,02	79	1,03
Osteuropa und Zentralasien	19	10	–	9	70	89	91	81	98	1,00	84	0,99
Ost- und Südliches Afrika	94	31	35	24	47	75	88	68	–	–	–	–
West- und Zentralafrika	103	35	25	15	26	44	81	55	61	0,97	41	0,87
Land, Territorium oder Gebiet	2000–2021	2006–2022	2004–2021	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022
Afghanistan	62	28	–	35	–	–	–	–	–	–	44	0,56
Ägypten	47	17	87	15	–	–	–	–	98	1,02	77	0,98
Albanien	13	12	–	6	62	92	83	77	98	–	84	1,10
Algerien	12	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	163	30	–	25	39	75	74	62	76	0,76	18	0,71
Antigua und Barbuda	33	–	–	–	–	–	–	–	97	0,98	87	0,98
Äquatorialguinea	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
Äthiopien	73	40	65	27	38	82	90	46	53	0,92	26	0,91
Argentinien	42	15	–	5	–	–	–	–	98	0,99	91	1,09
Armenien	14	5	–	5	62	96	83	75	91	1,02	95	–
Aruba	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Aserbaidshan	42	11	–	5	–	–	–	–	99	1,00	100	1,01
Australien	8	–	–	3	–	–	–	–	98	1,00	93	1,04
Bahamas	26	–	–	–	–	–	–	–	78	1,02	73	1,07
Bahrain	9	–	–	–	–	–	–	–	96	1,07	87	1,14
Bangladesch	74	51	–	23	64	77	94	86	90	–	64	1,25
Barbados	48	29	–	–	–	–	–	–	96	1,00	94	1,04
Belarus	12	5	–	6	–	–	–	–	100	–	93	1,03
Belgien	5	0	–	5	–	–	–	–	99	–	98	1,00
Belize	51	34	–	8	–	–	–	–	96	0,98	74	1,08
Benin	108	31	9	15	25	47	81	57	58	0,89	34	0,76
Bhutan	8	26	–	9	–	–	–	–	87	1,13	80	1,15
Bolivien	71	20	–	18	–	–	–	–	88	1,00	78	1,01
Bosnien und Herzegowina	10	3	–	3	–	–	–	–	–	–	81	1,04
Botswana	50	–	–	17	–	–	–	–	90	1,01	72	1,06
Brasilien	43	26	–	7	–	–	–	–	97	1,02	87	1,00
Brunei Darussalam	8	–	–	–	–	–	–	–	100	–	70	1,06
Bulgarien	38	–	–	6	–	–	–	–	83	0,99	82	0,95
Burkina Faso	127	51	68	11	20	32	91	62	52	1,12	32	1,12
Burundi	58	19	–	22	40	72	88	60	70	1,10	38	1,16
Cabo Verde	40	8	–	11	–	–	–	–	87	0,98	73	1,08
Chile	19	–	–	6	–	–	–	–	98	0,99	95	0,99
China	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hong Kong	1	–	–	3	–	–	–	–	99	–	99	–
China, Macau	1	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	1,03

Überwachung 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 %	Entscheidungs-macht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entscheidungs-macht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %	Entscheidungs-macht über Verhütung, in %	Entscheidungs-macht über Geschlechtsverkehr, in %	Nettoein-schulungs-rate in der unteren Sekundar-stufe, in %	Geschlechter-paritätsindex, untere Sekundar-stufe	Nettoein-schulungs-rate in der höheren Sekundar-stufe, in %	Geschlechter-paritätsindex, höhere Sekundar-stufe
Land, Territorium oder Gebiet	2000–2021	2006–2022	2004–2021	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022
Costa Rica	27	17	–	7	–	–	–	–	96	1,01	92	1,03
Côte d'Ivoire	119	27	37	16	25	43	82	67	62	0,91	43	0,80
Curaçao	18	–	–	–	–	–	–	–	85	1,01	77	1,08
Dänemark	1	1	–	3	–	–	–	–	100	–	92	1,00
Deutschland	7	–	–	–	–	–	–	–	96	1,03	83	1,00
Dominica	50	–	–	–	–	–	–	–	99	–	87	0,88
Dominikanische Republik	42	31	–	10	77	88	92	93	84	1,02	68	1,09
Dschibuti	21	6	94	–	–	–	–	–	60	1,02	47	0,99
Ecuador	58	22	–	8	87	100	92	95	98	–	79	1,03
El Salvador	50	20	–	6	–	–	–	–	–	–	59	1,02
Eritrea	76	41	83	–	–	–	–	–	61	0,88	52	0,88
Estland	8	–	–	4	–	–	–	–	99	0,99	96	1,03
Eswatini	87	5	–	18	49	72	89	74	97	1,00	84	0,96
Fidschi	31	4	–	23	62	86	84	77	99	–	77	1,18
Finnland	4	0	–	8	–	–	–	–	100	–	97	1,00
Frankreich	6	–	–	5	–	–	–	–	100	–	97	1,00
Französisch-Guayana	65	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	114	22	–	22	48	60	90	86	70	1,04	58	1,06
Gambia	65	23	73	10	19	49	87	45	87	1,17	58	1,22
Georgien	27	14	–	3	82	95	98	88	99	–	96	1,02
Ghana	78	19	2	10	52	82	90	72	92	1,04	75	1,00
Griechenland	9	–	–	5	–	–	–	–	97	0,99	95	0,98
Grenada	36	–	–	8	–	–	–	–	90	–	100	–
Großbritannien und Nordirland	10	0	–	4	–	–	–	–	100	–	97	1,01
Guadeloupe	14	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	34	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	59	29	–	7	65	77	91	89	65	0,95	34	0,98
Guinea	120	47	95	21	15	41	76	40	46	0,74	24	0,63
Guinea-Bissau	84	26	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	65	30	–	11	71	92	90	83	93	1,02	70	1,11
Haiti	55	15	–	12	57	76	93	79	–	–	–	–
Honduras	97	34	–	7	70	84	88	94	66	1,04	47	1,16
Indien	11	23	–	18	66	82	92	83	86	1,03	59	1,01
Indonesien	36	16	–	9	–	–	–	–	84	1,07	77	1,01
Irak	70	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iran	24	17	–	18	–	–	–	–	98	0,98	83	0,99
Irland	5	–	–	3	–	–	–	–	99	–	99	1,02
Island	3	–	–	3	–	–	–	–	99	–	85	1,01
Israel	7	–	–	6	–	–	–	–	100	–	98	–
Italien	3	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	94	1,01
Jamaika	36	8	–	7	–	–	–	–	–	–	77	1,03
Japan	3	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	99	1,02
Jemen	67	32	19	–	–	–	–	–	72	0,85	44	0,59
Jordanien	27	10	–	14	58	92	91	67	76	1,00	63	1,06
Jungfernseln (USA)	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kambodscha	57	19	–	9	76	91	89	93	82	1,08	56	1,11
Kamerun	122	30	1	22	35	55	74	67	51	0,90	35	0,86

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	2000–2021	2006–2022	2004–2021	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022
Kanada	6	–	–	3	–	–	–	–	100	–	90	0,99
Kasachstan	23	7	–	6	–	–	–	–	100	–	99	–
Katar	8	4	–	–	–	–	–	–	90	1,00	91	0,97
Kenia	73	23	21	23	56	81	89	77	–	–	–	–
Kirgisistan	33	13	–	13	77	94	95	85	100	1,00	79	1,08
Kiribati	51	18	–	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Kolumbien	53	23	–	12	–	–	–	–	99	1,01	83	1,03
Komoren	38	32	–	8	21	47	71	47	81	1,02	50	1,07
Kongo	72	27	–	–	27	41	87	71	71	0,94	59	0,91
Kongo, Dem. Rep.	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–
Korea	1	–	–	8	–	–	–	–	98	1,00	91	1,00
Korea, Dem. Volksrep.	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kroatien	8	–	–	4	–	–	–	–	99	–	89	1,05
Kuba	48	29	–	5	–	–	–	–	90	1,00	80	1,06
Kuwait	5	–	–	–	–	–	–	–	94	1,05	82	1,03
Laos	83	33	–	8	–	–	–	–	68	1,01	50	0,92
Lesotho	85	16	–	17	61	90	93	71	85	1,08	55	1,14
Lettland	10	–	–	6	–	–	–	–	98	1,01	95	1,02
Libanon	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	128	25	32	27	59	79	84	82	64	1,04	63	1,04
Libyen	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Litauen	8	0	–	5	–	–	–	–	100	–	98	1,02
Luxemburg	4	–	–	4	–	–	–	–	99	–	82	1,04
Madagaskar	143	39	–	–	72	87	93	88	70	1,03	36	0,97
Malawi	136	38	–	17	45	68	91	69	81	1,01	31	0,64
Malaysia	8	–	–	–	–	–	–	–	89	1,04	61	1,09
Malediven	5	2	13	6	54	89	84	70	96	–	70	0,88
Mali	164	54	89	18	5	20	66	26	47	0,86	25	0,74
Malta	11	–	–	4	–	–	–	–	98	–	95	1,03
Marokko	22	14	–	11	–	–	–	–	94	0,97	75	1,00
Martinique	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauretanien	90	37	64	–	25	63	79	44	72	1,08	39	1,12
Mauritius	21	–	–	–	–	–	–	–	97	1,03	78	1,12
Mexiko	51	21	–	10	–	–	–	–	92	1,03	72	1,07
Mikronesia	33	–	–	21	–	–	–	–	79	1,01	70	1,14
Moldau, Rep.	25	12	–	9	73	96	96	79	99	–	89	1,02
Mongolei	27	12	–	12	63	85	84	80	100	–	89	1,06
Montenegro	9	6	–	4	–	–	–	–	97	1,00	87	1,03
Mosambik	180	53	–	16	49	77	85	67	62	0,91	39	0,79
Myanmar	25	16	–	11	67	85	98	81	79	1,03	57	1,16
Namibia	64	7	–	16	71	91	83	93	99	–	84	0,94
Nepal	63	33	–	11	48	59	86	90	93	0,94	78	0,97
Neukaledonien	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	10	–	–	4	–	–	–	–	100	–	99	1,01
Nicaragua	104	35	–	6	–	–	–	–	88	1,03	64	1,08
Niederlande	2	–	–	5	–	–	–	–	98	1,01	96	1,02
Niger	132	76	2	13	7	21	77	35	28	0,88	13	0,78
Nigeria	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–

Überwachung 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. Genitalver- stümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entschei- dungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Entschei- dungsmacht von Frauen über eigene Gesundheits- versorgung, in %	Entschei- dungsmacht über Verhütung, in %	Entschei- dungsmacht über Geschlechts- verkehr, in %	Nettoein- schulungs- rate in der unteren Sekundar- stufe, in %	Geschlechter- paritätsindex, untere Sekundar- stufe	Nettoein- schulungs- rate in der höheren Sekundar- stufe, in %	Geschlechter- paritätsindex, höhere Sekundar- stufe
Land, Territorium oder Gebiet	2000–2021	2006–2022	2004–2021	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022
Nordmazedonien	16	8	–	4	88	99	99	90	–	–	–	–
Norwegen	2	0	–	4	–	–	–	–	100	–	92	1,00
Oman	7	4	–	–	–	–	–	–	96	1,04	90	–
Österreich	5	–	–	4	–	–	–	–	99	1,01	91	1,02
Pakistan	54	18	–	16	31	52	85	55	–	–	–	–
Palästina ¹	43	13	–	19	–	–	–	–	97	1,04	79	1,20
Panama	62	26	–	8	79	94	89	95	88	1,01	56	1,08
Papua-Neuguinea	68	27	–	31	57	86	84	76	72	0,90	45	0,80
Paraguay	52	22	–	6	–	–	–	–	90	0,90	70	1,05
Peru	34	14	–	11	–	–	–	–	97	–	96	–
Philippinen	35	17	–	6	80	96	94	87	88	1,05	78	1,13
Polen	8	–	–	3	–	–	–	–	98	1,00	98	0,99
Portugal	6	–	–	4	–	–	–	–	100	–	99	–
Puerto Rico	16	–	–	–	–	–	–	–	90	1,07	76	1,05
Réunion	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	31	7	–	24	61	83	95	76	97	–	61	1,06
Rumänien	35	–	–	7	–	–	–	–	89	0,99	79	1,03
Russland	16	6	–	–	–	–	–	–	100	–	98	1,01
Salomonen	78	21	–	28	–	–	–	–	–	–	60	0,98
Sambia	135	29	–	28	47	81	87	64	–	–	–	–
Samoa	55	7	–	18	–	–	–	–	98	–	84	1,12
San Marino	1	–	–	–	–	–	–	–	92	1,08	39	0,72
Sao Tome und Principe	86	28	–	18	46	69	78	79	90	1,06	83	1,03
Saudi-Arabien	8	–	–	–	–	–	–	–	99	0,98	99	1,00
Schweden	2	–	–	6	–	–	–	–	100	–	99	–
Schweiz	1	–	–	2	–	–	–	–	100	–	81	0,97
Senegal	71	31	25	12	6	27	81	18	59	1,06	36	0,93
Serbien	14	6	–	4	96	100	98	98	97	1,00	86	1,05
Seychellen	61	–	–	–	–	–	–	–	96	–	88	1,09
Sierra Leone	102	30	83	20	28	44	78	68	51	0,99	35	0,93
Simbabwe	108	34	–	18	60	87	93	72	78	–	39	–
Singapore	2	0	–	2	–	–	–	–	99	1,00	99	0,99
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	88	1,06	78	0,95
Slowakei	27	–	–	6	–	–	–	–	96	1,00	89	1,00
Slowenien	4	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	99	1,01
Somalia	116	45	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Spanien	5	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	–
Sri Lanka	17	10	–	4	–	–	–	–	100	1,00	84	1,06
St. Kitts und Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	99	–	89	0,96
St. Lucia	38	24	–	–	–	–	–	–	91	0,99	84	0,95
St. Vincent und die Grenadinen	55	–	–	–	–	–	–	–	96	1,05	84	1,01
Südafrika	41	4	–	13	61	94	85	72	89	1,02	82	1,03
Sudan	87	34	87	17	–	–	–	–	66	0,97	48	1,08
Südsudan	158	52	–	27	–	–	–	–	44	0,72	36	0,65
Suriname	49	36	–	8	–	–	–	–	85	1,09	62	1,15
Syrien	54	13	–	–	–	–	–	–	62	0,97	34	1,00
Tadschikistan	42	9	–	14	27	47	79	54	94	0,94	61	0,74
Tansania	139	31	10	24	47	66	89	76	28	1,05	14	0,76

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	2000–2021	2006–2022	2004–2021	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022	2010–2022
Thailand	27	20	–	9	–	–	–	–	93	1,12	68	1,17
Timor-Leste	42	15	–	28	36	93	92	40	89	1,05	75	1,06
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0,93	46	0,76
Tonga	21	10	–	17	–	–	–	–	89	1,15	59	1,33
Trinidad und Tobago	36	11	–	8	–	–	–	–	–	–	74	1,02
Tschad	139	61	34	16	27	47	81	63	42	0,71	24	0,55
Tschechien	9	–	–	4	–	–	–	–	100	–	95	1,00
Tunesien	4	1	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Türkei	15	15	–	12	–	–	–	–	98	0,99	82	0,98
Turkmenistan	27	6	–	–	59	85	90	70	–	–	–	–
Turks- und Caicosinseln	16	23	–	–	–	–	–	–	89	0,91	66	1,01
Tuvalu	40	2	–	20	–	–	–	–	76	1,00	43	1,34
Uganda	128	34	0	26	58	74	88	86	51	0,99	25	0,81
Ukraine	14	9	–	9	81	98	95	86	96	1,01	94	1,03
Ungarn	21	–	–	6	–	–	–	–	98	0,99	88	1,01
Uruguay	29	25	–	4	–	–	–	–	99	–	88	1,06
USA	15	–	–	6	–	–	–	–	100	–	97	1,00
Usbekistan	34	3	–	–	70	89	90	85	99	–	86	0,99
Vanuatu	81	21	–	29	–	–	–	–	75	1,04	44	1,14
Venezuela	81	–	–	9	–	–	–	–	86	1,02	77	1,12
Vereinigte Arabische Emirate	5	–	–	–	–	–	–	–	99	–	98	1,01
Vietnam	29	15	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Westsahara	29	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	184	61	22	21	–	–	–	–	48	0,68	19	0,59
Zypern	8	–	–	3	–	–	–	–	99	–	93	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 Heranwachsenden: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2023. Regionale Aggregate entstammen den World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

Ehen von unter 18-Jährigen: UNICEF, 2023. Regionale aggregierte Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten von UNICEF.

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Frauen, 15–49: UNICEF, 2023. Regionale aggregierte Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten von UNICEF.

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

Entscheidungsmacht sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte: UNFPA, 2023.

Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung: UNFPA, 2023.

Entscheidungsmacht über Verhütung: UNFPA, 2023.

Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr: UNFPA, 2023.

Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2023.

Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2023.

Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2023.

Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2023.

Demografische Indikatoren

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- VERÄNDERUNG	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, 2023	
Welt und regionale Daten	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	male	female
Welt	8.045	76	25	16	24	65	10	2,3	71	76
Stärker entwickelte Regionen	1.276	–	16	11	17	64	20	1,5	77	83
Weniger entwickelte Regionen	6.769	65	27	17	25	65	8	2,4	70	74
Am wenigsten entwickelte Länder	1.151	30	38	22	31	58	4	3,9	63	68
Regionale Daten										
Arabische Staaten	468	38	33	19	28	63	5	3,1	69	74
Asien und Pazifik	4.176	104	23	16	23	68	10	1,9	72	77
Lateinamerika und Karibik	661	92	23	16	24	68	9	1,8	73	79
Osteuropa und Zentralasien	248	64	24	15	21	66	11	2,1	71	78
Ost- und Südliches Afrika	671	28	41	23	32	56	3	4,2	61	66
West- und Zentralafrika	503	28	43	23	33	55	3	4,8	57	59
Land, Territorium oder Gebiet	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	male	female
Afghanistan	42,2	26	43	24	34	55	2	4,4	61	67
Ägypten	112,7	45	33	19	27	62	5	2,8	68	73
Albanien	2,8	–	16	12	19	67	17	1,4	76	81
Algerien	45,6	46	30	17	23	63	7	2,8	76	79
Angola	36,7	23	45	23	32	53	3	5,1	61	66
Antigua und Barbuda	0,1	126	18	13	21	71	11	1,6	77	82
Äquatorialguinea	1,7	30	38	21	28	59	3	4,1	60	64
Argentinien	45,8	111	23	16	23	65	12	1,9	75	81
Armenien	2,8	–	20	13	18	66	14	1,6	71	80
Aruba ¹	0,1	–	16	13	19	67	17	1,2	74	80
Aserbaidshan ²	10,4	138	23	16	22	69	8	1,7	71	76
Äthiopien	126,5	28	39	23	33	58	3	4,0	64	70
Australien ³	26,4	70	18	12	18	65	17	1,6	82	86
Bahamas	0,4	110	18	15	23	72	9	1,4	71	78
Bahrain	1,5	77	20	13	18	76	4	1,8	80	82
Bangladesch	173,0	68	26	18	28	68	6	1,9	72	76
Barbados	0,3	–	17	12	19	67	17	1,6	76	80
Belarus	9,5	–	17	11	16	66	18	1,5	70	80
Belgien	11,7	–	16	12	17	64	20	1,6	80	85
Belize	0,4	49	27	18	28	67	5	2,0	72	78
Benin	13,7	26	42	23	31	55	3	4,8	59	62
Bhutan	0,8	110	22	17	26	72	6	1,4	71	74
Bolivien	12,4	48	30	20	29	65	5	2,5	66	71
Bosnien und Herzegowina	3,2	–	15	10	16	67	19	1,3	74	78
Botswana	2,7	42	32	20	28	64	4	2,7	63	69
Brasilien	216,4	121	20	14	22	70	10	1,6	73	79
Brunei Darussalam	0,5	92	22	15	22	72	7	1,7	72	77
Bulgarien	6,7	–	14	10	14	64	22	1,6	70	76
Burkina Faso	23,3	28	43	24	33	54	3	4,6	59	62
Burundi	13,2	26	45	25	34	52	2	4,9	61	64
Cabo Verde	0,6	72	26	18	27	69	6	1,9	73	81
Chile	19,6	–	18	12	19	68	13	1,5	79	83
China ⁴	1.425,7	–	17	12	18	69	14	1,2	76	82
China, Hong Kong ⁵	7,5	–	12	8	12	67	21	0,8	83	89
China, Macau ⁶	0,7	54	15	8	13	71	14	1,1	83	88
Costa Rica	5,2	103	20	14	22	69	11	1,5	78	83
Côte d'Ivoire	28,9	28	41	24	33	56	2	4,3	59	61

Demografische Indikatoren

Land, Territorim oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- VERÄNDERUNG	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, 2023	
	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	male	female
Curaçao ¹	0,2	–	17	13	20	68	15	1,6	73	80
Dänemark ⁷	5,9	–	16	11	17	63	21	1,7	80	84
Deutschland	83,3	–	14	9	14	63	23	1,5	80	84
Dschibuti	1,1	50	30	20	29	65	5	2,7	61	66
Dominica	0,1	–	19	14	22	71	10	1,6	71	78
Dominikanische Republik	11,3	77	27	18	26	65	8	2,2	71	78
Ecuador	18,2	67	25	17	26	67	8	2,0	76	81
El Salvador	6,4	138	25	18	27	67	8	1,8	69	78
Eritrea	3,7	39	39	25	35	57	4	3,7	65	69
Estland	1,3	–	16	11	16	63	21	1,7	75	83
Eswatini	1,2	85	34	22	31	62	4	2,8	54	62
Fidschi	0,9	98	28	18	26	66	6	2,4	67	70
Finnland ⁸	5,5	–	15	11	17	61	24	1,4	80	85
Frankreich ⁹	64,8	–	17	12	18	61	22	1,8	80	86
Französisch-Guayana ¹⁰	0,3	28	32	19	27	62	6	3,4	75	80
Französisch-Polynesien ¹⁰	0,3	84	21	15	22	69	11	1,7	81	86
Gabun	2,4	35	36	20	29	60	4	3,4	64	69
Gambia	2,8	28	43	24	34	55	2	4,5	63	66
Georgien ¹¹	3,7	–	21	13	19	64	15	2,1	68	77
Ghana	34,1	36	37	22	31	60	4	3,5	62	67
Grenada	0,1	121	24	15	22	66	10	2,0	73	78
Griechenland	10,3	–	14	10	16	63	23	1,4	80	84
Großbritannien und Nordirland ¹²	67,7	–	17	12	18	63	19	1,6	81	84
Guadeloupe ¹⁰	0,4	–	18	13	21	62	21	2,0	80	86
Guam ¹³	0,2	103	26	17	25	62	12	2,5	75	82
Guatemala	18,1	49	32	21	31	63	5	2,3	67	73
Guinea	14,2	29	41	23	33	55	3	4,2	58	61
Guinea-Bissau	2,2	33	40	24	33	58	3	3,8	58	63
Guyana	0,8	95	28	18	27	65	6	2,3	66	73
Haiti	11,7	57	32	20	29	64	5	2,7	62	68
Honduras	10,6	44	30	20	30	66	4	2,3	71	76
Indien	1.428,6	75	25	18	26	68	7	2,0	71	74
Indonesien	277,5	84	25	17	25	68	7	2,1	69	73
Irak	45,5	31	37	22	32	59	3	3,4	70	74
Iran	89,2	94	23	14	21	69	8	1,7	74	80
Irland	5,1	106	19	14	20	65	15	1,8	81	85
Island	0,4	109	18	13	19	66	16	1,7	82	84
Israel	9,2	46	28	17	24	60	12	2,9	82	85
Italien	58,9	–	12	9	14	63	24	1,3	82	86
Jamaika	2,8	–	19	15	23	73	8	1,3	70	75
Japan	123,3	–	11	9	14	58	30	1,3	82	88
Jemen	34,4	32	39	23	32	58	3	3,6	61	68
Jordanien	11,3	–	32	20	29	65	4	2,7	73	77
Jungferninseln (USA) ¹⁴	0,1	–	19	13	17	60	21	2,1	71	82
Kambodscha	16,9	65	29	19	26	65	6	2,3	69	74
Kamerun	28,6	27	42	23	32	55	3	4,3	60	63
Kanada	38,8	82	15	11	17	65	20	1,5	81	85
Kasachstan	19,6	64	30	17	23	62	8	3,0	67	74
Katar	2,7	90	16	9	13	83	2	1,8	81	83
Kenia	55,1	35	37	24	33	60	3	3,2	61	66

Demografische Indikatoren

Land, Territorim oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- VERÄNDERUNG	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, 2023	
Land, Territorim oder Gebiet	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	male	female
Kirgisistan	6,7	45	34	19	27	61	5	2,9	67	76
Kiribati	0,1	41	36	20	29	60	4	3,2	66	70
Kolumbien	52,1	–	21	15	23	70	9	1,7	75	80
Komoren	0,9	38	38	21	30	58	4	3,8	63	67
Kongo	6,1	31	41	24	32	57	3	4,0	62	65
Kongo, Dem. Rep.	102,3	21	47	23	32	51	3	6,1	59	63
Korea	51,8	–	11	9	14	70	18	0,9	81	87
Korea, Dem. Volksrep.	26,2	–	19	12	19	69	12	1,8	71	76
Kroatien	4,0	–	14	10	15	63	23	1,4	77	82
Kuba	11,2	–	16	11	17	68	16	1,5	76	81
Kuwait	4,3	74	20	14	18	74	5	2,1	79	83
Laos	7,6	51	30	19	29	65	5	2,4	67	71
Lesotho	2,3	62	34	21	30	62	4	2,9	52	58
Lettland	1,8	–	15	10	15	62	22	1,6	72	80
Libanon	5,4	–	27	19	27	62	10	2,1	74	78
Liberia	5,4	32	40	24	34	57	3	4,0	61	63
Libyen	6,9	62	28	19	28	67	5	2,4	70	77
Litauen	2,7	–	15	10	15	63	21	1,6	72	81
Luxemburg	0,7	65	16	11	16	69	15	1,4	81	85
Madagaskar	30,3	29	39	23	32	58	3	3,7	64	69
Malawi	20,9	27	42	25	35	55	3	3,8	60	67
Malaysia ¹⁴	34,3	65	22	15	23	70	8	1,8	74	79
Maldeven	0,5	–	22	13	19	73	5	1,7	80	82
Mali	23,3	23	47	25	34	51	2	5,8	59	61
Malta	0,5	–	13	8	13	67	20	1,2	82	86
Marokko	37,8	70	26	17	25	66	8	2,3	73	77
Martinique ¹⁰	0,4	–	16	12	18	61	23	1,9	80	86
Mauretanien	4,9	26	41	24	33	56	3	4,3	64	67
Mauritius ¹⁵	1,3	–	16	13	20	71	13	1,4	73	79
Mexiko	128,5	94	24	17	25	67	9	1,8	72	78
Mikronesien	0,1	75	30	20	30	64	6	2,6	68	75
Moldau, Rep. ¹⁶	3,4	–	19	12	19	68	13	1,8	65	74
Mongolei	3,4	50	32	17	24	63	5	2,7	68	78
Montenegro	0,6	–	18	12	19	65	17	1,7	75	81
Mosambik	33,9	25	43	24	33	54	3	4,5	59	65
Myanmar	54,6	96	24	16	25	69	7	2,1	64	71
Namibia	2,6	47	36	21	29	60	4	3,2	56	63
Nepal	30,9	62	29	19	30	65	6	2,0	69	73
Neukaledonien ¹⁰	0,3	68	22	15	22	67	11	2,0	78	85
Neuseeland ¹⁷	5,2	85	19	13	19	65	17	1,8	81	85
Nicaragua	7,0	50	29	19	28	65	5	2,3	72	78
Niederlande ¹⁸	17,6	–	15	11	17	64	21	1,6	81	84
Niger	27,2	19	49	24	33	49	2	6,7	62	64
Nigeria	223,8	29	43	23	33	54	3	5,1	54	54
Nordmazedonien	2,1	–	16	11	18	69	15	1,4	73	77
Norwegen ¹⁹	5,5	95	16	12	18	65	19	1,5	82	85
Oman	4,6	46	27	14	20	70	3	2,5	77	81
Österreich	9,0	–	14	10	15	65	20	1,5	80	85
Pakistan	240,5	35	36	22	32	60	4	3,3	65	70
Palästina ²⁰	5,4	30	38	22	32	58	4	3,4	72	77

Demografische Indikatoren

Land, Territorim oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- VERÄNDERUNG	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, 2023	
	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	male	female
Panama	4,5	51	26	17	25	65	9	2,3	76	82
Papua-Neuguinea	10,3	38	34	21	30	63	3	3,1	64	69
Paraguay	6,9	55	29	18	27	65	6	2,4	71	77
Peru	34,4	72	26	17	25	66	9	2,1	75	79
Philippinen	117,3	46	30	19	28	64	6	2,7	70	74
Polen	41,0	–	15	10	16	67	19	1,5	75	82
Portugal	10,2	–	13	10	15	64	23	1,4	80	85
Puerto Rico ¹³	3,3	–	13	11	17	63	23	1,3	76	84
Réunion ¹⁰	1,0	89	22	15	23	64	14	2,2	80	86
Ruanda	14,1	31	38	23	32	59	3	3,7	65	69
Rumänien	19,9	–	16	11	17	66	18	1,7	72	79
Russland	144,4	–	18	12	16	66	16	1,5	70	79
Salomonen	0,7	32	39	22	31	58	3	3,9	69	73
Sambia	20,6	25	42	24	34	56	2	4,2	60	66
Samoa	0,2	48	37	22	30	57	5	3,8	70	76
San Marino	0,00	–	12	10	15	67	21	1,1	82	85
Sao Tomé und Príncipe	0,2	36	39	24	33	57	4	3,7	66	72
Saudi-Arabien	36,9	48	26	16	23	71	3	2,4	77	80
Schweden	10,6	118	17	12	17	62	20	1,7	82	85
Schweiz	8,8	110	15	10	15	65	20	1,5	83	86
Senegal	17,8	27	41	23	32	56	3	4,3	67	72
Serbien ²¹	7,1	–	15	10	15	65	20	1,5	72	78
Seychellen	0,1	120	23	14	21	69	8	2,3	71	79
Sierra Leone	8,8	33	39	23	33	58	3	3,8	59	62
Simbabwe	16,7	33	40	24	34	56	3	3,4	59	64
Singapur	6,0	108	12	8	14	72	16	1,0	82	86
Sint Maarten ¹	0,0	–	10	14	26	78	12	1,6	73	79
Slowakei	5,8	–	16	10	16	67	17	1,6	75	82
Slowenien	2,1	–	15	10	15	64	21	1,6	80	85
Somalia	18,1	23	47	24	33	50	3	6,1	55	59
Spanien ²²	47,5	–	13	10	16	66	21	1,3	81	87
Sri Lanka	21,9	–	22	16	24	66	12	2,0	73	80
St. Kitts und Nevis	0,0	–	19	13	21	70	11	1,5	69	76
St. Lucia	0,2	–	18	13	21	73	9	1,4	71	78
St. Vincent und die Grenadines	0,1	–	22	15	22	67	11	1,8	68	73
Südafrika	60,4	77	28	18	25	66	6	2,3	60	66
Sudan	48,1	27	41	22	31	56	4	4,3	64	69
Südsudan	11,1	42	43	27	37	54	3	4,3	55	58
Suriname	0,6	77	26	17	26	66	8	2,3	69	76
Syrien	23,2	14	30	25	36	66	5	2,7	69	76
Tadschikistan	10,1	37	36	20	29	60	4	3,1	69	74
Tansania ²³	67,4	24	43	23	33	54	3	4,6	65	70
Thailand	71,8	–	15	11	17	69	16	1,3	76	84
Timor-Leste	1,4	49	34	23	33	61	5	3,0	68	71
Togo	9,1	30	40	23	32	57	3	4,1	61	62
Tonga	0,1	82	34	22	31	60	6	3,2	69	74
Trinidad und Tobago	1,5	–	19	13	19	69	12	1,6	71	78
Tschad	18,3	23	47	24	33	51	2	6,1	52	55
Tschechien	10,5	–	16	11	15	63	21	1,7	77	83
Tunesien	12,5	79	25	15	21	66	9	2,0	74	80

Demografische Indikatoren

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- VERÄNDERUNG	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, 2023	
Land, Territorim oder Gebiet	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	male	female
Türkei	85,8	132	23	15	22	68	9	1,9	76	82
Turkmenistan	6,5	54	31	18	25	64	5	2,6	66	73
Turks- und Caicosinseln ²⁴	0,0	86	17	11	17	73	11	1,6	73	79
Tuvalu	0,0	99	32	19	27	62	7	3,1	61	70
Uganda	48,6	25	44	25	35	54	2	4,4	62	66
Ukraine ²⁵	36,7	19	15	11	13	64	20	1,3	68	78
Ungarn	10,2	–	14	10	16	66	20	1,6	74	80
Uruguay	3,4	–	19	14	21	65	16	1,5	74	82
USA ²⁶	340,0	129	18	13	19	65	18	1,7	77	82
Usbekistan	35,2	47	30	17	24	64	5	2,8	69	74
Vanuatu	0,3	30	39	22	30	57	4	3,7	68	73
Venezuela	28,8	35	27	19	27	64	9	2,2	69	77
Vereinigte Arabische Emirate	9,5	87	15	9	14	83	2	1,4	79	83
Vietnam	98,9	105	22	14	21	68	10	1,9	70	79
Westsahara	0,6	36	24	15	22	70	6	2,2	70	73
Zentralafrikanische Republik	5,7	24	48	27	37	50	3	5,8	53	58
Zypern ²⁷	1,3	103	16	10	16	69	15	1,3	80	84

ANMERKUNGEN

- Keine Daten verfügbar
- 1 Aus statistischen Gründen sind die Daten für die Niederlande nicht enthalten.
- 2 Einschließlich Bergkarabach
- 3 Einschließlich Weihnachtsinsel, Kokosinseln und Norfolkinsel
- 4 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für China Taiwan sowie die beiden chinesischen Sonderverwaltungsregionen Hongkong und Macau nicht enthalten.
- 5 Am 1. Juli 1997 wurde Hongkong eine Sonderverwaltungsregion Chinas. Aus statistischen Gründen werden die Daten dieser Region nicht den Daten für China hinzugerechnet.
- 6 Am 20. Dezember 1999 wurde Macau eine Sonderverwaltungsregion Chinas. Aus statistischen Gründen werden die Daten dieser Region nicht den Daten für China hinzugerechnet.
- 7 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für Dänemark nicht die Färöer-Inseln und Grönland enthalten.
- 8 Einschließlich der Ålandinseln
- 9 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für Frankreich nicht Französisch-Guayana, Französisch-Polynesien, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Neukaledonien, Réunion, St. Pierre und Miquelon, St. Barthélemy, St. Martin (französischer Teil) sowie die Wallis- und die Futuna-Inseln enthalten.
- 10 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten für Frankreich hinzugerechnet.
- 11 Einschließlich Abchasien und Südossetien
- 12 Bezieht sich auf das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland. Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für das Vereinigte Königreich nicht Anguilla, Bermuda, Britische Jungferninseln, Kaimaninseln, Kanalinseln, Falklandinseln (Malvinas), Gibraltar, Isle of Man, Montserrat, St. Helena und die Turks- und Caicosinseln.
- 13 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten für die USA hinzugerechnet.
- 14 Einschließlich Sabah und Sarawak
- 15 Einschließlich Agalega-Inseln, Rodrigues und St. Brandon
- 16 Einschließlich Transnistrien
- 17 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für Neuseeland nicht die Cook-Inseln, Niue oder Tokelau.
- 18 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für die Niederlande nicht Aruba, Bonaire, Sint Eustatius und Saba, Curaçao oder Sint Maarten (niederländischer Teil).
- 19 Einschließlich Spitzbergen und Jan Mayen-Inseln
- 20 Einschließlich Ost-Jerusalem
- 21 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für Serbien nicht den Kosovo (von den Vereinten Nationen verwaltetes Gebiet gemäß Sicherheitsratsresolution 1244).
- 22 Einschließlich Ceuta, Kanarische Inseln und Melilla
- 23 Einschließlich Sansibar
- 24 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten von Großbritannien hinzugerechnet.
- 25 Einschließlich der Krim
- 26 Aus statistischen Gründen umfassen die Daten für die USA nicht Amerikanisch-Samoa, Guam, die Nördlichen Marianen-Inseln, Puerto Rico und die Amerikanischen Jungferninseln.
- 27 Einschließlich Nordzypern

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 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

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

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

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

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

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

QUELLEN

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

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum: World Population Prospects: The 2022 revision. Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

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

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

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

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

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

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

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

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

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

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

Die statistischen Tabellen beruhen auf repräsentativen Haushaltsbefragungen, die für die jeweiligen Länder repräsentativ sind, wie zum Beispiel auf Demographic and Health Surveys (DHS) und Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), auf Schätzungen der Vereinten Nationen und auf interinstitutionellen Schätzungen. Sie berücksichtigen außerdem die neuesten Bevölkerungsschätzungen aus World Population Prospects: The 2022 Revision und der Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022 (Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen, Abteilung Bevölkerungsfragen). Die Daten werden durch Definitionen, Quellen und Anmerkungen ergänzt. Im Allgemeinen spiegeln die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2023 den Kenntnisstand vom Februar 2023 wider.

Überwachung der ICPD-Ziele

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Müttersterblichkeitsrate (MMR), Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten und MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere und obere Schwellenwerte. Die Schätzungen werden von der MMEIG (Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group) anhand von Daten aus Personenregistern, Haushaltserhebungen und Volkszählungen erstellt. Die Schätzungen und Methoden werden regelmäßig von der MMEIG und anderen Behörden und akademischen Einrichtungen überprüft und überarbeitet, um die Datenlage zur Müttersterblichkeit weiter zu verbessern. Die Schätzungen sollten nicht mit früheren Schätzungen verglichen werden.

Betreute Geburten: Prozentsatz an Geburten, die von geschultem medizinischem Personal (Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen oder Hebammen) durchgeführt werden; dieses Personal ist qualifiziert notwendige Überwachung, Betreuung, Pflege und Beratung von Frauen im Verlauf von Schwangerschaft, Wehen und Wochenbett durchzuführen, selbstständig Geburten anzuleiten und die Neugeborenen zu versorgen. Traditionelle Geburtshelfer*innen sind darin nicht erfasst, selbst dann nicht, wenn sie eine kurze Schulung erhalten haben.

Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung. Quelle: UNAIDS, 2021. Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung (SDG Indikator 3.3.1).

Kontrazeptive Prävalenz, alle Methoden: Modellbasierte Schätzungen basieren auf Daten, die aus Stichprobenuntersuchungen abgeleitet wurden. Prozentualer Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die gegenwärtig irgendeine Methode oder eine moderne Methode der Verhütung verwenden. Zu den modernen Methoden zählen die Sterilisation von Frau und Mann, das Intrauterinpeessar (IUP), Implantate, Injektionspräparate, orale Verhütungspillen, Kondome für Mann und Frau, vaginale Barrieremethoden (einschließlich Diaphragma, Portiokappe und spermizide Schäume, Gels, Cremes und Schwämme), die Laktationsamenorrhö-Methode (LAM), Notfallverhütung und andere moderne Methoden, die nicht separat erhoben werden (z. B. das Verhütungspflaster oder der Vaginalring).

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung (alle Methoden):

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

Anteil der gedeckten Nachfrage, alle modernen Methoden: Prävalenz moderner Verhütungsmethoden geteilt durch die Gesamtnachfrage nach Familienplanung. Die Gesamtnachfrage nach Familienplanung ist die Summe aus kontrazeptiver Prävalenz und dem ungedeckten Bedarf an Familienplanung.

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

Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex.

Quelle: WHO, 2021. Durchschnittliche Versorgung mit grundlegenden Diensten auf der Grundlage von Tracer-Interventionen, die reproduktive, Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit, Infektionskrankheiten, nicht übertragbare Krankheiten sowie Dienstleistungskapazität und -zugang in der allgemeinen und am stärksten benachteiligten Bevölkerung umfassen (SDG-Indikator 3.8.1).

Würde und Menschenrechte

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre.

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

Ehen von unter 18-Jährigen, in %

Quelle: UNICEF, 2021. Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von UNICEF-Daten berechnet. Anteil der 20- bis 24-jährigen Frauen, die bereits vor dem 18. Lebensjahr verheiratet oder in einer festen Partnerschaft liiert waren (SDG Indikator 5.3.1).

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

Quelle: UNICEF, 2021. Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von UNICEF-Daten berechnet. Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden. (SDG Indikator 5.3.2).

Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %

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

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

Quelle: UNFPA, 2023. Anteil verheirateter (oder liierter) Frauen (15 bis 49 Jahre), selbst über ihre Gesundheitsversorgung, die Nutzung von Verhütungsmitteln und Sex mit ihrem Partner entscheiden (SDG Indikator 5.6.1).

Entscheidungsmacht von Frauen über eigene Gesundheitsversorgung, in %

Quelle: UNFPA, 2023. Anteil verheirateter (oder liierter) Frauen (15 bis 49 Jahre), die über ihre Gesundheitsversorgung selbst entscheiden.

Entscheidungsmacht über Verhütung, in %

Quelle: UNFPA, 2023. Anteil verheirateter (oder liierter) Frauen (15 bis 49 Jahre), die über Verhütung selbst entscheiden.

Entscheidungsmacht über Geschlechtsverkehr, in %

Quelle: UNFPA, 2023. Anteil verheirateter (oder liierter) Frauen (15 bis 49 Jahre), die über Sex selbst entscheiden.

Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2022. Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2022. Verhältnis zwischen Mädchen u. Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der Sekundarstufe.

Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2022. Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer höheren Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS), 2022. Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe.

Demografische Indikatoren

Bevölkerung

Gesamtbevölkerung, in Millionen

Source: World Population Prospects: The 2022 revision.

Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2022.

Geschätzte Bevölkerung der jeweiligen Länder zur Jahresmitte.

Bevölkerungsveränderung

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.

World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022. Durchschnittliche exponentielle Wachstumsrate der Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum, basierend auf einer mittleren Variante der Prognose.

Zusammensetzung der Bevölkerung

Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %

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

Bevölkerung im Alter 10–19 Jahre, in %

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

Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %

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

Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %

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

Bevölkerung im Alter >65 Jahre, in %

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

Fertilität

Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau

Quelle: World Population Prospects: The 2022 revision.

Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2012. Durchschnittliche Anzahl der Kinder, die eine Frau im Laufe ihres Lebens bekäme, wenn sie das Ende ihrer Reproduktionsfähigkeit erleben würde und in jedem Alter so viele Kinder bekäme, wie es den bestehenden altersspezifischen Fertilitätsraten entspricht.

Lebenserwartung

Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren

Quelle: World Population Prospects: The 2022 revision.

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

Regionale Eingruppierung

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

Arabische Staaten

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

Asien und Pazifik

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

Osteuropa und Zentralasien

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

Osteuropa und Zentralasien

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

Ost- und Südliches Afrika

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

West- und Zentralafrika

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

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

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

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

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

Weitere Informationen: www.un.org/en/conferences/least-developed-countries

Anmerkungen zur YouGov Umfrage

1. Über den Prozess der YouGov Umfrage

Die Umfrage wurde von YouGov durchgeführt, einem internationalen Unternehmen für Online-Forschung und Datenanalyse, das über eines der weltweit größten Forschungsnetzwerke mit mehr als 22 Millionen registrierten Panelmitgliedern verfügt. Per E-Mail wurden die Mitglieder zur Teilnahme an einer Umfrage eingeladen. Die Auswahl wurde nach Stichprobendefinition und Quotenvorgewogen, in diesem Falle unter der erwachsenen Bevölkerung der untersuchten Länder. Die Antworten wurden entsprechend des Profils der Stichprobendefinition gewichtet. Das Profil wird in der Regel aus Zensusdaten oder, wenn diese nicht verfügbar sind, aus branchenüblichen Daten abgeleitet. Weitere Informationen zur Stichprobenauswahl: yougov.co.uk/about/panel-methodology/ und yougov.co.uk/about/panel-methodology/research-qs/.

YouGov ist bestrebt, repräsentative Informationen zur Verfügung zu stellen. Sämtliche Ergebnisse basieren auf Stichproben und können daher statistischen Fehlern unterliegen.

2. Auswahl der Stichprobe und Repräsentanz

Bei der Auswahl der Länder für die Stichprobe wurde darauf geachtet, dass diese eine Vielfalt an geografischen Regionen und demografischen Profilen aufweisen und einige davon zu den bevölkerungsreichsten Ländern der Welt zählen. Insgesamt repräsentieren diese acht Länder knapp ein Drittel der Weltbevölkerung. Details zur Stichprobe:

Ägypten: Die Stichprobe umfasste in Ägypten 1.003 Erwachsene. Die Erhebung fand zwischen dem 9. und 16. Dezember 2022 statt. Die Umfrage wurde online durchgeführt. Die Analyse wurde gewichtet und ist repräsentativ für Erwachsene (mindestens 18 Jahre alt) im Internet in Ägypten.

Brasilien: Die Stichprobe umfasste in Brasilien 1.015 Erwachsene. Die Erhebung fand zwischen dem 5. und 14. Dezember 2022 statt. Die Umfrage wurde online durchgeführt. Die Analyse wurde gewichtet und ist repräsentativ für eine nationale städtische Stichprobe von Erwachsenen (mindestens 18 Jahre alt) in Brasilien.

Frankreich: Die Stichprobe umfasste in Frankreich 1.006 Erwachsene. Die Erhebung fand zwischen dem 5. und 15. Dezember 2022 statt. Die Umfrage wurde online durchgeführt. Die Analyse wurde gewichtet und ist repräsentativ für Erwachsene (mindestens 18 Jahre alt) im Internet in Frankreich.

Indien: Die Stichprobe umfasste in Indien 1.007 Erwachsene. Die Erhebung fand zwischen dem 6. und 8. Dezember 2022 statt. Die Umfrage wurde online durchgeführt. Die Analyse wurde gewichtet und ist repräsentativ für eine nationale städtische Stichprobe von Erwachsenen (mindestens 18 Jahre alt) in Indien.

Japan: Die Stichprobe umfasste in Japan 1.019 Erwachsene. Die Erhebung fand zwischen dem 7. und 15. Dezember 2022 statt. Die Umfrage wurde online durchgeführt. Die Analyse wurde gewichtet und ist repräsentativ für Erwachsene (mindestens 18 Jahre alt) in Japan nach Alter, Geschlecht, Region und Bildung.

Nigeria: Die Stichprobe umfasste in Nigeria 504 Erwachsene. Die Erhebung fand zwischen dem 6. und 8. Dezember 2022 statt. Die Umfrage wurde online durchgeführt. Die Analyse wurde gewichtet und ist online repräsentativ für Erwachsene (18 bis 50 Jahre) in Nigeria nach Alter und Geschlecht.

Ungarn: Die Stichprobe umfasste in Ungarn 1.013 Erwachsene. Die Erhebung fand zwischen dem 5. und 14. Dezember 2022 statt. Die Umfrage wurde online durchgeführt. Die Analyse wurde gewichtet und ist repräsentativ für Erwachsene (mindestens 18 Jahre alt) in Ungarn nach Alter, Geschlecht, Region und Bildung.

USA: Die Stichprobe umfasste in den USA 1.230 Erwachsene. Die Erhebung fand zwischen dem 6. und 7. Dezember 2022 statt. Die Umfrage wurde online durchgeführt. Die Analyse wurde gewichtet und ist repräsentativ für alle Erwachsenen (mindestens 18 Jahre alt) in den USA.

3. Befürchtungen im Hinblick auf die mögliche Bevölkerungsentwicklung

Um die Top 3 Befürchtungen im Hinblick auf die mögliche Bevölkerungsentwicklung zu identifizieren, sollen Befragte bis zu drei Befürchtungen angeben, die sie in Zusammenhang mit einer Veränderung der Bevölkerungsgröße ihres eigenen Landes haben. Zur Auswahl standen: Einfluss auf die Umwelt, Einfluss auf bestimmte ethnische Gruppen, Verbreitung von Slums und Zersiedelung, Bevölkerungsrückgang (in ländlichen Gebieten oder allgemein), Arbeitskräftemangel, größerer Wettbewerb um Arbeitsplätze, Gehaltsveränderungen, Menschenrechtsverletzungen, Gesetze bezüglich der Familiengröße oder Kinderzahl, Gesetze zu Schwangerschaftsabbrüchen und Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit, Auswirkungen auf öffentliche Dienstleistungen, höhere Lebenshaltungskosten, Nahrungsmittelknappheit, Konflikte und Spannungen zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb des Landes, Konflikt und Spannungen zwischen Ländern, Rassismus, Ungleichbehandlung, große Katastrophen (z. B. Pandemien), Beeinflussung der traditionellen Kultur im Land, andere, nichts davon und weiß nicht.

Die Antworten wurden von den Autor*innen dann in Kategorien unterteilt: Wirtschaft; Umwelt; Politik bezüglich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Menschenrechte; Kultur, ethnische Zugehörigkeit, Rassismus; Konflikte und Spannungen; Slums und Zersiedelung; Bevölkerungsrückgang und andere/weiß nicht.

4. Ergänzende Informationen

Weitere Informationen zur YouGov Umfrage und der Auswertung stehen hier zur Verfügung: www.unfpa.org/swp2023/YouGovData

Anmerkungen zur Sekundäranalyse der Daten aus der „Inquiry Among Countries on Population and Development“

Antwortraten

Für die Sekundäranalyse wurden die aktuellsten Erhebungen verwendet. Die Antwortraten der Erhebungen variierten.

Die Erhebung von 2019 ergab Rückmeldung aus der folgenden Anzahl an Ländern zu den jeweiligen Fragen zur Politik: 103 Rückmeldungen zur Fertilitätspolitik; 106 Rückmeldungen zu Immigration auf legalem Wege; 101 Rückmeldungen zu Emigration ihrer Staatsbürger*innen; und 108 Rückmeldungen zu Migrant*innen die nicht auf offiziellem Weg ins Land gelangten.

Zur Erhebung von 2015 gab es Rückmeldungen aus 196 Ländern zur Fertilitäts-, Immigration- und Emigrationspolitik.

In den Analysen, für die beide Datensätze verwendet wurden, stammen rund 54 Prozent der Daten aus der Erhebung von 2019 und die übrigen 46 Prozent aus der Erhebung von 2015, da für diesen Anteil aus der Erhebung von 2019 keine Rückmeldung vorliegt.

Zur Erhebung von 2021 liegen Rückmeldungen aus 109 Ländern zu Fragen über reproduktive Gesundheit vor und von 88 Ländern zu Fragen über Migration, wobei die genaue Anzahl von Frage zu Frage variiert.

Aufwärtstrend bei Fertilitätspolitik

Langfristig betrachtet offenbaren die Rückmeldungen zur Erhebung, dass eine zunehmende Anzahl an Regierungen Politiken verfolgt, um die nationalen Fertilitätsraten zu beeinflussen. Der Anteil an Ländern, die keine Fertilitätspolitik verfolgen, wird geringer, während der Anteil, der die Fertilitätsrate steigern, beibehalten oder senken will, zugenommen hat. Versuchten die Länder früher vor allem, durch Kampagnen die Fertilitätsraten zu senken, gelten die politischen Bestrebungen in den letzten Jahrzehnten vor allem der Steigerung oder Beibehaltung der Fertilitätsraten. Aufgrund der hohen Nichtbeantwortungsrate bei der jüngsten Erhebung sind eindeutige Schlussfolgerungen über Veränderungen innerhalb des letzten halben Jahrzehnts eher unsicher, aber die längerfristigen Trends deuten auf eine stetige Ausweitung expliziter politischer Interventionen zur Fertilität hin.

Eine Fertilitätspolitik zu verfolgen ist nicht per se schlecht oder gut. Entscheidend ist, ob diese Politik die Rechte des*er Einzelnen fördert und schützt oder nicht. Letztlich macht das wachsende Interesse der Regierung an der Beeinflussung der Fertilität durch die Politik die Forderung nach einem auf Rechten basierenden Ansatz umso wichtiger und dringlicher.

In der Sekundäranalyse verwendete Indizes

Der Human Development Index verfolgt nationale Entwicklungsniveaus gemäß dieser drei Dimensionen: langes und gesundes Leben, Wissen und guter Lebensstandard. Zur Ermittlung der Werte werden die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt, erwartete und/oder durchschnittliche Anzahl an Schuljahren und das um die Kaufkraftparität bereinigte Bruttonationaleinkommen pro Kopf in 2017er US-Dollar herangezogen. Der Indexwert setzt sich aus dem geometrischen Mittel der normalisierten Indizes für jede der drei Dimensionen zusammen.

Der Human Freedom Index bewertet die Stellung eines Landes anhand von 82 Indikatoren für persönliche und wirtschaftliche Freiheit in den folgenden Bereichen: Rechtsstaatlichkeit; Beziehungen; Sicherheit; Größe der Regierung; Freizügigkeit; Rechtssystem und Eigentumsrechte; Religion; solides Geld; Vereinigungs- und Versammlungsfreiheit und Zivilgesellschaft; Freiheit des internationalen Handels; Meinungsäußerung und Information sowie Regulierung.

Anmerkung zu beabsichtigter Fertilität und erreichter Fertilität

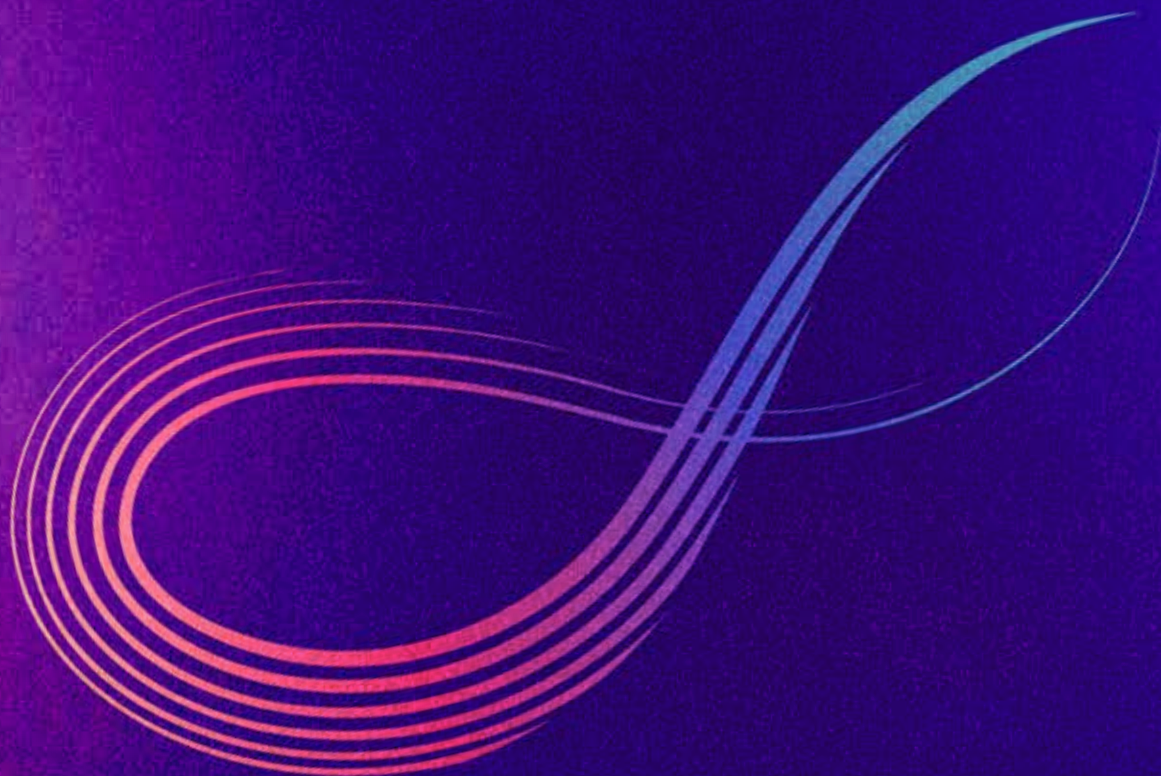
Während die Gesamtfertilität in Ländern, deren Fertilität über dem Bestandserhaltungsniveau ist, aktuell bei 3,2 Geburten pro Frau liegt, liegt die beabsichtigte Fertilität deutlich darunter. Wenngleich es keine repräsentativen Daten zur aktuellen beabsichtigten Fertilität gibt, bieten Daten aus dem Demographic and Health Survey (DHS) einen Anhaltspunkt. Das DHS bietet Messwerte, die 86 Prozent der aktuellen Weltbevölkerung in Ländern mit Fertilität über dem Bestandserhaltungsniveau repräsentieren. Viele der Messwerte stammen jedoch aus Erhebungen, die vor Jahrzehnten durchgeführt wurden, als sowohl die beabsichtigte als auch die erreichte Fertilität noch höher waren als heutzutage.

Das DHS berechnet beabsichtigte Fertilität in ähnlicher Weise wie die Gesamtfertilität, inkludiert jedoch nur Geburten, die zum Zeitpunkt der Empfängnis unter der Anzahl an Kindern lagen, die von der befragten Person als ideal angegeben wurde (dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/Wanted_Fertility.htm). Obwohl es sich hierbei um einen äußerst unvollkommenen Messwert für die beabsichtigte Fertilität handelt – und viele Erhebungen veraltet sind – zeigt es dennoch, dass die beabsichtigte Fertilität in der großen Mehrheit der Länder, für die Daten vorliegen, insbesondere in den letzten Jahren deutlich niedriger war als die Gesamtfruchtbarkeit.

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
Übersetzung:	Marion Schweizer (Textpraxis, Hamburg), Isabel Meyke (Berlin)
Koordination/Verantwortlichkeit:	Nicole Langenbach (DSW)
Redaktion:	Uwe Kerkow, Nicole Langenbach und Marei Hückelheim (DSW)
Gestaltung/Satz:	grafik.design, Simone Schmidt (Hannover)
Herausgeber des Berichts:	© UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen — 19. April 2023 Dieser Bericht entstand unter Federführung der Abteilung für Kommunikation und strategische Partnerschaften bei UNFPA
Chefredaktion:	Ian McFarlane
Redaktionsteam:	Redaktionsleitung: Rebecca Zerzan Produktionsredaktion/Creative Director: Katie Black, Katie Madonia Autor*innen Exkurse: Leyla Alyanak, Janet Jensen, Richard Kollodge Redaktion Exkurse: Richard Kollodge Management der digitalen Ausgabe: Katie Black Beratung für die digitale Ausgabe: Enes Champo Faktenprüfung: Ines Finchelstein Redaktionelle Unterstützung und Beratung: Jacqueline Daldin, Tara Jayaram, Lisa Ratcliffe, Catherine Trautwein
Technische Beratung UNFPA:	Alanna Armitage, Satvika Chalasani, Jens-Hagen Eschenbaecher, Michael Herrmann, Sandile Simelane, Rachel Snow
Leitende Forschungsberaterin:	Silvia E. Giorguli
Externe Forscher*innen und Autor*innen:	Daniel Baker, Nikolai Botev, Ann Garbett, Stuart Gietel-Basten, Gretchen Luchsinger, Rishita Nandagiri, Rebecca Sear, Tomas Sobotka
Kunst und Gestaltung:	Cecilie Waagner Falkenstrøm vom ARTificial Mind Studio
Anmerkung zur Kunst:	Die Illustrationen wurden von der preisgekrönten Künstlerin und Gründerin des Kunst-Tech-Studios ARTificial Mind, Cecilie Waagner Falkenstrøm, geschaffen. Cecilies Kunst verbindet künstliche Intelligenz, maschinelles Lernen und andere Spitzentechnologien, um Reflexionen über unseren Umgang mit Technologie anzuregen. Ihre Werk repräsentiert die Kernthemen des diesjährigen Berichts: die Gefahren und Verheißungen einer nicht allzu fernen Zukunft, die Ängste, die sich aus diesen Unbekannten ergeben, und die unendlichen Möglichkeiten, die in Reichweite liegen, wenn Rechte und freie Entscheidungen für alle gewährleistet sind. Mit der Möglichkeit, die Kluft zwischen dem Realen und dem Imaginären zu überbrücken, spiegeln ihre Bilder die Ängste und Möglichkeiten wider, die die Zukunft bereithält, und unterstreichen, dass wir sie mitgestalten können.
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.

Veröffentlichung, Produktion und Webdesign: Prographics, Inc.



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
🐦 @dsw_de