

GEGEN MEINEN WILLEN

PRAKTIKEN **BEEENDEN**,
DIE FRAUEN UND MÄDCHEN
SCHADEN UND GLEICHSTELLUNG
VERHINDERN



Deutsche Kurzfassung



WELTBEVÖLKERUNGSBERICHT 2020

UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

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

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

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

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

Mehr Informationen unter www.dsw.org

UNFPA

Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle

GEGEN MEINEN WILLEN

PRAKTIKEN **BEEENDEN**,
DIE FRAUEN UND MÄDCHEN
SCHADEN UND GLEICHSTELLUNG
VERHINDERN

Zwar können

**SCHÄDLICHE
PRAKTIKEN**

sehr unterschiedlich sein,

doch **VERLETZEN** sie

alle die **RECHTE** von

Frauen und Mädchen.

INHALT

GEZWUNGEN, ABGELEHNT, BESCHNITTEN

Schädliche Praktiken - eine stille Krise

SEITE 6

VERWEIGERT, ENTZOGEN, VERLETZT

Schädliche Praktiken und Menschenrechte

SEITE 12

UNERWÜNSCHT, VERNACHLÄSSIGT, BESEITIGT

Eine Präferenz für Söhne verletzt viele Rechte

SEITE 26

GESCHNITTEN, GESCHABT, GENÄHT

Weibliche Genitalverstümmelung: gesellschaftlich legitimierte geschlechtsspezifische Gewalt

SEITE 36

VERSprochen, WEGGEGEBEN, GEHANDELT, VERKAUFT

Tag für Tag verbauen Frühverheiratungen die Chancen von 33.000 Mädchen

SEITE 50

AUFBEGEHREN

Handlungen für eine Welt ohne schädliche Praktiken

SEITE 64

AKTIV WERDEN und Schädigungen BEENDEN

Jeden Tag werden mehrere Zehntausend Mädchen ihrer Gesundheit, ihrer Rechte und ihrer Zukunft beraubt. Manche werden Opfer weiblicher Genitalverstümmelung, andere werden im Kindesalter zwangsverheiratet, wieder andere werden vernachlässigt oder mangelernährt, nur weil sie Mädchen sind.

Viele Eltern, die ihre Kinder schädlichen Praktiken aussetzen, tun das vielleicht in guter Absicht. Irrtümlicherweise nehmen sie es hin, dass die weibliche Genitalverstümmelung in einem sozialen Umfeld, in dem diese Praxis weit verbreitet ist, nun mal dazugehört, wenn man akzeptiert werden will. Sie glauben, die Zukunft eines Kindes zu sichern, wenn sie es früh verheiraten. Manchen ist nicht klar, welche Gefahren für die physische und psychische Gesundheit damit verbunden sind. Doch wenn Mädchen wegen einer Zwangsheirat die Schule verlassen und sich von ihren Freundinnen trennen müssen, oder wenn sie ihr ganzes Leben lang unter gesundheitlichen Problemen leiden, weil sie wegen eines schädlichen Initiationsritus verstümmelt wurden, dann sind gute Absichten kein stichhaltiges Argument.

Bei der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) im Jahr 1994 bekannten sich die Regierungen der Welt zu universeller sexueller und reproduktiver Gesundheit und forderten

entschieden die Beseitigung schädlicher Praktiken. Im Jahr darauf erklärten die Regierungen anlässlich der Vierten Weltfrauenkonferenz erneut, dass schädliche Praktiken enden müssen.

Zwar konnte die Verbreitung einiger schädlicher Praktiken gebremst werden, doch in Wirklichkeit nimmt die Zahl der Mädchen, denen Schaden zugefügt wird, aufgrund des Bevölkerungswachstums zu. Es liegt auf der Hand, dass Versprechen und Resolutionen nicht ausreichen, um schädliche Praktiken ein für allemal zu beseitigen. Jetzt brauchen wir echte Veränderungen und greifbare Ergebnisse.

Bei der Weltbevölkerungskonferenz in Nairobi (ICPD25) im vergangenen Jahr gingen die Delegationen von Regierungen, Basisorganisationen, Entwicklungsträgern und der Privatwirtschaft über Versprechen und Resolutionen hinaus. Sie verpflichteten sich, den ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln aufzustocken, die vermeidbare

Müttersterblichkeit zu beenden sowie geschlechtsspezifische Gewalt und schädliche Praktiken zu beseitigen.

In diesem Jahr beginnt die „Dekade des Handelns“, um die Ziele für nachhaltige Entwicklung bis 2030 zu erreichen, einschließlich der Zielvorgabe 5.3 über die Beseitigung schädlicher Praktiken. Jetzt ist die Zeit für ein entschlosseneres Eingreifen gekommen, um unser Ziel zu erreichen und die Millionen Frauen und Mädchen zu schützen, deren körperliche Integrität gefährdet ist. Wir müssen schneller vorankommen.

Die Regierenden müssen ihrer Verpflichtung nachkommen, Mädchen und Frauen vor Schaden zu bewahren. In verschiedenen Menschenrechtsabkommen, wie etwa dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes, werden die Vertragsstaaten angewiesen, „alle wirksamen und geeigneten Maßnahmen [zu ergreifen], um überlieferte Bräuche, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind, abzuschaffen.“

Vielleicht ist das schwierig, aber ich habe keinen Zweifel, dass es möglich ist. Einige schädliche Praktiken haben zwar Jahrhunderte überdauert. Doch das wird – und muss – sich ändern. Der erste Schritt zur Veränderung von Einstellungen und gesellschaftlichen Normen ist die Aufklärung der Eltern über die Folgen schädlicher Praktiken für ihre Töchter und darüber, wie Familien und Gemeinschaften profitieren, wenn Mädchen gesund sind und ihre Rechte respektiert werden. Wir wissen, dass Maßnahmen zur Gleichstellung von Frauen, Männern, Mädchen und Jungen in allen Lebensbereichen helfen können, überkommene schädliche Traditionen zu

verändern. Wir wissen, dass die Abschaffung patrilinearer Eigentums- und Vererbungssysteme dazu beitragen kann, die Frühverheiratung abzuschaffen. Wir wissen, was funktioniert.

Und heute wissen wir auch, was es kosten würde, die beiden häufigsten schädlichen Praktiken, nämlich die weibliche Genitalverstümmelung und die Frühverheiratung, zu beseitigen: von 2020 bis 2030 müssen durchschnittlich 3,4 Milliarden US-Dollar pro Jahr klug eingesetzt werden, um das Leid von schätzungsweise 84 Millionen Mädchen zu beenden.

Mit Wissen ausgestattet, mit internationalen Menschenrechtsabkommen im Rücken und durch neue Verpflichtungen von Regierungen und Zivilgesellschaft ermutigt, sind wir stark genug, um den Unheil bringenden Kräften entgegenzutreten und eine Welt zu verwirklichen, in der jede Frau und jedes Mädchen ihre persönliche Zukunft frei gestalten kann.

Zu Beginn des Jahres 2020 steht die Welt vor einer beispiellosen Pandemie. COVID-19 grassiert auf dem ganzen Erdball, fordert Menschenleben und richtet verheerende gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Schäden an. Auch in dieser schlimmen Zeit wird UNFPA in den Ländern und Gemeinschaften, in denen wir tätig sind, die Gesundheit und Rechte von Frauen und Mädchen schützen.

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

GEZWUNGEN

ABGELEHNT

BESCHNITTEN

**Schädliche
Praktiken —
eine STILLE KRISE**

STILLE
DROHUNG



Sie sind Waren, die gehandelt werden.

Sie sind Objekte der Lust.

Eine Bürde, der man sich entledigt.

Eine Quelle unbezahlter Arbeit.

SIE sind MÄDCHEN.

Was bedeutet, dass sie, ungeachtet ihrer angeborenen und unveräußerlichen Menschenrechte, nicht selbst über ihren Körper, ihr Leben und ihre Zukunft bestimmen können.

Wir leben in einer Welt, in der nach wie vor zu viele Dimensionen von Macht und Wahlmöglichkeiten vom Geschlecht bestimmt werden. Die meisten Frauen und Mädchen sind auf dem Weg zur Gleichstellung mit diskriminierenden Barrieren konfrontiert, wobei schädliche Praktiken mit zu den heimtückischsten Ursachen und Folgen geschlechtsspezifischer Diskriminierung gehören.

Obwohl derartige Praktiken ganz unmittelbare und häufig irreversible Schäden verursachen, werden sie unter Umständen als normal, wenn nicht sogar nützlich akzeptiert. In vielen Fällen schreiben sie den Körpern von weiblichen Kleinkindern und Mädchen schon früh im Leben Machtlosigkeit und Ungleichheit zu. Ihr gesamtes Leben hindurch kann das ihre Aussichten auf Bildung, auf sichere Geburten, auf einen menschenwürdigen Lebensunterhalt verbauen und sie daran hindern, ihre Rechte einzufordern.

Kinder-, Früh- und Zwangsehen und weibliche Genitalverstümmelung gehören zu den hervorstechendsten schädlichen Praktiken. In vielen unterschiedlichen Formen sind schädliche Praktiken gegen Mädchen und Frauen weithin und in allen Regionen der Welt verbreitet. Kein Land kann behaupten, gänzlich frei davon zu sein.

Alle schädlichen Praktiken bis 2030 in allen Ländern und Gemeinschaften zu beseitigen – ein erklärtes Anliegen von UNFPA und ein Schlüsselziel der Agenda für Nachhaltige Entwicklung –, verlangt rasche Veränderungen im Denken der Menschen.

Die Hinweise mehren sich, dass viele Mädchen der jüngeren Generation sich ihrer Rechte bewusster sind und schädliche Praktiken mehr denn je zurückweisen. Weltweit besteht seit langem die Übereinkunft, diese Praktiken zu beseitigen, und auch Männer und Jungen stellen die Ungleichheit der Geschlechter zunehmend in Frage.

Ein Verstoß gegen Rechte

Die Bandbreite schädlicher Praktiken gegen Frauen und Mädchen ist groß. Dieser Bericht konzentriert sich auf drei schädliche Praktiken, die besonders eng mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und den damit zusammenhängenden Rechten

verknüpft sind – weibliche Genitalverstümmelung, Kinderehen und die Präferenz von Söhnen.

Zur „Erklärung“ dieser Praktiken werden häufig Tradition, Religion oder Kultur bemüht, und auf den ersten Blick können manche davon auch gut gemeint erscheinen. Doch unterm Strich steht hinter allen schädlichen Praktiken die Überzeugung, dass die Rechte und das Wohlergehen von Frauen und Mädchen weniger zählen als von Männern und Jungen. Mit der Folge, dass Frauen und Mädchen weniger Wahlmöglichkeiten offenstehen und Entscheidungen für sie getroffen werden, die sie unter die sexuelle, rechtliche und wirtschaftliche Kontrolle von Männern bringen.

Eine ganze Reihe von internationalen Menschenrechtsverträgen und anderen Abkommen verpflichtet Staaten, aktiv auf die Beseitigung von schädlichen Praktiken hinzuwirken. So schreibt das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau vor, alle angemessenen Maßnahmen zur Beseitigung von Vorurteilen und Praktiken auf der Grundlage von Geschlechterdiskriminierung zu ergreifen. Das Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung von 1994 prangert die weibliche Genitalverstümmelung explizit als Menschenrechtsverletzung an, die verboten werden muss.

Die Staaten sind verpflichtet, schädliche Praktiken zu unterbinden – ganz unabhängig davon, wer sie ausführt, ob Familienmitglieder, religiöse Gemeinschaften, Gesundheitsdienstleister, private Unternehmen oder staatliche Einrichtungen. In vielen Fällen ist dazu mehr als ein bloßes gesetzliches Verbot nötig, auch wenn das ein unerlässlicher Schritt ist. Soll Geschlechtergleichheit erreicht werden, verlangt das eine Reihe von Schritten, die Mädchen und Frauen wirksam vor Schädigungen schützen.

Ein gemischtes Bild des Fortschritts

Einige schädliche Praktiken, denen in den vergangenen Jahren systematisch Aufmerksamkeit geschenkt wurde, nehmen dort ab, wo sie besonders weit verbreitet waren. Ungeachtet großer Fortschritte beim gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsversorgung und Bildung, bestehen rund um den Globus nach wie vor akute Diskriminierung und Marginalisierung von Frauen und Mädchen fort.

In 57 Ländern sind nur 55 Prozent der Frauen im Alter von 14 bis 49, die verheiratet sind oder in einer festen Partnerschaft leben, in der Lage, selbst über ihre sexuellen Beziehungen und die Nutzung von Verhütungsmitteln und Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit zu entscheiden. Die globale Gender-Kluft insgesamt zu überwinden, könnte nahezu ein Jahrhundert dauern und bis die

Kluft der Geschlechter im Hinblick auf die wirtschaftliche Gleichstellung geschlossen ist, könnten sogar über 250 Jahre vergehen.

Die geschlechtsspezifische Diskriminierung spielt sich vor dem Hintergrund weltweit zunehmender Ungleichheiten und stetig verschärfter Ausgrenzung ab. Diese Ungleichheiten werden durch die vorherrschenden Wirtschaftsmodelle festgeschrieben und schüren soziale Spaltungen und Spannungen. Sie zementieren und verschärfen die Diskriminierung von Frauen und Mädchen, während zugleich eine gezielte Offensive gegen die Gleichstellung der Geschlechter an Boden gewinnt. Im Zuge von Sparmaßnahmen drohen Kürzungen der öffentlichen Mittel für Gesundheits- und andere Dienstleistungen, auf die arme Gemeinschaften und insbesondere Frauen mit niedrigem Einkommen angewiesen sind. Schon 2021 werden etwa 5,8 Milliarden

Street Art Foto, mit freundlicher Genehmigung von Daniel Quesada-Robolledo, Horizons of Friendship, Tegucigalpa, Honduras.



Menschen in Ländern leben, die von Sparplänen betroffen sind, darunter fast 2,9 Milliarden Frauen und Mädchen, fast drei Viertel der weiblichen Weltbevölkerung.

Eine Kaskade von Schädigungen

Eine schädliche Praxis kann als ein einmaliges Ereignis beginnen. Einem Mädchen werden die Beine auseinandergezwungen und Teile ihrer Genitalien abgetrennt. Eine in hübsche Kleider gehüllte Kinderbraut betet mit tonloser Stimme ihr Eheversprechen herunter. Doch auf diesen einen Moment folgen unzählige weitere, und aus einer schädlichen Praxis entspringt eine ganze Kaskade von Schädigungen.

Mädchen und Frauen, denen beigebracht wird, dass ihr Körper in erster Linie dafür da ist, Männern Lust zu bereiten oder von ihnen kontrolliert zu werden, fehlt eher das Wissen um ihre Rechte. Und diese Rechte werden auf breiter Front verletzt, darunter die Rechte auf Gleichstellung und Nichtdiskriminierung, auf Sicherheit und Entscheidungsfreiheit. Genauso aber können ihnen die Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit verweigert werden, auf Bildung und auf ihre Chancen, sich im Beruf und im Leben zu entfalten.

Mädchen, die einer Genitalverstümmelung unterzogen werden, leiden zuerst unter großen Schmerzen, dem Risiko von Blutungen, Infektionen und sogar Tod. Später haben sie unter Umständen mit Entzündungen des Reproduktionstrakts, chronischen Rückenschmerzen, schmerzhaftem Geschlechtsverkehr, dem Verlust sexueller Lust sowie Komplikationen bei der Geburt zu kämpfen. Darüber hinaus sind sie auch einer höheren Gefahr für psychische Erkrankungen einschließlich post-traumatischer Belastungsstörungen ausgesetzt.

Mädchen, die zu einer frühen Heirat gezwungen werden, brechen in vielen Fällen die Schule ab, was ihre Aussichten auf ein späteres Einkommen und Autonomie schmälert. Oftmals fühlen sie sich sozial isoliert und neigen zu Depressionen. Und sie sind einem höheren Risiko ausgesetzt, schwanger zu werden, ob sie wollen oder nicht, und zwar oft bevor ihr Körper dazu bereit ist. Das kann wiederum eine Vielzahl von Risiken und Folgen für sie und die Neugeborenen nach sich ziehen.

Die Präferenz für Söhne kann sich schon vor der Geburt in Form von pränataler Geschlechterselektion manifestieren oder sich danach in kürzerer Stillzeiten, schlechterer Ernährung, unzureichender

Wandmalerei von Fidel Évora im Largo Intendente, Lissabon, zur Bewusstseinsklärung gegenüber weiblicher Genitalverstümmelung. © CML | DPC | José Vicente 2014



Schulbildung und weniger Impfungen für Mädchen niederschlagen. Die Folge ist, dass sie später im Hinblick auf Bildung, Chancen am Arbeitsmarkt, politische Rechte und familiären Status weniger gut gerüstet sind.

Schädliche Praktiken haben auch im größeren Rahmen weitreichende Auswirkungen. Frühverheiratungen etwa stehen in engem Zusammenhang mit einer höheren Fruchtbarkeitsrate und der Fortdauer von Armut über Generationen hinweg. Die Bevorzugung von Söhnen hat vielerorts zu einem groben Missverhältnis in der Anzahl von Männern und Frauen geführt, und zwar in einem solchen Maße, dass viele Männer Gefahr laufen, keine Partnerin finden und keine Familie gründen zu können. Das wiederum kann das Risiko von Gewalt gegen Frauen erhöhen, den Menschenhandel antreiben und Frauen anfälliger für andere Formen von Diskriminierung und Unterdrückung machen.

Schädliche Praktiken beenden

Die Gleichbehandlung der Geschlechter ist ein vereinbartes globales Ziel im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, die explizit zur Beendigung aller Formen von Diskriminierung, Gewalt und schädlichen Praktiken gegen Frauen und Mädchen überall auf der Welt aufruft. 2019 haben sich die Teilnehmer*innen des ICPD25-Gipfels von Nairobi auf eine Null-Toleranz für schädliche Praktiken verpflichtet. 2020 hat der 25. Jahrestag der Vierten Weltfrauenkonferenz 1995 dem weltweiten Streben nach Gleichstellung der Geschlechter und der Stärkung der Rolle der Frau neuen Schwung verliehen.

Schädliche Praktiken stellen eine stille Krise dar und sind Teil weit verbreiteter und andauernder Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Weltweit wird jede dritte Frau irgendwann im Laufe ihres Lebens körperlich oder sexuell missbraucht. Trotz ständiger

Verbesserung der Gesetze und Initiativen sind viele Formen dieser Gewalt noch immer nicht sichtbar, nicht verstanden und werden nicht als Problem akzeptiert. Trends wie die „Medikalisierung“ der weiblichen Genitalverstümmelung, bei der geschultes medizinisches Personal den Eingriff durchführt, Fälle, in denen Kinderbräute über soziale Medien „verkauft“ werden, und der Einsatz von Technologien der reproduktiven Gesundheit, um diskriminierende Präferenzen für Söhne zu ermöglichen, sind besorgniserregende Anzeichen dafür, wie schädliche Praktiken in die moderne Welt übertragen werden.

Anlass zur Hoffnung gibt der Wandel der öffentlichen Meinung. In Ländern, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen sind, vertreten sieben von zehn Mädchen und Frauen die Ansicht, dass diese Praxis beendet werden sollte. Und dieser Widerstand könnte weiter zunehmen, da der Anteil heranwachsender Mädchen, die Genitalverstümmelung ablehnen, um mindestens 50 Prozent höher liegt als bei älteren Frauen.

Traditionelle schädliche Praktiken tatsächlich zu beenden, verlangt jedoch wesentlich schnellere Fortschritte. Gemeinschaften müssen sich darauf verständigen, ihre Töchter zu schützen. Mädchen müssen in die Lage versetzt werden, in qualitativ hochwertigen Schulen zu bleiben, sich über ihre Rechte und Wahlmöglichkeiten zu informieren und frei über ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen. Die öffentlichen Dienste müssen die gleichberechtigte Aufteilung von unbezahlter Pflege und Hausarbeit unterstützen, um so die geschlechtsspezifische Diskriminierung in den Familien zu reduzieren. Die Wirtschaft muss jeder Frau die Möglichkeit bieten, sich ein menschenwürdiges Leben aufzubauen, das von Autonomie, Würde und Wahlmöglichkeiten geprägt ist.



Jeden Tag,
werden weltweit
hunderttausende
MÄDCHEN mit der
Kenntnis und dem
Einverständnis ihrer
Familien, ihrer
Freundinnen und
Freunde und ihres
sozialen Umfelds,
physisch oder
psychisch geschädigt.

Manchmal durch die
Verstümmelung ihrer Genitalien,
was häufig als Initiationsritus
an der Schwelle zwischen der
Kindheit und einem Leben als
erwachsene Frau rationalisiert
wird. Manchmal durch die
Weitergabe, den Verkauf oder
Tausch eines Mädchens gegen
Geld oder einen Wertgegenstand,
oft als „Ehe“ beschönigt.
Und manchmal kommt die
Schädigung eher schleichend
daher: als Bevorzugung der
Söhne vor den Töchtern, wodurch
negative Einstellungen über den
Wert von Frauen und Mädchen
in der Gesellschaft verfestigt
werden und die Benachteiligung
der Frauen fortgeschrieben wird.

All diese unterschiedlichen schädlichen Praktiken haben eines gemeinsam: Es handelt sich um Menschenrechtsverletzungen.

Im Laufe der Jahre hat sich die internationale Gemeinschaft darauf verständigt, dass einige schädliche Praktiken inakzeptabel sind und beendet werden müssen. Dennoch existieren diese Praktiken noch immer überall auf der Welt, selbst in Ländern, in denen sie gesetzlich verboten sind. Und das bedeutet, dass die Menschenrechtsverletzungen fortgesetzt werden.

Was bedeutet eine Schädigung wirklich?

Die schädliche Praxis – die eigentliche Handlung –, mit der einem Mädchen körperlicher Schaden zugefügt wird, verursacht Folgeschäden, weil dem Mädchen damit auch viele weitere Rechte verweigert werden. Die Auswirkungen ziehen sich durch die ganze Gesellschaft und verstärken genau jene geschlechterbezogenen Stereotype und die Ungleichheit, die diese Praxis überhaupt erst hervorgebracht haben.

In der internationalen Menschenrechtsarena deckt der Begriff Schädigung ein großes Spektrum und ein breites Bedeutungsfeld ab. Dabei geht es um mehr als eine körperliche, mentale oder emotionale Verletzung, die einem Menschen zugefügt wird. Es geht um mehr als eine wirtschaftliche Schädigung, die das Einkommen und die Ersparnisse schmälert. Und es geht um mehr als eine Rufschädigung, die das Ansehen einer Person in ihrem sozialen Umfeld beeinträchtigt. Derartige Schäden sind messbar, aber die Schädigung durch Frühverheiratung oder die Bevorzugung von Söhnen kann weit über das einzelne Mädchen hinausreichen und – mit einem Wort – unermesslich sein.

Die Vereinten Nationen sind der Auffassung, dass schädliche Praktiken häufig zur Folge – und zum Ziel – haben, dass die Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Frauen und Kinder beeinträchtigt oder vereitelt werden, wie es in einer Reihe von internationalen Übereinkommen und Erklärungen heißt.

Schädliche Praktiken haben negative Folgen für die Würde, die physische, psychosoziale und moralische Integrität und Entwicklung, die gesellschaftliche Teilhabe, die Gesundheit, die Bildung sowie für den wirtschaftlichen und sozialen Status von Mädchen. In diesem Bereich gibt es zwei wichtige Abkommen: das Übereinkommen über die Rechte des Kindes und das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau – bekannt als **Kinderrechtskonvention** und als **Frauenrechtskonvention**. Darin sind Beeinträchtigungen der Würde als Menschenrechtsverletzungen anerkannt, weil Frauen und Kinder durch diese Formen der Diskriminierung daran gehindert werden, in vollem Umfang an der Gesellschaft teilzuhaben oder ihr volles Potenzial zu entwickeln und auszuschöpfen.

Schädliche Praktiken erwachsen aus gesellschaftlichen Normen, die dazu dienen, die Dominanz von Männern und Jungen über Frauen und Mädchen aufrechtzuerhalten. Letztlich werden sie den Frauen und Kindern von Familienangehörigen, anderen Personen aus dem sozialen Umfeld oder der Gesellschaft insgesamt aufgezwungen – egal ob die Betroffenen damit einverstanden sind oder nicht. All diesen Praktiken liegt der Glaube an eine unveränderliche, kategorische Zweiteilung zugrunde, die Männer und Frauen, Jungen und Mädchen voneinander trennt und hierarchisch strukturierte gesellschaftliche Rollen und Erwartungen diktiert,

PRAKTIKEN

die gemäß internationalen Menschenrechtsabkommen als **schädlich** gelten

- Verbrechen, die im Namen der sogenannten Ehre begangen werden
- Beschuldigungen der Hexerei
- Binden, Brandmarken, das Beibringen von Narben oder Stammeszeichen
- Körpermodifikationen wie zum Beispiel Tellerlippen, Halsverlängerung
- Brustbügeln
- Brautgeld und mitgiftbezogene Gewalt
- Frühverheiratung
- Körperstrafen
- Weibliche Genitalverstümmelung (FGM)
- Geschlechtsselektion
- Inzest
- Kindestötung
- Nahrungsmitteltabus und traditionelle Geburtspraktiken
- Unterernährung oder das Mästen von Mädchen
- Steinigung
- Tabus oder Praktiken, durch die Frauen an der Selbstbestimmung über ihre Fertilität gehindert werden
- Gewaltsame Initiationsriten
- Jungfräulichkeitstests
- Diskriminierende Behandlung von und Gewalt gegen Witwen

denen zufolge Männern und Jungen ein höherer Wert und eine höhere Wertschätzung zugesprochen werden und Frauen und Mädchen demnach unter ihnen stehen.

Zu den Praktiken, die als Menschenrechtsverletzungen anerkannt sind, gehören die weibliche Genitalverstümmelung (FGM), die Verheiratung im Kindesalter und die Geschlechtsselektion. Die Präferenz für Söhne stellt zwar an und für sich keine Menschenrechtsverletzung dar, ist aber treibende Kraft von schädlichen Praktiken, welche die Menschenrechte verletzen, zum Beispiel der Geschlechtsselektion. Weitere Praktiken, die mit Nahrungs- oder Menstruationstabus zusammenhängen, geben den Menschenrechtsexpert*innen ebenfalls Anlass zur Sorge.

Alle geeigneten Maßnahmen

In der Frauenrechtskonvention und der Kinderrechtskonvention wird ausdrücklich auf schädliche Praktiken eingegangen und ausgeführt, wozu die Vertragsstaaten verpflichtet sind, um diese zu beseitigen.

Mit der Frauenrechtskonvention verpflichten sich die Staaten, „alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung aller bestehenden Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung der Frau darstellen“, und „alle geeigneten Maßnahmen [zu treffen] ..., um einen Wandel in den sozialen und kulturellen Verhaltensmustern von Mann und Frau zu bewirken, um so zur Beseitigung von Vorurteilen sowie von herkömmlichen und allen sonstigen auf der Vorstellung von der Unterlegenheit oder Überlegenheit des einen oder anderen Geschlechts oder der stereotypen Rollenverteilung von Mann und Frau beruhenden Praktiken zu gelangen“.

In der Kinderrechtskonvention wird von den Vertragsstaaten gefordert, alle wirksamen und geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um überlieferte Bräuche, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind, abzuschaffen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Mit einer Ausnahme wurde die Kinderrechtskonvention von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen ratifiziert.

Die Gleichstellung der Geschlechter, das Recht auf Freiheit von Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und das Recht auf Gleichbehandlung sind in der Internationalen Menschenrechtscharta weithin als Menschenrechte anerkannt.

Der internationale Menschenrechtsrahmen

Gemäß dem Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau sollen die Vertragsstaaten:

- alle geeigneten Maßnahmen treffen, um einen Wandel in [solchen] sozialen und kulturellen Verhaltensmustern zu bewirken ...

Gemäß dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte sollen die Vertragsstaaten dem Sinn nach auch:

- sicherstellen, dass der Zugang zu vor- und nachgeburtlicher Betreuung und zur Familienplanung nicht durch schädliche soziale oder traditionelle Praktiken beeinträchtigt wird und
- verhindern, dass Frauen durch Dritte gezwungen werden, sich traditionellen Praktiken zu unterziehen.

Gemäß dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes sollen die Vertragsstaaten:

- Kinder vor jeglicher Form von körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung schützen, auch wenn diese von Eltern oder anderen Betreuungspersonen ausgeht.

Vertragsausschüsse haben die Staaten aufgefordert:

- wirksame soziale Maßnahmen zu ergreifen, um Normen zu verändern, die substanzielle Gleichstellung der Geschlechter zu unterstützen und die Rechte von Frauen und Mädchen zu fördern.
- alle ihnen zu Gebote stehenden – finanziellen, gesetzgeberischen, verwaltungstechnischen und politischen – Mittel selbstständig und in Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen, religiösen und gemeindenahen Gruppen einzusetzen, um schädliche Praktiken zu beseitigen.

Vertragsausschüsse haben die Vertragsstaaten außerdem aufgefordert, diesen Verpflichtungen durch ihre Gesetzgebung nachzukommen.

Die Regierungen sollen:

- Gesetze in Hinblick auf eine wirksame Beendigung schädlicher Praktiken anpassen oder verabschieden. Sie müssen außerdem sicherstellen, dass diese mit den einschlägigen Verpflichtungen der UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau und der UN-Kinderrechtskonvention einhergehen und den Kinderrechten und allen anderen internationalen Menschenrechtsstandards entsprechen.

Respektieren, schützen und verwirklichen

Unter menschenrechtlichen Verpflichtungen versteht man die Pflichten der Staaten, die Menschenrechte ihrer Einwohner*innen zu respektieren, zu schützen und zu verwirklichen. **Respektieren** bedeutet, dass sie Menschenrechte nicht direkt verletzen dürfen. **Schützen** bedeutet, dass sie Dritte

daran hindern müssen, Menschenrechte zu verletzen, und dass sie Verfahren zur Wiedergutmachung von Menschenrechtsverletzungen vorsehen müssen. Und **verwirklichen** bedeutet, dass die Staaten die notwendigen Informationen und Dienstleistungen bereitstellen müssen, um alle aufgeführten Ergebnisse zu erzielen.

Weil schädliche Praktiken häufig mit Gewalt gegen Mädchen und Frauen verbunden sind, sind die Regierungen verpflichtet, solche Handlungen zu verhindern, zu untersuchen und zu bestrafen, auch in Fällen, in denen die Gewalt von nichtstaatlichen Akteuren ausgeht, also beispielsweise von Familienangehörigen.

Nach Angaben von UN Women haben alle Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen einen Grundsatz in ihre Verfassung aufgenommen, der die Gleichstellung der Geschlechter und die Nichtdiskriminierung in bestimmten Bereichen garantiert, so zum Beispiel im Bereich der politischen Partizipation. 181 Verfassungen garantieren das Recht auf Gleichberechtigung in der Ehe und im Familienleben, 182 das Recht auf Gewaltfreiheit.

Gesetze reichen nicht aus

Es ist zwar notwendig, Gesetze zu verabschieden und Rechte in Verfassungen festzuschreiben, aber das reicht bei Weitem nicht aus, um gegen Frauen und Mädchen gerichtete schädliche Praktiken zu verhindern und zu beenden. So ist beispielsweise FGM in den meisten Ländern, in denen sie praktiziert wird, gesetzlich verboten, dennoch findet sie weiterhin statt. Wirksame Maßnahmen zur Verhinderung und Beseitigung schädlicher Praktiken müssen in eine klar formulierte, rechtebasierte und den lokalen Gegebenheiten angepasste ganzheitliche Strategie eingebettet sein. Diese Strategie sollte Gesetze, politische Konzepte und soziale Interventionen umfassen – verbunden mit

einem angemessenen politischen Engagement und einer entsprechenden Rechenschaftspflicht auf allen Ebenen.

Die Staaten sind demnach verpflichtet, Daten über die Häufigkeit und das Ausmaß schädlicher Praktiken zu sammeln, zu aktualisieren und zu verbreiten, unter Beteiligung betroffener Gemeinschaften „geeignete“ Gesetze und Verordnungen zu entwickeln und anzuwenden, Präventionsmaßnahmen zur Etablierung rechtbasierter sozialer und kultureller Normen umzusetzen und Frauen und Gemeinschaften durch Bildung und wirtschaftliche Chancen zu stärken. Zudem sollen Staaten die Menschen sensibilisieren, ihr Engagement dokumentieren und dafür sorgen, dass Frauen und Mädchen, die durch schädliche

Praktiken besonders gefährdet sind, Zugang zu schützenden Maßnahmen und Dienstleistungen erhalten.

Weibliche Genitalverstümmelung (FGM)

Abkommen

Die Liste der Menschenrechtsabkommen und anderer Vereinbarungen, in denen auf FGM eingegangen wird, ist lang. Dasselbe gilt für die Liste der Richtlinien zur Beseitigung dieser Praxis, die an staatliche und nichtstaatliche Akteure gerichtet sind. Menschenrechtsausschüsse beschreiben FGM als geschlechtsspezifische Praxis, die sich gezielt gegen Frauen und Mädchen richtet, und zwar in einer Art und Weise, dass deren Möglichkeiten, ihre Menschenrechte gleichermaßen in Anspruch

Wandmalerei von Andrea Fonseca Poder Femenino, Salamanca, Spanien 2018.



zu nehmen wie Männer, eingeschränkt werden. Damit werden ihre Rechte auf Nichtdiskriminierung und Gleichberechtigung verletzt.

Darüber hinaus ist diese Praxis ein Ausdruck diskriminierender und klischeebehafteter Überzeugungen über die weibliche Sexualität – dass nämlich Frauen und Mädchen vor ihr geschützt und der Kontrolle von Männern unterworfen werden müssten. Die Sonderberichterstatterin der Vereinten Nationen über Gewalt gegen Frauen, deren Gründe und Auswirkungen beschrieb FGM als Ergebnis patriarchaler Machtstrukturen, welche die Auffassung legitimieren, dass das Leben von Frauen kontrolliert werden müsse. Diese erwachse aus der klischeebehafteter Vorstellung, Frauen seien die obersten Hüterinnen der Sexualmoral, würden jedoch von unkontrollierten sexuellen Trieben beherrscht.

Bei einer FGM werden häufig Klitoris und Vulvalippen des Mädchens amputiert und deren Überbleibsel zusammengenäht, sodass Urin und Menstruationsblut nur noch durch eine kleine Öffnung abfließen können. Weil diese Praxis eine chirurgische Veränderung des Körpers darstellt, steht hier vor allem die Gesundheit des Mädchens auf dem Spiel. Als Komplikationen kann es zu Blutungen, Infektionen, Sepsis und Tod kommen. Häufige Folgen sind Depressionen sowie der langfristige Verlust des sexuellen Lustempfindens und der Sexualfunktion. Weitere Langzeitfolgen sind unter anderem Unfruchtbarkeit, Schmerzen, Narbenbildung, Harnwegserkrankungen, Beeinträchtigungen beim Entbinden und eine schlechte Verfassung von neugeborenen Kindern. Abkommen, in denen Gesundheitsrechte ausdrücklich angesprochen werden, sind der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, die Frauenrechtskonvention und die Kinderrechtskonvention.

Weil die körperliche Schädigung und die gesundheitlichen Folgen von FGM teilweise darauf zurückzuführen sind, dass die Operation unter unhygienischen Bedingungen durchgeführt wird, wenden sich manche Eltern an Ärzt*innen, Pflegepersonal oder Hebammen. Sie glauben, die Prozedur sei weniger schädlich, wenn sie „medikalisiert“, bzw. von medizinischen Fachkräften in einer sterilen Umgebung durchgeführt wird. Doch die Vertragsausschüsse der Vereinten Nationen und andere Organisationen, wie zum Beispiel die Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie zahlreiche nationale medizinische Fachverbände, haben eine Medikalisierung kategorisch zurückgewiesen, weil es niemals einen medizinischen Grund für FGM gibt und weil sich medizinische Fachkräfte im Fall einer Zustimmung zu Mittäter*innen bei Menschenrechtsverletzungen machen. Abgesehen davon gibt es auch keine Hinweise darauf, dass die Gesundheitsrisiken bei einer medikalisierten FGM geringer sind.

Wozu die Regierungen verpflichtet sind

Im Aktionsprogramm der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz, das 1994 von 179 Regierungen gebilligt wurde, heißt es: Die Regierungen „sollten dringend Schritte unternehmen, um der Praxis der Verstümmelung weiblicher Genitalien ein Ende zu setzen und um Frauen und Mädchen vor allen ähnlichen unnötigen und gefährlichen Praktiken zu schützen.“ Regierungen und örtliche Gemeinschaften sollten unbedingt

- Programme für gezielte, sehr intensive Maßnahmen auf örtlicher Ebene unter Einbeziehung von Dorfältesten und religiösen Führern, Aufklärung und Beratung über die Auswirkungen solcher Praktiken auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen,
- die angemessene Behandlung und Rehabilitation von Frauen und Mädchen, an denen FGM vorgenommen wurde,

- Beratungsangebote für Frauen und Männer, um solchen Praktiken entgegenzuwirken, unterstützen.

Frühverheiratung

Abkommen

In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte aus dem Jahr 1948 heißt es, dass heiratsfähige Männer und Frauen das Recht haben, zu heiraten und eine Familie zu gründen, und dass eine Ehe nur bei freier und uneingeschränkter Willenseinigung der künftigen Ehegatten geschlossen werden darf. Achtzehn Jahre später fand eine ähnliche Formulierung Eingang in den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte. Auch in der Frauenrechtskonvention ist das Recht auf eine Eheschließung ohne Zwang und Gewalt verankert. Durch eine Frühverheiratung werden darüber hinaus aber auch das Recht, nicht auf eine bestimmte Geschlechterrolle festgelegt zu werden, die Rechte auf Leben und Sicherheit der Person, auf Schutz vor Gewalt, auf Gesundheit und auf Bildung verletzt.

Das Recht zu heiraten: in freier und uneingeschränkter Willenseinigung

Nur Personen, welche in ihrem Land gesetzlich festgelegte „Volljährigkeit“ erlangt haben, gelten bei einer Eheschließung als einwilligungsfähig. In manchen Ländern werden Ehen, die unterhalb dieser Altersgrenze geschlossen wurden, für ungültig erklärt. Nach internationalen Abkommen und in vielen Ländern gilt eine Heirat im Kindesalter grundsätzlich als erzwungen, weil davon auszugehen ist, dass ein Kind unter 18 Jahren nicht in der Lage ist, einer Eheschließung zuzustimmen. Die Gründe liegen zum Teil in der „bedeutenden Verantwortung“, die bei der Eheschließung übernommen wird, und darin, dass das Erreichen der „vollen Reife und Handlungsfähigkeit“ sichergestellt sein muss. In Artikel 16 der Frauenrechtskonvention heißt es, dass die Verlobung und

Eheschließung eines Kindes keine Rechtswirksamkeit haben. Die Regierungen werden aufgefordert, alle erforderlichen Maßnahmen – einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen – zu ergreifen, um ein Mindestalter für die Eheschließung festzulegen und zur Eintragung der Eheschließung in ein amtliches Register zu verpflichten. In Anlehnung an die Kinderrechtskonvention legen die meisten Staaten eine Mindestaltersgrenze von 18 Jahren für die Zustimmung zur Eheschließung fest. Dabei liegt das Mindestalter zuweilen bei nur 16 Jahren oder sogar erst bei 21 Jahren, was teilweise auch vom Geschlecht abhängig gemacht wird. Trotzdem kann in mehr als der Hälfte aller Staaten das Mindestalter durch die Zustimmung der Eltern außer Kraft gesetzt werden.

Diskriminierung und stereotype Geschlechterrollen

Die Festlegung auf bestimmte Geschlechterrollen und Diskriminierung aufgrund des Geschlechts sind die Hauptgründe dafür, dass überwiegend Mädchen und nicht Jungen im Kindesalter verheiratet werden. Überkommene patriarchalische Vorstellungen, der Wert eines Mädchens hinge von ihrer Jungfräulichkeit, ihrer Fortpflanzungsfähigkeit und ihrer Arbeitsfähigkeit im Haushalt ab, führen dazu, dass Männer durch die Verheiratung in die Lage versetzt werden, Frauen und Mädchen zu kontrollieren. Mädchen, die im Kindesalter verheiratet werden, orientieren sich mit hoher Wahrscheinlichkeit an traditionellen Geschlechterrollen, übernehmen klischeehafte Vorstellungen und tradieren diese Normen an ihre Kinder.

Die Angst vor sexualisierter Gewalt, die angeblich die Jungfräulichkeit eines Mädchens „ruiniert“, und vor der damit verbundenen Stigmatisierung ist eines der Motive für die Frühverheiratung. Es herrscht die Überzeugung, dass ein Mädchen vor Vergewaltigung geschützt sei, wenn sie verheiratet

ist. Diese Überzeugung ist auch eine Triebfeder für andere schädliche Praktiken, wie zum Beispiel das Brustbügeln, durch das ein Mädchen entstellt werden, um sie für potenzielle Angreifer unattraktiver zu machen. Für die Eheschließung hat die weibliche Jungfräulichkeit eine derart überragende Bedeutung, dass Frauen und Mädchen in vielen Ländern Jungfräulichkeitstests unterzogen werden – einer invasiven vaginalen Untersuchung, bei der nach dem Hymen getastet wird. Doch auch diese Praxis ist als Menschenrechtsverletzung geächtet.

Die Frühverheiratung bedeutet, dass Mädchen ihr Recht verlieren, über ihr eigenes Leben zu entscheiden. Denn auch dort, wo verheiratete Mädchen laut Gesetz wie Erwachsene zu behandeln sind, müssen sie oft die Erlaubnis ihrer Ehemänner einholen, wenn sie zur Schule gehen, außerhalb des eigenen Haushalts arbeiten oder Verhütungsmittel anwenden wollen. Dies verstößt gegen ihre Rechte auf Nichtdiskriminierung und Gleichberechtigung, Bildung, Beschäftigung, Familienplanung und Gesundheit.

Rechte, die einander bedingen: Leben, Gesundheit und Bildung

Die Frühverheiratung ist mit frühen und mehrmaligen Schwangerschaften und Geburten in kurzen Abständen verbunden. Die Mortalität bei 15- bis 19-jährigen Mädchen ist hauptsächlich auf schwangerschaftsbedingte Sterbefälle zurückzuführen.

Der Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau und der Ausschuss gegen Folter führen körperliche, mentale und sexuelle Schädigungen auf die frühe Verheiratung im Kindesalter zurück. Zu den Folgen der Frühverheiratung gehören unter anderem Suizid, häusliche Gewalt einschließlich körperlicher und psychischer Gewalt, Säureanschläge auf und Morde an den

frisch verheirateten Mädchen. Die Frühverheiratung ist auch ein Grund für höhere Raten an Schulabbrüchen. Dabei ist Bildung eine wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahme vieler Rechte und führt insbesondere zu besserer Gesundheit und besseren Entwicklungserfolgen.

Wozu die Regierungen verpflichtet sind

Da die Frühverheiratung ein Ergebnis geschlechtsspezifischer Rollenklischees und Diskriminierung ist, sind die Staaten gemäß der Frauenrechtskonvention verpflichtet, einen Wandel derartiger sozialer und kultureller Verhaltensmuster herbeizuführen.

Ein gesetzlich festgelegtes Heiratsalter von mindestens 18 Jahren ist zwar wichtig, reicht allein aber nicht aus, um die Frühverheiratung zu unterbinden. Die Durchsetzung solcher Gesetze kann eine Herausforderung sein, unter anderem wegen bestimmter Ausnahmeregelungen. Dazu zählt zum Beispiel, wenn eine Zustimmung der Eltern vorliegt oder wenn Gewohnheitsrechte und religiöse Vorschriften nicht mit dem nationalen Recht übereinstimmen. Regierungen sind daher unter Umständen besser beraten, wenn sie die gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Ursachen der Frühverheiratung bekämpfen und verlässliche und zugängliche Systeme zur Registrierung von Geburten etablieren. So wird das Lebensalter der Betroffenen überprüfbar und gesetzeswidrige Eheschließungen können für ungültig erklärt werden.

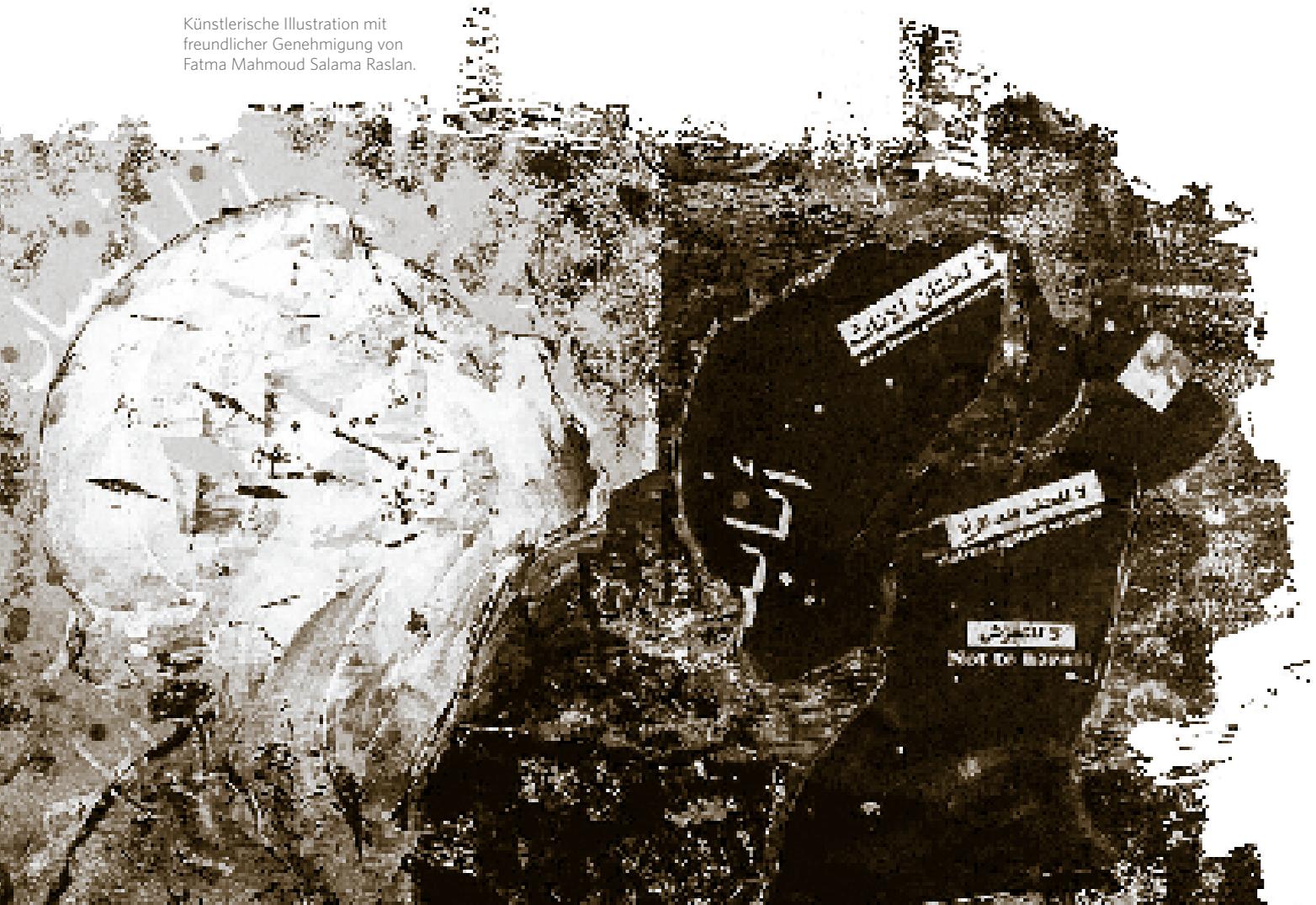
Bevorzugung von Söhnen

Söhne werden auf vielerlei Art und Weise bevorzugt. Eine besonders drastische Form dieser Bevorzugung ist die Geschlechtsselektion, unter anderem durch die Tötung weiblicher Föten. Die Gründe dafür liegen weitgehend in negativen Klischeevorstellungen über die Geschlechterrollen.

Geschlechtsselektion hat sich in Ländern mit stark patrilinearen Familienstrukturen herausgebildet, wo verheiratete Paare mit der Familie des Ehemannes zusammenleben oder in deren Nähe wohnen. Sie geht mit einer starken und beständigen Präferenz für Söhne und einer Unterbewertung von Mädchen einher. Früher vermieden es Frauen und Paare gegebenenfalls, Verhütungsmittel anzuwenden, und bekamen eben so lange Kinder, bis ein Sohn geboren wurde. Heute nimmt die Fertilität ab und der Trend geht zu kleineren Familien (was eine Geschlechtsselektion wünschenswert erscheinen lässt, um einen Sohn zu bekommen). Deshalb greift die Praxis der Geschlechtsselektion immer weiter um sich, was durch die Verbreitung von Methoden zur Geschlechtsbestimmung zusätzlich begünstigt wird.

Wenn Söhne gegenüber Töchtern bevorzugt werden, dann liegt das daran, dass Männer und Jungen und die ihnen zugeschriebenen Geschlechterrollen in der Familie, im sozialen Umfeld und in der Gesellschaft eine höhere Wertschätzung genießen als Frauen und Mädchen. Die Bevorzugung von Söhnen geht auf althergebrachte strukturelle Faktoren zurück. Ein häufig genannter Grund ist Armut: Weil Männer nach allgemeiner Auffassung als „Versorger“ und „Beschützer“ des Haushalts gelten, hat ihr Wohlergehen Vorrang. Im Gegensatz dazu gelten Frauen als „Betreuerinnen“, die sich um Hausarbeit, Kindererziehung und Altenpflege kümmern müssen – Aufgaben, die wenig formale Bildung erfordern und – wenn überhaupt – nur schlecht entlohnt werden. Insbesondere in

Künstlerische Illustration mit
freundlicher Genehmigung von
Fatma Mahmoud Salama Raslan.



Südasiens müssen Mädchen deshalb „wegverheiratet“ werden, wofür eine kostspielige Mitgift aufgebracht werden muss. Infolgedessen wählen Familien verschiedene Methoden, um dafür zu sorgen, dass sie mindestens einen Sohn bekommen.

Aber Armut ist nur eine Seite der Medaille. In Ländern mit patriarchalischen Familienstrukturen werden Söhne auf allen sozioökonomischen Ebenen bevorzugt. Die anhaltende Bevorzugung von Söhnen drückt genau die Klischees aus, die für Frauen und Mädchen schädlich sind und zementiert sie. Deswegen sind Regierungen verpflichtet, dagegen vorzugehen. Der Menschenrechtsausschuss, der die Umsetzung und Einhaltung des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte überwacht, hat gegenüber den Vertragsstaaten deutlich gemacht, dass die Geschlechtsselektion eine Erscheinungsform der Unterordnung von Frauen darstellt und sie deshalb verpflichtet sind, deren Ursachen zu bekämpfen.

Gewalt und Gesundheit

In Gesellschaften mit erheblich mehr Männern als Frauen im heiratsfähigen Alter sind Frauen stärker durch sexualisierte und geschlechtsspezifische Gewalt gefährdet als anderswo. Ein weiteres Problemfeld ist der Frauenhandel für Hausarbeit, sexuelle Dienstleistungen und für den Heiratsmarkt. Dazu kommt, dass alle schwangeren Frauen einem höheren Risiko von Gewalt durch den Ehepartner und die Familie ausgesetzt sind als nicht schwangere Frauen, dass aber diejenigen, die keine Söhne zur Welt bringen, in noch größerer Gefahr schweben. Auch Frauen, die gar keine Kinder bekommen können oder für die Unfruchtbarkeit eines Paares verantwortlich gemacht werden, haben ein erhöhtes Risiko, Opfer von häuslicher und familiärer Gewalt zu werden.

Gewalt wirkt sich unzweifelhaft auf die Gesundheit aus. Durch die Bevorzugung von Söhnen wird die Gesundheit von Frauen noch weiter beeinträchtigt, weil sie bis zur Geburt eines Sohnes unter Umständen mehrere Schwangerschaften durchstehen müssen. Dabei verschlechtert sich die Gesundheit vieler Frauen, die keinen Zugang zu adäquater Ernährung und vor- oder nachgeburtlicher Betreuung haben. Im Zusammenhang mit ihren Schwangerschaften haben sie mit emotionalem und psychischem Stress zu kämpfen, weil sie die Vorstellung verinnerlicht haben, dass ihr Selbstwert und ihre soziale Wertschätzung nicht nur allgemein von der Geburt eines Kindes, sondern im Besonderen von der Geburt eines Sohnes abhängen. Die Gründe dafür haben häufig mit stereotypen Geschlechterrollen zu tun, die von Männern und Frauen erwartet werden und mit finanziellen Vorteilen und Belastungen, wie zum Beispiel der Mitgift, verbunden sind.

Wozu die Regierungen verpflichtet sind

Weil die Geschlechtsselektion als eine Form der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts anerkannt ist, sind die Staaten gemäß Frauenrechtskonvention aufgefordert, einen Wandel in den entsprechenden sozialen und kulturellen Verhaltensmustern zu bewirken. Bei der Weltbevölkerungskonferenz im Jahr 1994 verpflichteten sich 179 Regierungen, die Diskriminierung von Mädchen in all ihren Formen sowie die tieferen Ursachen der Bevorzugung von Söhnen, die zu schädlichen und unethischen Praktiken wie der Tötung von Mädchen und der vorgeburtlichen Geschlechtsselektion führen, zu beseitigen. Später haben sich Regierungen, die das Ziel 5 für nachhaltige Entwicklung – die Gleichstellung der Geschlechter – unterstützen, darauf verständigt, schädliche Praktiken einschließlich der Geschlechtsselektion zu verbieten.

Nahrung, Menstruation und traditionelle Geburtspraktiken

Dort, wo die Bevorzugung von Söhnen am weitesten verbreitet ist, erhalten Mädchen oft weniger oder schlechtere Nahrung als ihre Brüder. In einigen Gegenden werden die Mädchen nicht so lange gestillt wie Jungen. Dies ist zum großen Teil darauf zurückzuführen, dass die Eltern darauf bedacht sind, Mädchen möglichst bald zu entwöhnen, damit die Frauen möglichst bald wieder menstruieren und schwanger werden können – diesmal vorzugsweise mit einem Jungen.

Andernorts widerfährt den Mädchen das Gegenteil: Sie werden gemästet. Die Praxis der Zwangsernährung, auch unter den Bezeichnungen „Gavage“ oder „Leblouh“ bekannt, geht auf die kulturelle Überzeugung zurück, dass übergewichtige oder fettleibige Frauen für Ehemänner attraktiver seien. Tatsächlich hängt sie eng mit der Praxis der Frühverheiratung zusammen, weil sie häufig dazu dient, Mädchen älter und damit heiratsfähig aussehen zu lassen.

Mancherorts können Nahrungstabus, die festlegen, welche Nahrungsmittel während der Schwangerschaft und nach der Geburt sicher oder gefährlich seien, einer Frau und ihrem Baby schaden. Solche den schwangeren Frauen und stillenden Müttern aufgezwungene Tabus werden mit geringem Geburtsgewicht, Mikronährstoffmangel bei Kindern und einem erhöhten Sterberisiko von Müttern und Neugeborenen in Zusammenhang gebracht.

In einigen Gemeinschaften gilt die Menstruation als Quelle von Schmutz und Unreinheit, wodurch die emotionale, mentale und körperliche Gesundheit von Frauen beeinträchtigt wird. „Chhaupadi“, eine Praxis in Nepal, der zufolge Frauen und Mädchen während ihrer Menstruation in Verschlüge

oder Hütten außerhalb des Hauses verbannt werden, erhöht die Wahrscheinlichkeit von Durchfallerkrankungen, Dehydrierung, Unterkühlung und Harnwegsinfektionen. Diejenigen, die dabei krank werden, müssen warten, bis die Menstruation vorbei ist, bevor sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen dürfen. Frauen und Mädchen, die für die Zeit ihrer Menstruation verbannt werden, berichten über Gefühle der Verlassenheit, Unsicherheit, Schuld und Erniedrigung, weil sie „unrein“ und „unberührbar“ seien.

Andere Überzeugungen beziehen sich darauf, welche Nahrungsmittel Frauen und Mädchen während der Menstruation zu sich nehmen oder wann und ob sie ein Bad nehmen dürfen. Verstöße gegen eines dieser Verbote können Angst, Schuldzuweisungen, Anklagen und Bestrafung zur Folge haben. Umgekehrt werden junge Frauen und nicht menstruierende Frauen stigmatisiert, weil sie den konventionellen Vorstellungen von Weiblichkeit nicht entsprechen.

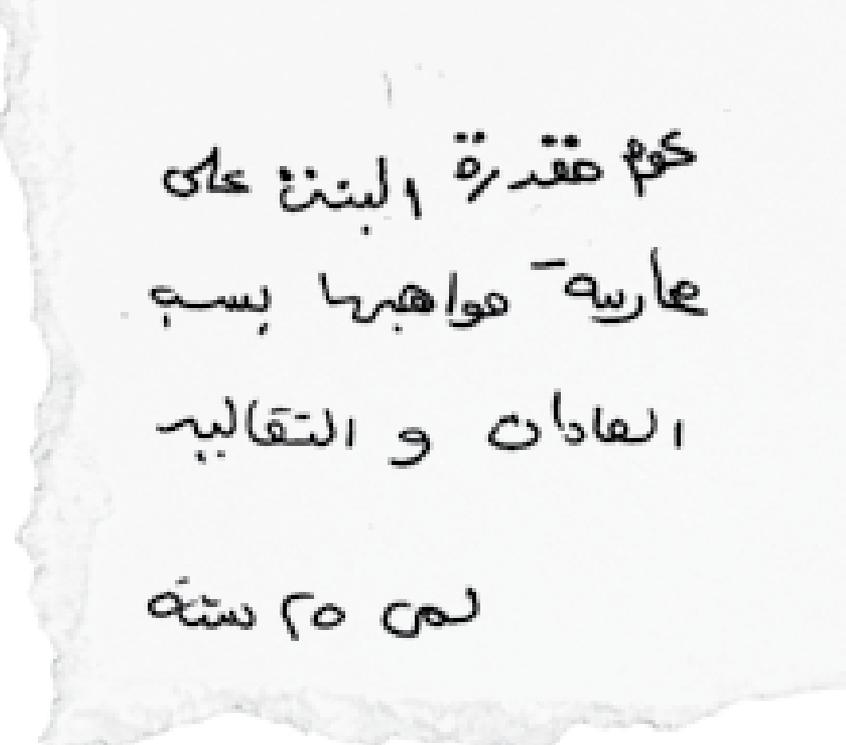
Einige überkommene traditionelle Geburtspraktiken stellen eine Gefahr für die Gesundheit und das Wohlergehen von Müttern und Säuglingen dar. In der Türkei zum Beispiel glauben manche Frauen, ein Sprung aus großer Höhe werde die Wehen beschleunigen. Im westlichen Äthiopien herrscht in manchen Bevölkerungsgruppen die Überzeugung, das Blut einer Frau sei verflucht. Deshalb werden schwangere Frauen mit Beginn der Wehen allein in den Busch geschickt, um dort ihr Kind zur Welt zu bringen. In einigen Gegenden Nigerias und Nigers wird bei Geburtskomplikationen der „yankan gishiri“, der Salzschnitt, angewendet, indem traditionelle Geburtshelfer*innen mit einer Rasierklinge die Vagina aufschneiden. Dies führt nachweislich zu weiteren Komplikationen, unter anderem zu Scheidenfisteln.

Anderorts glaubt man, Komplikationen bei der Niederkunft seien eine Strafe für unbotmäßiges Verhalten einer schwangeren Frau, was zur Folge hat, dass erst mit Verspätung medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird. Untersuchungen in West- und Ostafrika zeigen, dass Frauen, deren Wehen länger andauern als üblich, unter Druck gesetzt werden, ihre Untreue zu gestehen. Erst dann wird medizinische Hilfe herbeigeholt.

Menschenrechte und die Beseitigung schädlicher Praktiken

Das internationale Menschenrechtssystem zeigt eine klare Haltung im Umgang mit schädlichen Praktiken: Sie müssen beendet werden. Mit der Verabschiedung von Gesetzen können Staaten dazu beitragen, die den schädlichen Praktiken zugrunde liegenden Normen zu verändern. Trotzdem werden weiterhin die Genitalien von Mädchen beschnitten und werden Mädchen weiterhin zwangsverheiratet. Sie werden dazu gebracht, sich Jungen unterlegen zu fühlen und sich Männern unterzuordnen, und auf diese Weise gezwungen, sich den gesellschaftlichen Idealvorstellungen von Weiblichkeit anzupassen.

Wenn Staaten Gesetze gegen schädliche Praktiken verabschieden, und insbesondere, wenn sie diese mit harten Strafen belegen, sollten sie dennoch darauf achten, dass solche Gesetze und politischen Maßnahmen den Mädchen und Frauen, die sie schützen sollen, keinen Schaden zufügen. Bevor wirksame Gesetze und politische Strategien formuliert werden können, ohne andere Rechte zu verletzen, müssen zunächst die sozialen Einflussfaktoren für jede schädliche Praxis analysiert werden. Andernfalls besteht das Risiko, dass Gesetze nicht durchgesetzt werden können, dass sie von der Bevölkerung abgelehnt werden und die Praktiken künftig im Verborgenen stattfinden. Selbst die



كلمة مقدرة ابنته على
عاشه فواهبها بسبه
العادات و التقاليد
لن ٢٥ سنة

Mädchen können ihr Potenzial aufgrund von Normen und Traditionen nicht ausschöpfen.

Lama, 25 Jahre, Jordanien

Untersuchung, Verfolgung und Bestrafung schädlicher Praktiken führt nur in geringem Maße dazu, dass überkommene und tief verwurzelte Bräuche und Überzeugungen verdrängt werden. Von entscheidender Bedeutung sind daher auch die Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit durch Regierungen und nichtstaatliche Akteure. Tatsächlich können diese mehr bewirken als Gesetze, wenn es darum geht, dass Staaten ihren menschenrechtlichen Verpflichtungen nachkommen.

UNERWÜNSCHT
VERNACHLÄSSIGT

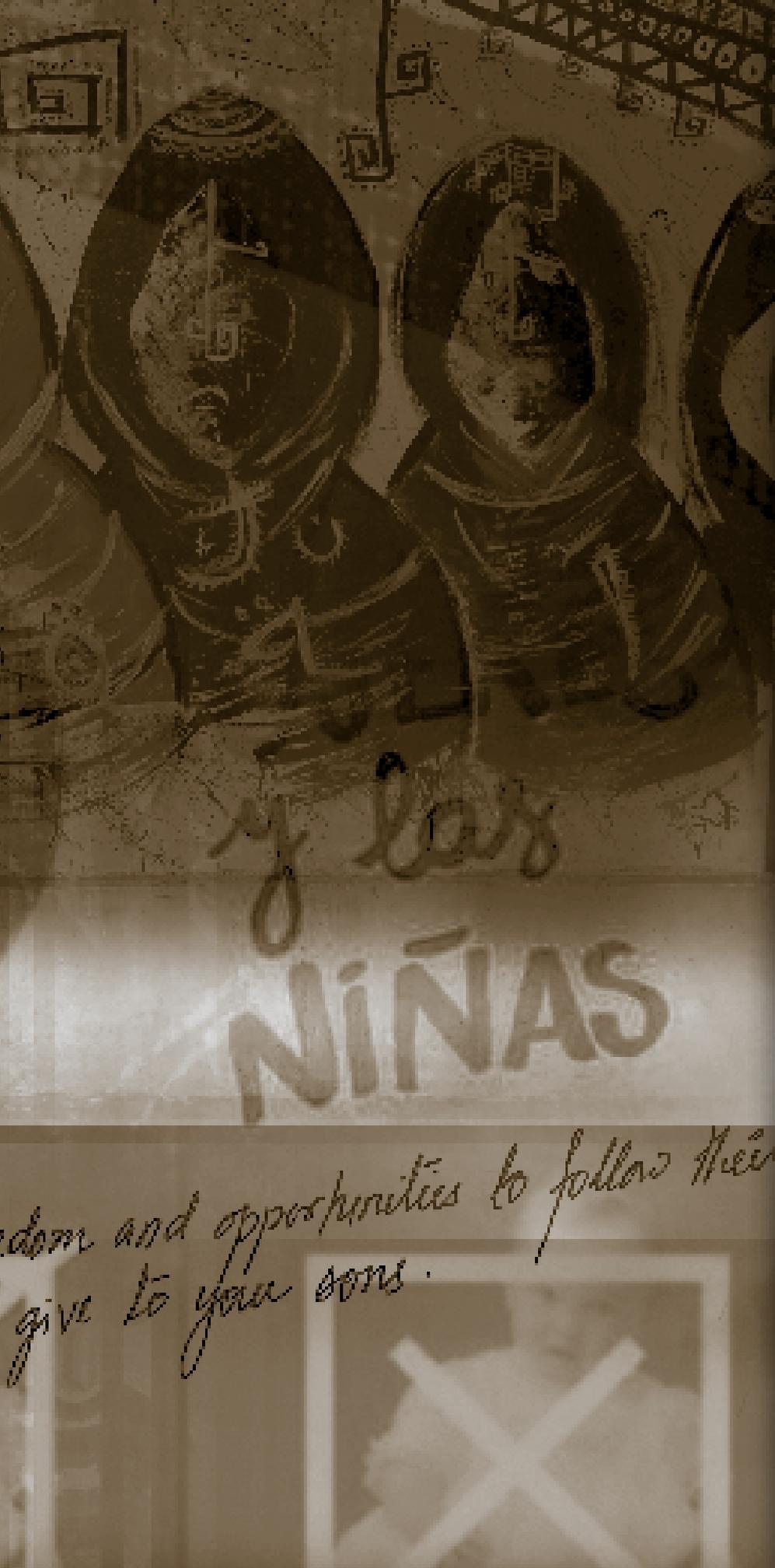
BESEITIGT

DIE PRAEFERENZ

für **SÖHNE VERLETZT**

viele **RECHTE**

*Give them the same free
dreams as you would*



Wenn Jungen mehr wertgeschätzt werden als Mädchen, ist der Druck, einen Sohn zu bekommen, groß.

In manchen Gesellschaften ist die Bevorzugung von Söhnen gegenüber Töchtern so stark ausgeprägt, dass Paare sich bemühen, die Geburt eines Mädchens zu vermeiden. Oder aber sie kümmern sich zugunsten ihres Sohnes weniger um die Gesundheit und das Wohlergehen einer Tochter, die sie bereits haben.

Die Bevorzugung von Söhnen ist Symptom einer tief verwurzelten Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, die ganzen Gesellschaften schadet. Die Bevorzugung von Söhnen ist ein Produkt geschlechtsspezifischer Systeme, die Männern und Jungen einen höheren sozialen Status zuweisen, diesen verstärken und männliche Kinder gegenüber weiblichen bevorzugen.

Bevorzugung von Söhnen und Geschlechterselektion

In einigen Teilen der Welt ist die Geburt eines Jungen ein Grund zum Feiern, die Geburt eines Mädchens jedoch häufig Anlass zur Enttäuschung. Mädchen können als Bürde, als Last, als Hindernis für die Zukunft einer Familie angesehen werden. Sie können vergessen und ignoriert werden, an Unterernährung leiden und an Vernachlässigung sterben. Und Mädchen können Opfer postnataler Geschlechterselektion werden.

Die Sohnpräferenz kann sich auch in Form von pränataler Geschlechterselektion manifestieren: durch den Abbruch einer Schwangerschaft, wenn der Fötus als weiblich bestimmt wird, durch die Geschlechtsbestimmung und -auswahl vor einer Implantation oder durch die „Spermisortierung“ vor einer In-vitro-Fertilisation. Aus menschenrechtlicher Sicht ist die vorgeburtliche Geschlechterselektion eine schädliche Praxis, weil sie eine Bevorzugung von Jungen gegenüber Mädchen in eine bewusste Verhinderung weiblicher Geburten übersetzt. Sie ist eindeutig mit diskriminierenden Normen und Verhaltensweisen verbunden.

Die Bevorzugung von Söhnen und die Geschlechterselektion sind zwar miteinander verbunden, aber das eine zieht nicht zwangsläufig das andere nach sich. So ist in einigen einkommensschwachen Ländern Asiens und Afrikas südlich der Sahara die Bevorzugung von Söhnen zwar weit verbreitet, doch kommen postnatale und pränatale Geschlechterselektion dort nur selten vor.

Der Wunsch, lieber einen Sohn als eine Tochter zu bekommen, ist für sich keine Menschenrechtsverletzung. Tatsächlich jedoch ist die Bevorzugung von Söhnen in ein Geflecht sozialer Beziehungen eingebettet, die Geschlechterstereotypen reflektieren, produzieren und reproduzieren. Und wenn Stereo-

typen, insbesondere solche, die das männliche Geschlecht als überlegen kennzeichnen und zur Unterordnung von Frauen unter Männer und Mädchen unter Jungen führen, aufrechterhalten werden, stellt dies eine Menschenrechtsverletzung dar.

Die Bevorzugung von Söhnen messen

Da die Bevorzugung von Söhnen aus vielen Formen geschlechtsspezifischer Diskriminierung resultiert, fällt es mitunter schwer, den Umfang und die Schwere dieser Diskriminierung zu messen sowie Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung zu formulieren.

Allerdings lassen sich aus der Analyse von Erhebungen zur Demografie und zu Haushalten einige Erkenntnisse ableiten. So können die Angaben von Eltern über die genderspezifische Zusammensetzung ihrer Idealfamilie oder ihren Wunsch nach weiteren Kindern auf einen generellen Wunsch nach Söhnen hindeuten oder bei Familien, die bislang nur Töchter haben, auf den Wunsch nach weiteren Kindern. Umfragen können auch ergeben, dass Eltern eine Familie mit einem Sohn und einer Tochter wünschen, obwohl sie tatsächlich jede Kombination bevorzugen, vorausgesetzt, sie haben mindestens einen Sohn. Dabei gilt, dass Umfragen nur Ansichten, nicht aber tatsächliches Verhalten widerspiegeln.

Wie stark sich die Bevorzugung von Söhnen durch die Geschlechtsauswahl manifestiert, lässt sich anhand der Länderdaten zum „Geschlechterverhältnis bei der Geburt“ erfassen. Das „natürliche“ oder normale Geschlechterverhältnis bei der Geburt liegt in den meisten Teilen der Welt zwischen 105 und 106 männlichen Geburten pro 100 weiblichen Geburten. Jede Abweichung davon spiegelt daher ein gewisses Maß an Geschlechterselektion wider.

Eine genaue Analyse der Geschlechterverhältnisse hängt von vollständigen und zuverlässigen Geburtsstatistiken ab. Für internationale Vergleiche der Geschlechterverhältnisse schätzen die Vereinten Nationen die Geschlechterverhältnisse der Länder für Fünfjahreszeiträume. National erhobene Geburtenstatistiken, die oft aus Volkszählungen abgeleitet werden, können jedoch aktuellere Einblicke in den Anteil von Männern und Frauen in einer Bevölkerung bieten.

Eine Analyse der Geschlechterverhältnisse bei Kindern erlaubt Einblicke sowohl in das Ausmaß der pränatalen Geschlechterselektion als auch in das der postnatalen Geschlechterselektion, da sie auch einen Teil der Auswirkungen von absichtlicher Vernachlässigung von Mädchen erfasst, die zu deren Tod führt.

Die Analyse des Umfangs und der Intensität der nachgeburtlichen Geschlechterselektion wird erschwert durch den Mangel an zuverlässigen, nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselten Daten in den Entwicklungsländern. Indien weist mit 13,5 pro 1.000 weiblichen Geburten die höchste Rate an übermäßigen Todesfällen bei Frauen auf, was darauf hindeutet, dass schätzungsweise jeder neunte Todesfall bei Mädchen unter 5 Jahren auf post-

natale Geschlechterselektion zurückzuführen ist. In Afghanistan, Bangladesch, Nepal und Pakistan beträgt die weibliche Übersterblichkeit laut derselben Untersuchung fast drei Prozent der Todesfälle von Mädchen unter fünf Jahren. Eine überhöhte Frauensterblichkeit weisen auch Bahrain, Ägypten, Iran und Jordanien auf, obwohl in diesen Ländern nach Ansicht der Forscher keine Geschlechterselektion praktiziert wird.

Die Übersterblichkeit von Frauen nahm von den 1970er Jahren bis 1990 weltweit zu, bis sie mit etwa zwei Millionen pro Jahr einen Höhepunkt erreichte. Der darauffolgende Rückgang der übermäßigen weiblichen Todesfälle kann teilweise auf den verbesserten Zugang zu Ultraschall-Bildgebung und anderen modernen Verfahren zurückgeführt werden, der jedoch eine entsprechende Zunahme der pränatalen Geschlechterselektion nach sich gezogen hat. Zudem scheint es, dass die Zahl der Frauen, die aufgrund vorgeburtlicher Geschlechterselektion in den Bevölkerungsstatistiken fehlt, 2015 sogar größer war als die derjenigen Frauen, die aufgrund nachgeburtlicher Geschlechterselektion dort nicht erscheinen.

„ Oh, das ist schade! “ „ Ja, mir ist egal! “ „ Das vierte Kind wird ein Junge sein! “

„Oh, das ist schade!“ „Mach dir keine Sorgen!“
„Das vierte Kind wird ein Junge sein!“

Tekla, 34 Jahre, Georgien

Niveaus und Trends

Daten und Schätzungen zufolge fallen 15 Länder oder Territorien, die in Bezug auf ihre soziale und religiöse Zusammensetzung, ihre politischen Systeme und ihre Wirtschaft sehr unterschiedlich sind, durch erhebliche Ungleichgewichte im Geschlechterverhältnis bei der Geburt auf. Die Bandbreite reicht dabei von etwa 115 männlichen Geburten pro 100 weiblichen Geburten bis hin zu Niveaus, die unter 110 oder sogar nahe dem natürlichen Geschlechterverhältnis liegen, nämlich bei 105 bis 106 männlichen pro 100 weiblichen Geburten. Drei dieser Länder – die Republik Korea, Singapur und Tunesien – haben frühere Ungleichgewichte im Geschlechterverhältnis bei der Geburt überwunden und weisen heute Geschlechterverhältnisse nahe am natürlichen Niveau auf.

Zwei Länder – China und Indien – sind zusammen für 90 bis 95 Prozent der geschätzten 1,2 bis 1,5 Millionen weltweit jährlich ausbleibenden weiblichen Geburten verantwortlich, die auf eine pränatale Geschlechterselektion zurückzuführen sind. Zugleich entfällt auf diese beiden Länder auch die größte Gesamtzahl der Geburten pro Jahr. Durch pränatale Geschlechterselektion beeinflusste, verzerrte Geschlechterverhältnisse bei der Geburt wurden ab den 1980er Jahren in China, Indien und der Republik Korea, seit den 1990er Jahren in mehreren osteuropäischen Ländern und seit 2000 in Nepal und Vietnam registriert.

Auch in einigen Diasporagemeinden in Nordamerika und Europa ist der Anteil der männlichen Geburten überhöht. Dasselbe gilt für die chinesische Sonderverwaltungszone Hongkong, Taiwan und Singapur mit ihren ethnisch chinesischen Bevölkerungsgruppen, was darauf hindeutet, dass kulturelle Einstellungen und Praktiken auch in neuen politischen, sozialen und wirtschaftlichen Umfeldern fortbestehen.

Über die letzten zwei Jahrzehnte hinweg haben sich die verzerrten Geschlechterverhältnisse in den meisten betroffenen Ländern nach und nach wieder normalisiert. In Vietnam, dem letzten Land, das eine signifikante Verschiebung des Geschlechterverhältnisses bei der Geburt erlebt hat, hat sich der Anstieg allmählich abgeflacht und einen Höhepunkt erreicht, wodurch sich nun ein möglicher Rückgang ankündigt. In Indien dagegen wiegen Anstiege in einigen Teilen des Landes Rückgänge in anderen Teilen auf. In einigen Bundesstaaten kommen schätzungsweise 120 männliche auf 100 weibliche Geburten.

Mitunter verschleiern nationale Durchschnittswerte ein verzerrtes Geschlechterverhältnis bei der Geburt. Die Unterschiede innerhalb der Länder können dramatisch sein und von Nord nach Süd oder von Stadt zu Land oder je nach Wohlstand, Bildung und Größe der Familie variieren. In China beispielsweise sind die Geschlechterverhältnisse vor allem im südlichen Teil des Landes stark zuungunsten von Frauen verzerrt. In Indien hingegen gilt dasselbe tendenziell für urbane Gebiete, während in Aserbaidshan, China und Vietnam ländliche Regionen überdurchschnittlich stark betroffen sind.

Innerhalb von Gesellschaften ist die pränatale Geschlechterselektion in wohlhabenderen Schichten tendenziell zunächst weiter verbreitet. Doch im Laufe der Zeit und in dem Maße, wie die Technologien, die die Geschlechterselektion erleichtern, einfacher zugänglich und erschwinglicher werden, erreicht sie auch Familien mit niedrigeren Einkommen.

Auch die Anzahl der Geburten und das Geschlecht der bereits in einer Familie vorhandenen Kinder spielt eine Rolle. Im Allgemeinen nehmen Paare beim ersten Kind keine Geschlechterselektion vor.

Ist dieses Kind jedoch ein Mädchen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich später für eine geschlechtsselektive Abtreibung entscheiden. In Armenien etwa ist das Geschlechterverhältnis bei den ersten beiden Geburten eines Paares noch ausgewogen. 2001 betrug das Geschlechterverhältnis bei Frauen, die bereits zwei Mädchen hatten, allerdings 223 männliche pro 100 weibliche Geburten: Das ist ein untrügliches Indiz dafür, dass Eltern mit zwei Mädchen in Armenien die pränatale Geschlechterselektion in Anspruch nehmen. Ähnliche Muster waren in Albanien, Georgien, dem Kosovo und einigen Teilen Indiens zu beobachten, insbesondere in Haushalten mit höherem Bildungsstand und Einkommen. 1990 lag in China bei Paaren, die bereits ein Kind hatten, das Geschlechterverhältnis bei der Geburt für ein zweites Kind bei etwa 121 männlichen pro 100 weiblichen Geburten. Zehn Jahre später war es auf rund 152 angestiegen.

Was treibt die Geschlechterselektion an?

Die Bevorzugung von Söhnen und die Ungleichbehandlung der Geschlechter, die ihr zugrunde liegt, sind die wichtigsten Triebkräfte der prä- und postnatalen Geschlechterselektion. Es gibt jedoch zwei weitere, die Geschlechterselektion beeinflussende Faktoren: den medizinisch-technologischen Fortschritt und den Trend zu kleineren Familien.

Technologie

Seit den 1960er Jahren wirken sich moderne Verhütungsmittel wie die Pille darauf aus, wie manche Paare ihre Präferenz für einen Sohn umsetzen. So nutzten viele Paare, die einen Sohn bekommen haben, anschließend Verhütungsmittel, um, unabhängig vom Geschlecht, die Geburt weiterer Kinder zu verhindern. Dieses Phänomen lässt sich in vielen Familien beobachten, in denen das letzte Kind ein Junge ist.

Seit den 1970er Jahren kann dank der Fortschritte in der Medizintechnologie, insbesondere der Ultraschall-Bildgebung, das Geschlecht von Föten bestimmt werden. Viele Paare mit einer starken Sohnpräferenz nutzen diese Information, um darüber zu entscheiden, ob eine Schwangerschaft abgebrochen oder voll ausgetragen werden soll. Die pränatale Geschlechterselektion hängt jedoch auch davon ab, ob Abtreibungen nach den ersten drei Monaten noch erlaubt sind, dem Zeitpunkt, ab dem anhand von Ultraschalluntersuchungen das Geschlecht eines Fötus bestimmt werden kann.

Der Trend zu kleineren Familien

Weltweit bekommen Frauen weniger Kinder. Brachte eine Frau vor 50 Jahren im Durchschnitt noch etwa fünf Kinder zur Welt, sind es heute weniger als drei. Bei kleineren Familien steigt allerdings die Wahrscheinlichkeit, dass Paare keine Söhne bekommen. Schätzungen zufolge greift deshalb eines von vier Paaren mit zwei Mädchen auf die pränatale Geschlechterselektion zurück, um die Geburt eines dritten Mädchens zu verhindern, ein Phänomen, das als „fertility squeeze“ – Fertilitätsengpass – bezeichnet wird.

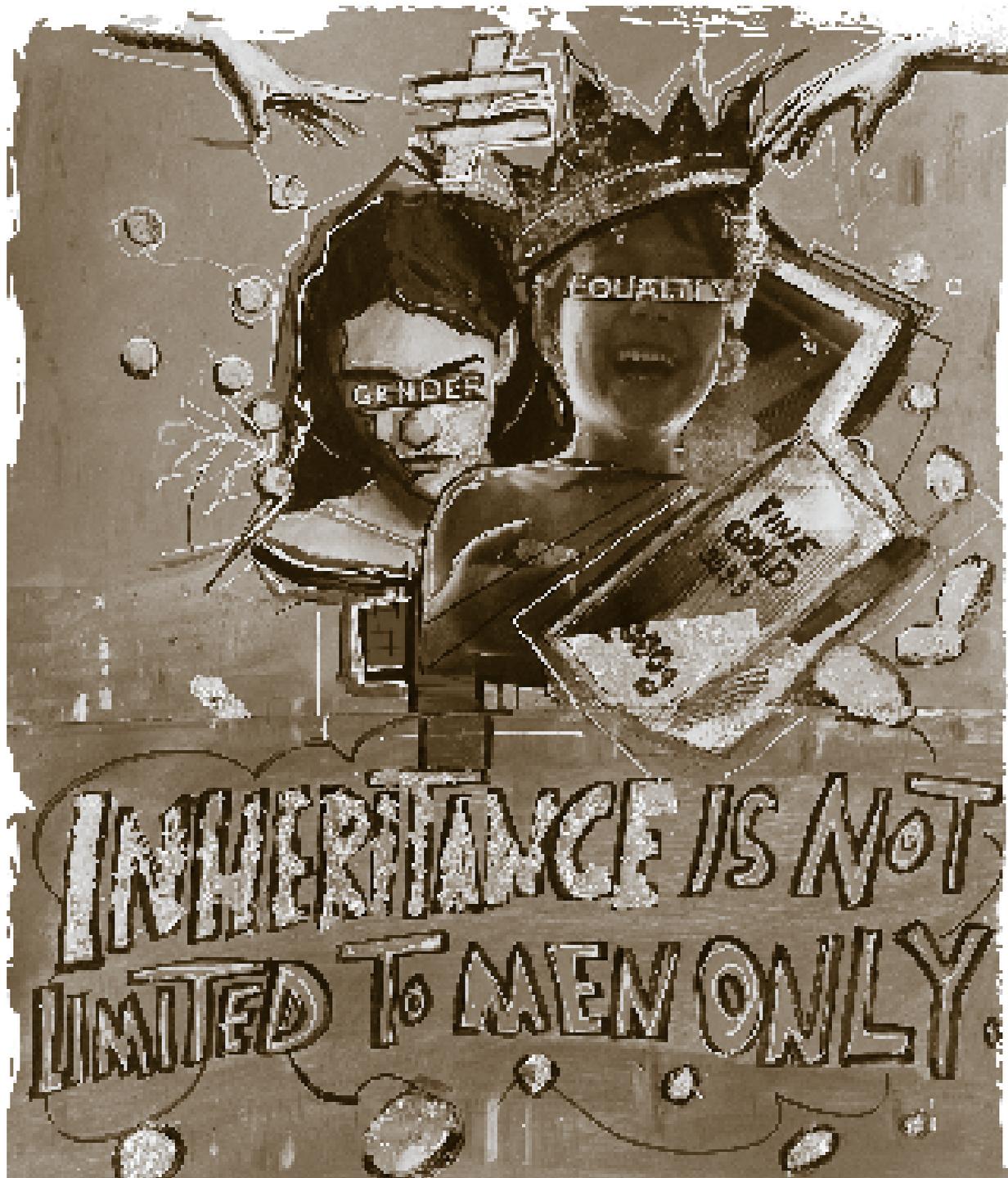
Zusammengenommen haben die Bevorzugung von Söhnen, der medizinisch-technologische Fortschritt und der Trend zu kleineren Familien die Ausbreitung der pränatalen Geschlechterselektion vorangetrieben. Da die Fertilitätsraten wahrscheinlich nicht steigen werden und der Zugang zu modernen Technologien eher zunehmen wird, dürften die wichtigsten Triebkräfte für die pränatale Geschlechterselektion auf absehbare Zeit hinaus bestehen bleiben. Bislang konnten Gesetze und Politiken, die gegen geschlechtsselektive Abtreibungen gerichtet sind, die Praxis noch nicht beenden. Die Lösung für das Problem liegt daher in der Veränderung sozialer Normen.

Bevorzugung von Söhnen und Verwandtschaftsmuster

Ökonomen könnten die Präferenz für Söhne als eine Investition in die Zukunft von Jungen auf Kosten der Zukunft von Mädchen interpretieren. Diese Vorstellung basiert auf der Annahme, dass Söhne höhere „Erträge“ versprechen. Offenkundig

teilen Paare in vielen Teilen der Welt diese Ansicht und sind überzeugt, dass ein Sohn eher zur wirtschaftlichen Absicherung der Familie beiträgt, insbesondere wenn die Eltern älter werden. Im Gegensatz dazu werden Töchter in erster Linie als Kostenfaktoren gesehen, die der Familie weniger Nutzen bringen.

Künstlerische Illustration mit freundlicher Genehmigung von Fatma Mahmoud Salama Raslan.



Anthropologen würden die Bevorzugung von Söhnen aus einer Perspektive betrachten, die sich auf Familiensysteme und lokale Gender-Kontexte konzentriert. Für sie ist die Bevorzugung von Söhnen mit Verwandtschaftsmustern verbunden. In Regionen, in denen die Verwandtschaftssysteme relativ ausgewogen sind, wie beispielsweise in Südostasien und Lateinamerika, sehen Eltern Töchter und Söhne im Allgemeinen als gleichwertig an und bevorzugen manchmal sogar Mädchen gegenüber Jungen.

In Gesellschaften, die Söhnen einen höheren Wert beimessen, wird Land häufig patrilinear vererbt und die Unterstützung im Alter von den Söhnen geleistet. Frauen müssen nach der Heirat den Namen des Mannes annehmen und bei oder in der Nähe der Familie ihres Mannes leben. Solche Systeme werden in vielen ländlichen Gesellschaften auch durch Normen und Bräuche unterstützt oder reflektiert, die sich auf Familienehre, Respekt für die Eltern und Autorität sowie religiöse Überzeugungen gründen.

Abweichungen von lokalen Normen sind mit Risiken verbunden. In patrilinearen und patrilinealen Umfeldern kann es den sozialen, politischen und wirtschaftlichen Status einer Familie oder einer Frau untergraben, wenn kein männlicher Erbe da ist. Um Ausgrenzung oder Marginalisierung zu vermeiden, können sich Familien in solchen Kontexten dafür entscheiden, nach etablierten Verwandtschaftsregeln zu handeln. Diese rationalisieren eine pränatale Geschlechterselektion als akzeptiertes Mittel zur Vermeidung der Geburt von Töchtern.

Demographische Auswirkungen

Weltweit fehlen in den Bevölkerungsstatistiken 140 Millionen Frauen, ein Umstand, der nicht nur auf die pränatale, sondern auch auf postnatale Geschlechterselektion zurückzuführen ist.

Geschlechterselektion kann die Zusammensetzung der Bevölkerung eines Landes über Generationen hinweg verzerren.

Die Bevorzugung von Söhnen, die sich in der Geschlechterselektion manifestiert, hat in einigen Ländern zu dramatischen, langfristigen Verschiebungen der Bevölkerungsanteile von Frauen und Männern geführt. In China und Indien etwa wurden Ungleichgewichte im Geschlechterverhältnis bei der Geburt erstmals in den 1980er Jahren beobachtet. Heute ist in diesen Ländern der Anteil von Männern unter 35 Jahren um elf Prozent höher als der von Frauen. Das ungleiche Geschlechterverhältnis in China kann auch zum Teil damit zusammenhängen, dass Geburten von Mädchen verspätet oder gar nicht registriert werden.

Dieses demographische Ungleichgewicht wird sich unweigerlich auf die Ehesysteme auswirken. Männer in diesen Ländern werden die Ehe aufschieben oder ganz darauf verzichten müssen, weil sie keine Partnerin finden. Von diesem so genannten „marriage squeeze“ (Heiratsengpass), sind Teile Chinas und Indiens bereits betroffen und hier vor allem junge Männer aus den unteren Wirtschaftsschichten. Aus beiden Ländern wird schon heute eine steigende Zahl „unfreiwilliger Single-Männer“ gemeldet.

Die Folgen für die Menschenrechte

Die pränatale Geschlechterselektion schreibt nicht nur die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern fort, sie kann auch die reproduktive Autonomie von Frauen aushöhlen.

Für Frauen in Ländern oder Gemeinschaften, in denen Söhne bevorzugt werden, bedeuten technologische Durchbrüche wie die Ultraschall-Bildgebung keine Verbesserung ihrer reproduktiven Gesundheit und Rechte. Im Gegenteil, gesellschaft-

licher Druck kann Frauen dazu veranlassen, Schwangerschaften gegen ihren Willen abbrechen. Und in manchen Fällen müssen Frauen, die sich gesellschaftlichen Erwartungen widersetzen, körperliche Gewalt, soziale Ausgrenzung und Scheidung erdulden.

Der gesellschaftliche Druck auf Paare, Söhne zu bekommen, kann Frauen auch dazu zwingen, mehr Schwangerschaften zu haben, als sie sich wünschen. Damit wird ihnen das Recht verweigert, frei und verantwortungsbewusst ihre eigenen Entscheidungen über den Zeitpunkt und den zeitlichen Abstand von Schwangerschaften zu treffen.

Verzerrte Geschlechterverhältnisse und die daraus resultierenden Heiratsengpässe können die Probleme geschlechtsspezifischer Gewalt, einschließlich Vergewaltigung, erzwungenem Sex, sexueller Ausbeutung, Menschenhandel und Frühverheiratungen – allesamt Menschenrechtsverletzungen – verschärfen.

Den Kreislauf durchbrechen

Über Jahre haben viele Regierungen mit gemischten Erfolgen Politiken umgesetzt, die darauf abzielen, die Bevorzugung von Söhnen im Allgemeinen und die prä- und postnatale Geschlechterselektion im Besonderen zu beenden.

Untersagt und verboten

Fast alle Länder, in denen die Bevorzugung von Söhnen vorherrscht, haben geschlechtsselektive Abtreibungen oder Verfahren, die dazu führen, verboten. Allerdings sind die Gründe, einen Schwangerschaftsabbruch anzustreben, vielfältig und komplex. Das bedeutet, dass sich nur schwer oder gar nicht feststellen lässt, welche Abbrüche explizit zur Geschlechterselektion vorgenommen werden.

Länder wie die Republik Korea und Vietnam haben Ärzten verboten, bei Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen das Geschlecht des Fötus offenzulegen. Schwangerschaftsvorsorgebesuche mit Ultraschalluntersuchungen sind jedoch inzwischen weit verbreitet und finden häufig in Privatpraxen statt. Dort kann man Ärzte dafür bezahlen, Auskunft über das Geschlecht des Fötus zu geben oder Ärzte geben die Information indirekt oder unter der Hand weiter. Im Zuge des technischen Fortschritts sind neue Methoden wie fötale Bluttests zur Geschlechtsbestimmung hinzugekommen. Auch Technologien, die eine Geschlechtsbestimmung vor einer In-vitro-Fertilisation ermöglichen, dürften die Bemühungen, Verbote zur Geschlechtsbestimmung durchzusetzen, weiter erschweren. Insgesamt sind Verbote der Geschlechterselektion oft unwirksam und verletzen zudem reproduktive Rechte, einschließlich des Zugangs zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen in Ländern, in denen Abtreibungen legal sind.

Über die Schäden aufklären

Insbesondere in Asien setzen Regierungen darüber hinaus auch auf Maßnahmen wie die Aufklärung der Öffentlichkeit über die Auswirkungen der reproduktiven Entscheidungen von Familien auf die Gesellschaft als Ganzes. Zu Beginn konzentrierten sich die Kampagnen darauf, das Bewusstsein dafür zu schärfen, wie Mädchen durch die Geschlechterselektion diskriminiert werden. Spätere Kampagnen thematisierten den Heiratsengpass. Bis solche Kampagnen jedoch tief verwurzelte Einstellungen und Verhaltensweisen verändern, können Jahrzehnte vergehen. Darüber hinaus könnten solche Kampagnen bei wohlhabenderen Familien, die die pränatale Geschlechterselektion nutzen, weniger wirksam sein, da deren Söhne von Heiratsengpässen weniger betroffen sind als Männer aus einkommensschwachen Schichten.

Geschlechtergerechte Normen einführen

Die Regierungen haben darüber hinaus Maßnahmen ergriffen, um die Ursachen der Geschlechterselektion anzugehen. Zu den etwa in China, Indien und Vietnam durchgeführten Maßnahmen gehören Kampagnen, die auf Geschlechterstereotypen abzielen, um Einstellungen zu ändern und die Tür für neue Normen und Verhaltensweisen zu öffnen. Sie heben die Bedeutung von Töchtern hervor und zeigen, wie Mädchen und Frauen die Gesellschaft zum Besseren verändert haben. Kampagnen, die den Fortschritt und die Errungenschaften von Frauen feiern, dürften dort mehr Resonanz finden, wo reine Tochterfamilien nachweislich florieren.

Andere Interventionen umfassen Politiken und Gesetze, die darauf abzielen, Frauen und Männer – und Mädchen und Jungen – gleichberechtigt zu behandeln, und zwar in Bereichen, die von der Vererbung von Eigentum und Landrechten bis hin zu politischer Beteiligung, bezahlter Arbeit und Rentenansprüchen reichen.

Da die Bevorzugung von Söhnen untrennbar mit der Ungleichbehandlung der Geschlechter verbunden ist, können Maßnahmen, die auf die Förderung der Gleichstellung und Chancengleichheit der Geschlechter abzielen, Teil der Lösung sein. Bei der Bekämpfung der genderspezifischen Verzerrung auf „drei As“ – Aktiva, Autonomie und Altern – zurückzugreifen, ist von zentraler Bedeutung: Frauen sind die gleichen Rechte auf Eigentum und Erbe wie Männern zu garantieren, das Recht von Frauen und Mädchen auf eigene Entscheidungen ist in allen Lebensbereichen zu respektieren und es gilt die Einstellung zu ändern, dass nur Männer in der Lage sind, die Eltern im Alter zu unterstützen.

Eine Welt, in der Söhne und Töchter gleich geschätzt werden

Der Konsens über die dringende Notwendigkeit von Veränderungen ist einerseits umfassend formuliert – wie in der Forderung nach Gleichstellung der Geschlechter in Ziel 5 der Agenda für nachhaltige Entwicklung. Andererseits bestehen spezifische Vereinbarungen, wie die Erklärung der Vereinten Nationen von 2011 über die Verhinderung pränataler Geschlechterselektion. Entscheidend sind die Verpflichtungen der Länder, gegen die Bevorzugung von Söhnen, den als geringer wahrgenommenen Wert von Mädchen und genderspezifische Ungleichheiten vorzugehen.

Lösungen finden sich in Ansätzen, die weder verurteilen noch auf Zwang beruhen, sondern positive Verhaltensänderungen fördern und Frauen und Mädchen unterstützen, ohne ihre reproduktiven Rechte zu beeinträchtigen. Veränderungen sind unerlässlich. Verzerrte Geschlechterverhältnisse sind eine inakzeptable Manifestation der genderspezifischen Diskriminierung von Mädchen und Frauen und eine Verletzung ihrer Menschenrechte.

Künstlerische Illustration mit freundlicher Genehmigung von Fatma Mahmoud Salama Raslan.



GESCHNITTEN GESCHABT GENÄHT

**WEIBLICHE
GENITALVERSTÜMMELUNG:**
gesellschaftlich legitimierte
geschlechtsspezifische Gewalt





Weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM) ist eine **schädliche Praxis, die ausschließlich gegen Frauen und Mädchen gerichtet ist und deren Grundrechte verletzt: ihr Recht auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit, ihr Recht, nicht diskriminiert und keiner grausamen oder erniedrigenden Behandlung unterworfen zu werden.**

Die Bestrebungen, diese schädliche Praxis zu beenden, sorgen inzwischen dafür, dass die bereits sinkenden Zahlen weiter zurückgehen. Mehr und mehr Frauen und Männer verweigern die Einwilligung für FGM bei ihren Töchtern. Doch in Regionen mit schnellem Bevölkerungswachstum nimmt die absolute Zahl der betroffenen Mädchen immer noch zu.

FGM kann gravierende körperliche und psychische Probleme verursachen. Sie kann zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen, zu Infektionen, Zysten und Unfruchtbarkeit. Die Gefahr von HIV-Infektionen, Scheidenfisteln und Geburtskomplikationen steigt ebenso wie die Säuglingssterblichkeit. Außerdem kann sie Depressionen, Alpträume, Panikattacken und Traumata auslösen.

Obwohl FGM in Menschenrechtsvereinbarungen weltweit verurteilt wird, besteht die Gefahr, dass allein im Jahr 2020 etwa 4,1 Millionen Mädchen und Frauen dieser Praxis unterworfen werden. Etwa 200 Millionen heute lebende Mädchen und Frauen in 31 Ländern wurden in irgendeiner Art und Weise an ihren Genitalien beschnitten. Weil es an Unterstützung und Dienstleistungen zur medizinischen und psychischen Behandlung der Folgeschäden mangelt, leiden sie ihr Leben lang. Die Vereinten Nationen wollen diese Praxis gemäß Ziel 5 der Agenda für nachhaltige Entwicklung bis zum Jahr 2030 vollständig beseitigen. Dabei weisen sie auf die positiven Auswirkungen auf die Gesundheit, Würde, Bildung und die wirtschaftlichen Fortschritte von Mädchen und Frauen hin.

Ohne jede medizinische Notwendigkeit

Eine FGM ist ein invasiver Eingriff in gesundes Gewebe, für den keinerlei medizinische Notwendigkeit besteht. Dabei werden die äußeren weiblichen Genitalien teilweise oder vollständig entfernt oder anderweitig verletzt – und zwar aus nichtmedizinischen Gründen. Die Methoden reichen von der Abschabung und Kauterisierung der Genitalien über die vollständige Entfernung der Klitoris bis hin zur Verkleinerung der Vaginalöffnung durch das Zusammennähen der Vulvalippen. Der Eingriff wird meist an Mädchen vom Säuglingsalter bis zum 15. Lebensjahr vorgenommen.

Ursache: die Ungleichheit der Geschlechter

FGM gründet in dem Glauben, sie würde die Fertilität verbessern, die sexuelle Lust der Männer steigern, die weibliche Sexualität unterdrücken, zu besserer Hygiene führen, Untreue verhindern, die Forderungen religiöser Institutionen erfüllen oder für Akzeptanz im sozialen Umfeld sorgen. Es herrscht die Überzeugung, ein Mädchen bewahre sich dadurch ihre Reinheit, Ehre und Sauberkeit. Eine FGM dient der Kontrolle der weiblichen Sexualität, damit Mädchen und Frauen leichter verheiratet werden können. Sie folgt sozialen Normen, durch die sich diese Praxis jahrhundertlang aufrechterhalten konnte.

FGM ist gesellschaftlich legitimierte Gewalt aufgrund des Geschlechts. Obwohl die Prozedur von älteren Frauen durchgeführt wird, handelt es sich um eine patriarchalische Praxis, die in den ungleichen Machtverhältnissen zwischen Frauen und Männern wurzelt und Teil eines Systems ist, das die Macht der Männer stützt.

Frauen – und Männern – so den Rücken zu stärken, dass sie diese Praxis für ihre Töchter nicht zulassen, kann einen Wandel herbeiführen. Doch sie brauchen die Handlungskompetenz und die notwendigen Informationen, um alternative Entscheidungen treffen zu können. Fast immer glauben Eltern, das Richtige für ihre Töchter zu tun. In vielen Fällen wissen die Eltern um die körperlichen und psychischen Risiken, tun es aber trotzdem um der gesellschaftlichen Akzeptanz willen. Oft sind es die Mütter, die ihre Töchter einer FGM unterwerfen und damit ungerechte Geschlechternormen zementieren, die wiederum dafür sorgen, dass diese Praxis von einer Generation zur nächsten weitergegeben wird.

In allen Teilen der Welt praktiziert

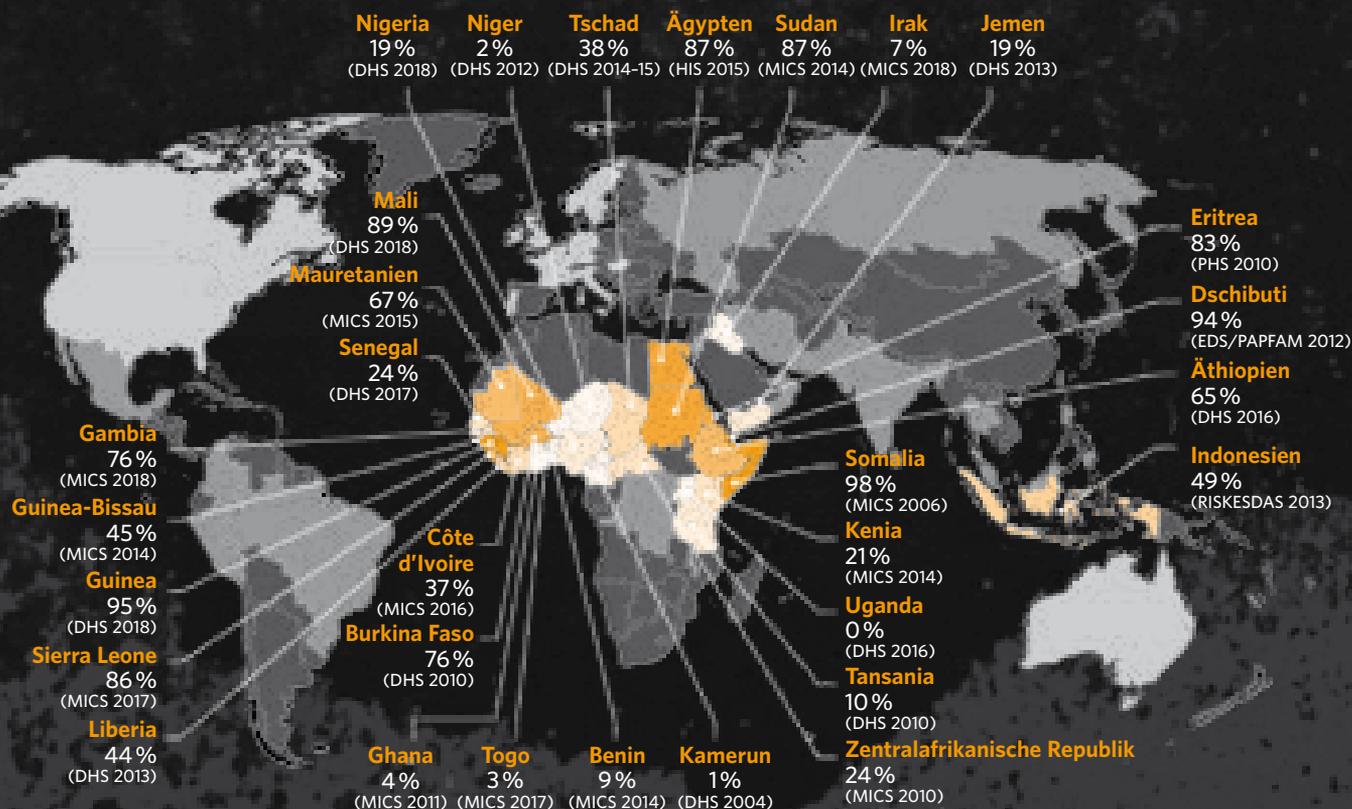
Die Praxis der FGM konzentriert sich auf den afrikanischen Kontinent, von der Atlantikküste bis zum Horn von Afrika, ist aber auch im Irak und Jemen und in einigen asiatischen Ländern weit

verbreitet. So wurden zum Beispiel in Indonesien im Jahr 2013 schätzungsweise 49 Prozent der Mädchen bis zum elften Lebensjahr Opfer von FGM. Der Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die Opfer von FGM wurden, reicht von etwa einem Prozent in Kamerun (2004) und

GRAFIK 4.1

Die Verbreitung von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) variiert stark zwischen den Ländern.

Mädchen und Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die Opfer von weiblicher Genitalverstümmelung wurden, in %



Quelle: Globale Datenbank von UNICEF, 2020, basierend auf DHS, MICS und anderen nationalen Umfragen, 2004–2018.

Anmerkungen: Die Daten für Indonesien beziehen sich auf Mädchen im Alter von 0 bis 11 Jahren, da Prävalenzdaten zu FGM bei Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren nicht verfügbar sind. Die auf dieser Karte dargestellten Grenzen und Namen sowie die verwendeten Bezeichnungen bedeuten keine offizielle Billigung oder Anerkennung durch die Vereinten Nationen.

Uganda (2011) bis zu mindestens 90 Prozent in Dschibuti (2006), Ägypten (2015), Guinea (2018) und Mali (2018).

2012 waren etwa 513.000 Mädchen und Frauen in den Vereinigten Staaten tatsächliche oder potenzielle Opfer von FGM. Diese Zahl ist in erster

FGM findet sich heute auch in Australien, der Europäischen Union, in Japan, Neuseeland, dem Vereinigten Königreich und den USA. Im Jahr

Alle Formen von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) erhöhen kurzfristige und langfristige Risiken für die Gesundheit

KURZFRISTIGE RISIKEN FÜR DIE GESUNDHEIT

Starke Schmerzen

Das Durchtrennen der Nervenenden und des empfindlichen Genitalgewebes verursacht extreme Schmerzen. Auch die Heilungsphase ist schmerzhaft.

Übermäßige Blutung (Hämorrhagie)

Kann entstehen, wenn die Klitorisarterie oder ein anderes Blutgefäß durchtrennt wird.

Schock

Kann durch Schmerzen, Infektionen und/oder Blutungen verursacht werden.

Schwellung des Genitalgewebes

Durch eine Entzündungsreaktion oder lokale Infektion.

Infektionen

Können nach der Verwendung kontaminierter Instrumente (z. B. Verwendung derselben Instrumente bei mehreren Genitalverstümmelungsoperationen) und während der Heilungsphase entstehen.

HIV-Infektion

Der direkte Zusammenhang zwischen FGM und HIV ist nach wie vor nicht bestätigt, obwohl das Abtrennen von Genitalgewebe mit demselben chirurgischen Instrument ohne Sterilisation das Risiko einer HIV-Übertragung zwischen Mädchen, die sich gemeinsam einer FGM unterziehen, erhöhen könnte.

Probleme beim Wasserlassen

Dazu können Urinretention und Schmerzen beim Wasserlassen gehören. Dies kann auf eine Gewebeschwellung, Schmerzen oder eine Verletzung der Harnröhre zurückzuführen sein.

Beeinträchtigte Wundheilung

Kann zu Schmerzen, Infektionen und unregelmäßiger Narbenbildung führen.

Tod

Der Tod kann die Folge von Infektionen, einschließlich Tetanus, sowie von Blutungen sein.

Probleme der psychischen Gesundheit

Der Schmerz, der Schock und die Anwendung von körperlicher Gewalt während des Eingriffs sowie ein Gefühl des Verrats, wenn Familienmitglieder die Praxis dulden und/oder organisieren, sind Gründe, aus denen viele Frauen FGM als traumatisches Ereignis beschreiben.

LANGFRISTIGE RISIKEN FÜR DIE GESUNDHEIT

Schmerzen	Aufgrund von Gewebeschäden und Narbenbildung, die zu eingeklemmten oder ungeschützten Nervenenden führen können.
Chronische Genitalinfektionen	Können zu chronischen Schmerzen sowie Scheidenausfluss und Juckreiz, Zysten, Abszessen sowie Genitalgeschwüren führen.
Chronische Infektionen des Reproduktionstrakts	Kann chronische Rücken- und Beckenschmerzen verursachen.
Infektionen der Harnwege	Wenn sie nicht behandelt werden, können solche Infektionen bis in die Nieren aufsteigen und möglicherweise zu Nierenversagen, Sepsis und Tod führen. Ein erhöhtes Risiko wiederholter Harnwegsinfektionen ist sowohl bei Mädchen als auch bei erwachsenen Frauen, die einer FGM unterzogen wurden, gut dokumentiert.
Schmerzen beim Wasserlassen	Aufgrund eines Harnröhrenverschlusses und wiederkehrender Harnwegsinfektionen
Vaginale Beschwerden	Ausfluss, Juckreiz, bakterielle Vaginose und andere Infektionen
Menstruationsbeschwerden	Eine Verstopfung der Vaginalöffnung kann zu schmerzhafter Menstruation (Dysmenorrhoe), unregelmäßiger Menstruation und Schwierigkeiten beim Durchfluss des Menstruationsblutes führen, insbesondere bei Frauen mit Typ III FGM.
Übermäßiges Narbengewebe (Keloide)	An der Stelle des Schnittes kann sich übermäßiges Narbengewebe bilden.
HIV-Infektion	Angesichts der Tatsache, dass die Übertragung von HIV durch eine Verletzung des vaginalen Epithels erleichtert wird, was die direkte Übertragung des Virus ermöglicht, kann man davon ausgehen, dass das Risiko einer HIV-Übertragung durch FGM aufgrund des erhöhten Risikos von Blutungen beim Geschlechtsverkehr erhöht sein kann.
Probleme der sexuellen Gesundheit	FGM schädigt anatomische Strukturen, die direkt an der weiblichen Sexualfunktion beteiligt sind und kann sich daher auch auf die sexuelle Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen auswirken. Die Entfernung oder Schädigung von hochempfindlichem Genitalgewebe, insbesondere der Klitoris, kann die sexuelle Empfindlichkeit beeinträchtigen und zu sexuellen Problemen führen, wie vermindertes sexuelles Verlangen und Vergnügen, Schmerzen beim Sex, Schwierigkeiten bei der Penetration, verminderte Lubrikation beim Geschlechtsverkehr und verminderte Häufigkeit oder Ausbleiben von Orgasmen (Anorgasmie). Narbenbildung, Schmerzen und traumatische Erinnerungen im Zusammenhang mit dem Verfahren können ebenfalls zu solchen Problemen führen.
Komplikationen bei der Entbindung (geburtshilfliche Komplikationen)	FGM ist mit einem erhöhten Risiko für Kaiserschnitt, Nachgeburtsblutungen, Episiotomie, schwierige und/oder langwierige Wehen, geburtshilfliche Einrisse/Verletzungen, instrumentelle Entbindung und einen längeren Krankenhausaufenthalt der Mutter verbunden. Die Risiken steigen mit der Schwere der FGM.
Scheidenfisteln	Ein direkter Zusammenhang zwischen FGM und Scheidenfisteln wurde nicht nachgewiesen. Angesichts des kausalen Zusammenhangs zwischen verlängerter und behinderter Wehentätigkeit und Scheidenfisteln und der Tatsache, dass FGM auch mit verlängerter und behinderter Wehentätigkeit in Verbindung gebracht wird, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass beide Bedingungen bei Frauen, die mit FGM leben, miteinander verknüpft sein könnten.
Perinatale Risiken	Geburtshilfekomplikationen können zu einer höheren Rate der Wiederbelebung von Säuglingen bei der Entbindung sowie zu intrapartalen Totgeburten und zum Tod von Neugeborenen führen.
Probleme der psychischen Gesundheit	Studien haben gezeigt, dass Mädchen und Frauen, die einer FGM unterzogen wurden, häufiger an posttraumatischen Belastungsstörungen, Angststörungen, Depressionen und somatischen (körperlichen) Beschwerden wie Schmerzen ohne organische Ursache leiden.

Quelle: Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2000, 2006

Linie auf die verstärkte Einwanderung aus Ländern zurückzuführen, in denen FGM praktiziert wird, und sie hat sich seit 1990 verdreifacht. In England und Wales wurden seit 2015 schätzungsweise 137.000 Mädchen einer FGM unterworfen, und in Australien wurden seit 2017 etwa 50.000 Mädchen Opfer dieser Praxis. Einer Studie des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen zufolge wurden 2011 schätzungsweise mindestens 1.600 Mädchen in Irland, 1.300 Mädchen in Portugal und 11.000 Mädchen in Schweden Opfer einer FGM. Schätzungen lassen vermuten, dass in Belgien, Deutschland, Italien und den Niederlanden mehrere Tausend Mädchen einer FGM unterworfen wurden. Im vergangenen Jahrzehnt waren FGM-Praktiken auch in Kolumbien, Malaysia, Oman, Saudi-Arabien und den Vereinigten Arabischen Emiraten festzustellen, wobei die Art und Weise der Durchführung deutlich variiert.

Eine Schädigung mit vielen Dimensionen

FGM verursacht unmittelbare und langfristige gesundheitliche Folgeschäden, von Infektionen bis hin zu lebenslanger Behinderung. Einige Formen von FGM erhöhen das Risiko für negative geburts-hilfliche Auswirkungen, das Sterberisiko kurz vor, während und kurz nach der Entbindung, das Risiko für einen Kaiserschnitt und für Blutungen nach der Entbindung. Was die sexuelle Gesundheit betrifft, so leiden Frauen, die eine FGM erlitten haben, unter Beeinträchtigungen ihrer Sexualfunktion. Sie entwickeln häufiger psychische Störungen, unter anderem Depressionen, wiederkehrende Alpträume, Appetitlosigkeit, Panikattacken, Traumata, Angstzustände, Somatisierungsstörungen, Phobien und leiden unter geringem Selbstwertgefühl.

Mädchen die auf dem Land in Armut leben, sind am stärksten gefährdet

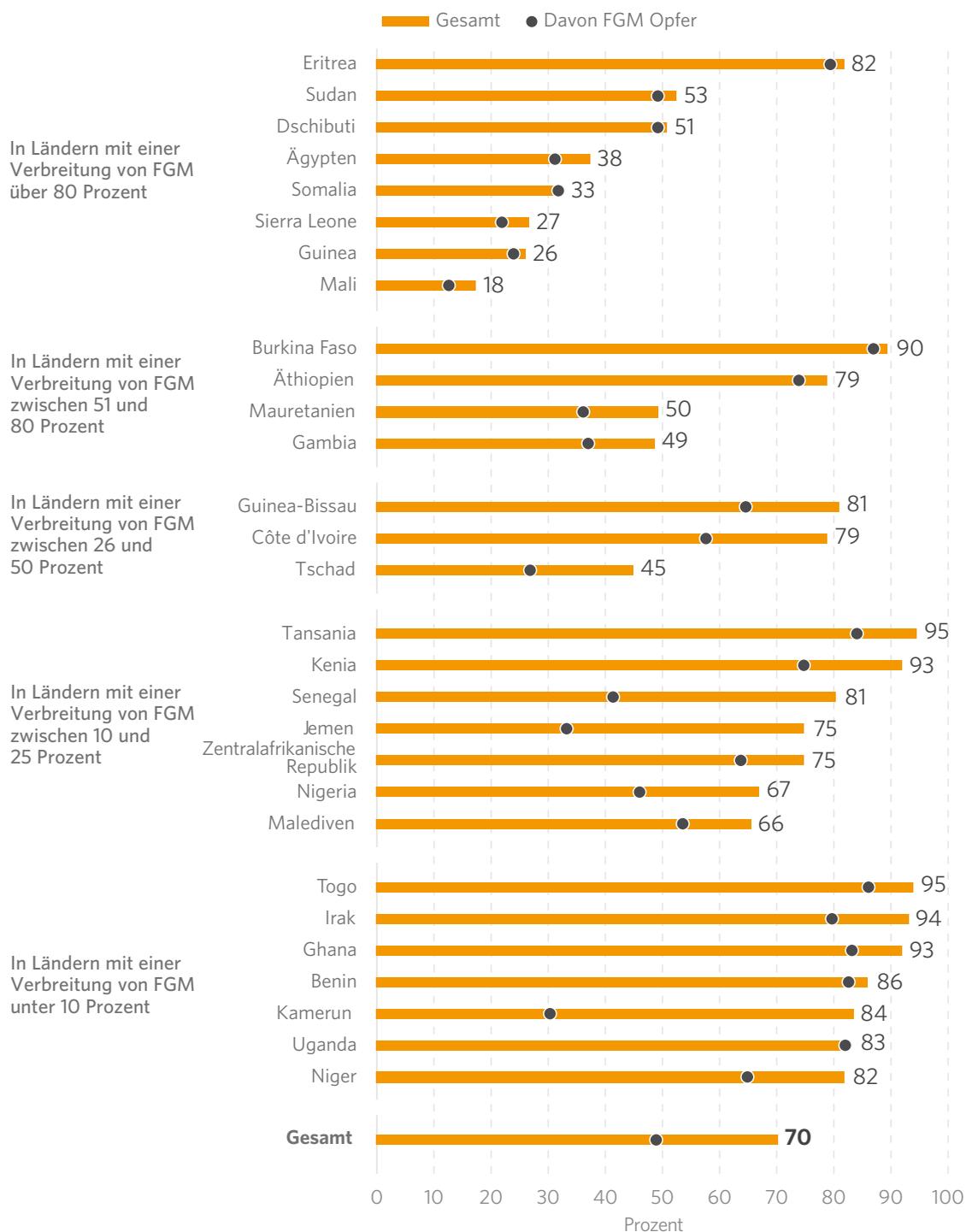
Im Allgemeinen ist FGM im ländlichen Raum, wo Menschen eher in Armut leben, weiter verbreitet als in der Stadt, wo Haushalte wohlhabender sind. In Ägypten haben mehr als 90 Prozent der Frauen auf dem Land eine FGM durchgemacht, in städtischen Gebieten sind es 77 Prozent der Frauen (2015). In Kenia sind in ländlichen Gegenden sogar fast doppelt so viele Frauen betroffen wie in den Städten (2014). In Burkina Faso, Ägypten und Äthiopien haben auf dem Land lebende Frauen häufiger eine FGM hinter sich und sind auch häufiger bereit, ihre Töchter einer FGM zu unterziehen. Zugleich haben sie auch eine positivere Einstellung zur FGM als diejenigen, die in der Stadt leben.

In Mauretanien wurden mehr als 90 Prozent der Frauen aus den ärmsten Haushalten irgendeiner Form von FGM unterworfen, aus den reichsten Haushalten waren es hingegen 37 Prozent der Frauen. Zu den Ausnahmen gehört Burkina Faso, wo die Prävalenz in den ärmsten Haushalten bei 18 Prozent und in den reichsten bei 36 Prozent liegt.

Ein Zusammenhang zwischen FGM und dem Bildungsstand der betroffenen Mädchen lässt sich nur bedingt feststellen, weil sich vorhandene Studien normalerweise auf individuelle Geschichten oder auf nicht-repräsentative Stichproben stützen. In Kenia allerdings gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen FGM und dem Abbruch des Schulbesuchs bzw. einer verminderten Teilnahme an schulischen Aktivitäten. In Burkina Faso, Ägypten, Iran, Nigeria und Jemen hatte ein niedriges Bildungsniveau der Mutter signifikanten Einfluss darauf, ob Frauen und Mädchen einer FGM unterworfen worden waren.

GRAFIK 4.2

Mädchen und Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) gehört haben und denken, dass diese Praktik beendet werden muss, in %

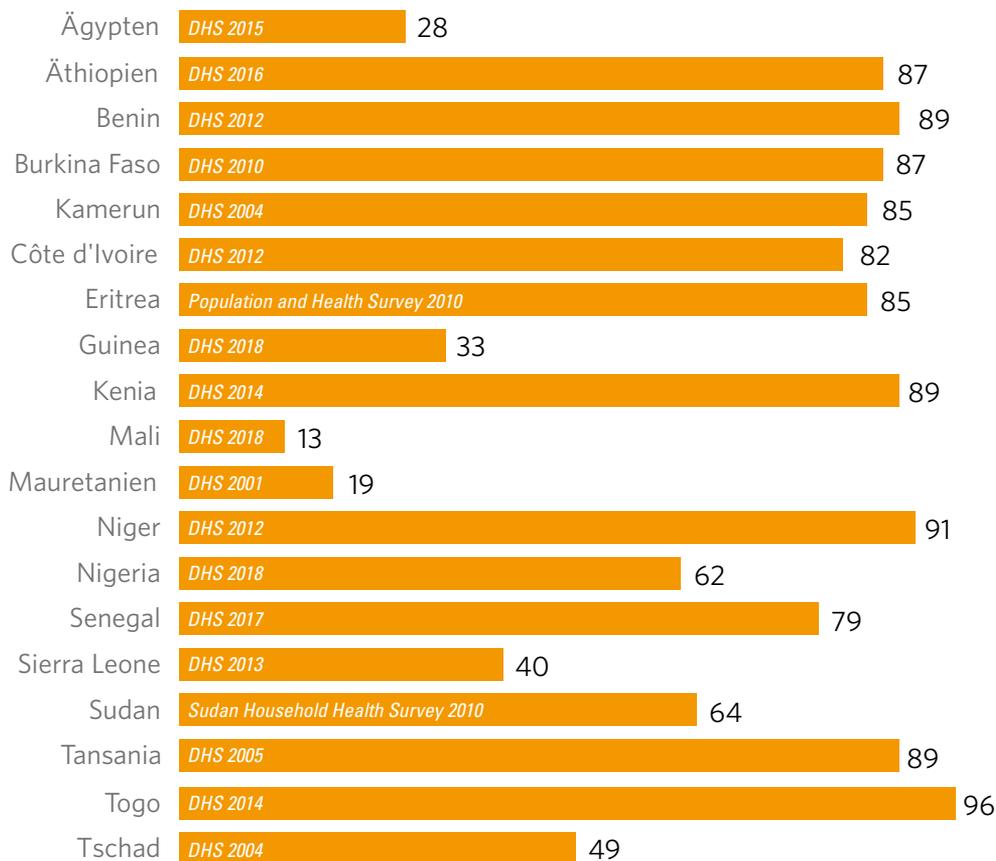


Basierend auf Demographie- und Gesundheitsstudien, Multi Indicator Cluster Surveys und anderen nationalen repräsentativen Studien. Anmerkungen: In Ägypten und Somalia wurden die Einstellungen zu FGM unter allen Mädchen und Frauen errechnet, da die Befragten nicht zuerst gefragt wurden, ob sie von der Praktik gehört haben. Daten für Liberia wurden hier nicht aufgeführt, da dort nur Mädchen und Frauen, die Opfer von weiblicher Genitalverstümmelung geworden sind, nach ihrer Einstellung gefragt wurden. Für Indonesien sind keine Daten zu der Einstellung gegenüber FGM verfügbar.

„ Ich war als Erste dran, weil ich die Ältteste war. Ich sollte die Beine breit machen und ich gehorchte. Ich blutete. Ich wurde ohnmächtig. Aber ich bin so froh, dass ich am Leben bin. **Sehr viele Mädchen sterben daran.**“

GRAFIK 4.3

Jungen und Männer, die von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) gehört haben und denken, dass diese Praktik beendet werden muss, in %*



* Auf der Grundlage von Demografie- und Gesundheitserhebungen (DHS), Erhebungen über mehrere Indikatoren-Cluster (MICS) und anderen national repräsentativen Erhebungen.

Der Trend weist nach unten, doch die Zahl der betroffenen Mädchen steigt

Der Anteil der von FGM betroffenen Frauen und Mädchen geht insgesamt zurück, doch die Zahl der Frauen und Mädchen, die dieser Praxis unterworfen werden, nimmt aufgrund des Bevölkerungswachstums zu. Sie könnte von 4,1 Millionen im Jahr 2020 auf jährlich 4,6 Millionen bis 2030 ansteigen.

Dass der Anteil der von FGM betroffenen Frauen sinkt, zeigen Hochrechnungen aus 30 Ländern. Sie zeigen, dass Ende der 1980er-Jahre wahrscheinlich jedes zweite Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren einer FGM unterzogen wurde. Heute trifft dies nur noch auf jedes dritte Mädchen dort zu. Aber nur anhand von zuverlässigen Daten können Regierungen ihre Fortschritte bei der Beseitigung von FGM überwachen, künftige politische Strategien und Interventionen planen und feststellen, an welchen Orten Unterstützung am dringendsten gebraucht wird.

Der Widerstand wächst

Der Widerstand gegen FGM nimmt zu und baut immer mehr Druck auf, diese schädliche Praxis aufzugeben. In einigen Ländern, in denen sie besonders weit verbreitet ist, hat sich der Anteil der Mädchen und Frauen, die sie abschaffen wollen, im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte verdoppelt. Da immer mehr Frauen, Mädchen, Männer und Jungen über FGM und die dadurch angerichteten Schäden informiert sind, wächst der Widerstand gegen diese Praxis.

Die Einstellungen der Mädchen und Frauen sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. In den meisten Ländern, in denen entsprechende Daten verfügbar sind, findet die Mehrheit der Frauen und Mädchen, dass diese Praxis abgeschafft werden

sollte. Doch in Ägypten, Gambia, Guinea, Mali und Sierra Leone ist mehr als die Hälfte der weiblichen Bevölkerung der Ansicht, FGM solle weiterhin praktiziert werden. Frauen lehnen die Beibehaltung dieser Praxis häufiger ab, wenn ihnen klar ist, welche Gesundheitsgefahren – zum Beispiel HIV-Infektionen, Scheidenfisteln und Geburtskomplikationen – mit FGM verbunden sind. Fünf von zehn Frauen und Mädchen, die eine FGM durchgemacht haben, finden, dass die Praxis abgeschafft werden sollte. Heranwachsende Mädchen lehnen die FGM häufiger ab als ältere Frauen. In zwölf von 19 Ländern, aus denen Daten über die Einstellungen von Jungen und Männern vorliegen, sind über 50 Prozent der Befragten dagegen, FGM fortzusetzen.

Aktuelle Problemlagen

Die Medikalisierung der FGM

Immer häufiger beteiligen sich Gesundheitsdienstleister an der Durchführung einer „medikalisierten“ FGM. Schätzungsweise 52 Millionen Frauen und Mädchen wurden von Ärzt*innen, Pflegekräften oder Hebammen an ihren Genitalien beschnitten. In Ländern wie etwa Ägypten und Sudan wird der Eingriff bei acht von zehn Mädchen von medizinischem Fachpersonal durchgeführt.

Einige Gesundheitsdienstleister*innen erklären sich bereit, den Eingriff vorzunehmen, weil sie in der Medikalisierung eine Möglichkeit sehen, die Schädigung zu begrenzen. Sie glauben, die Verwendung sterilisierter Instrumente in der sauberen Umgebung einer Arztpraxis reduziere das Infektionsrisiko und die Gefahr von Komplikationen oder Ärzt*innen vollziehen weniger extreme Möglichkeiten, zum Beispiel das Durchstechen oder die Kauterisation von Genitalien.

Medizinische Fachkräfte können vielleicht ein „weniger extremes“ Verfahren versprechen, aber es

gibt keinerlei Garantie dafür, dass sich die Folgen in irgendeiner Weise von denen einer traditionellen Beschneidung unterscheiden. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass sich das, was oft als „Nick“ (Narbe) bezeichnet wird, letztlich als eine noch gravierendere Form der FGM herausstellt. In Sudan wurden Frauen, die nach eigenen Angaben „nur vernarbt“ wurden, ärztlich untersucht. Demnach waren annähernd ein Drittel von ihnen in Wirklichkeit einer Infibulation unterzogen worden, das heißt ihre Vagina wurde teilweise vernäht und bei allen wurden Teile der Klitoris und die inneren Vulvalippen entfernt.

Angesichts der Medikalisierung ist es wichtig hervorzuheben, dass es keine „sichere“ FGM geben kann und dass diese Praxis aus medizinischer Sicht nicht zu rechtfertigen ist. Auch wenn der Eingriff in einer sterilen Umgebung durch medizinische Fachkräfte durchgeführt wird, besteht ein Risiko für unmittelbare und langfristige gesundheitliche Folgeschäden. FGM ist eine Menschenrechtsverletzung, egal unter welchen Umständen sie durchgeführt wird. Darüber hinaus verstößt sie gegen die medizinische Ethik.

Die Durchführung der FGM in ärztlichen Behandlungsräumen trägt zur Normalisierung dieser Praxis bei und untergräbt die Bestrebungen, sie abzuschaffen. Ebenso wie eine von traditionellen Beschneider*innen durchgeführte FGM verursacht auch die medikalisierte FGM körperliche und psychische Schäden. Sie setzt die Diskriminierung aufgrund des Geschlechts sowie die Gewalt gegen Mädchen und Frauen fort, und sie verletzt die körperliche Integrität und Würde der Person. FGM ist auch im globalen Norden zu verzeichnen. Die British Society for Paediatric and Adolescent Gynaecology berichtet, dass zwischen 2008 und 2012 bei 266 Mädchen unter 14 Jahren die Vulvalippen „verkleinert“ wurden.

Grenzen werden überschritten, Verbote umgangen

Wo Mädchen und Frauen und traditionelle Beschneider*innen in benachbarte Länder ausweichen, um einer Bestrafung aufgrund gesetzlicher Verbote im eigenen Land zu entgehen, überschreitet FGM auch Staatsgrenzen. In anderen Fällen wurden ethnische Gruppen mit gemeinsamer Geschichte und gemeinsamen Traditionen, darunter auch schädliche Praktiken, durch neue Grenzen geteilt.

Von 22 Staaten, in denen FGM gesetzlich verboten ist, verfügen nur drei über ein Gesetz, das sie auch jenseits der eigenen Staatsgrenzen unter Strafe stellt: Guinea Bissau, Kenia und Uganda. Diese Gesetzeslücke verkennt die Verpflichtung der Staaten, alle Kinder in ihrem Hoheitsgebiet zu schützen, und lässt die Mobilität und Transnationalität der betreffenden Gruppen außer Acht. Wenn die Regierungen hier nicht zusammenarbeiten, dann sind Mädchen aus praktizierenden Gemeinschaften an der Grenze zu Ländern, in denen keine oder weniger strenge gesetzliche Verbote in Kraft sind, einem erhöhten Risiko ausgesetzt.

Wege in eine Welt ohne FGM

Internationale Abkommen

Mit der einstimmigen Billigung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung haben sich 193 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen verpflichtet, FGM bis 2030 zu beseitigen. Die Zielvorgabe 5.3 der Agenda 2030 beinhaltet die Beseitigung aller schädlichen Praktiken wie Kinderheirat, Frühverheiratung und Zwangsheirat sowie Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen.

Darüber hinaus werden die Vertragsstaaten vieler Menschenrechtsverträge und -konventionen verpflichtet, alle Maßnahmen zu ergreifen, um FGM zu unterbinden. So gingen zum Beispiel in Burkina Faso die Fälle von FGM um schätzungsweise

30 Prozent zurück, nachdem die Regierung 1996 ein gesetzliches Verbot verabschiedet hatte. Der Rückgang war allerdings nicht allein auf das Gesetz zurückzuführen, denn gleichzeitig hatten auch andere Interventionen stattgefunden. In Äthiopien wurde deutlich, dass parallele Interventionen, unter anderem mittels Gesetzgebung, in kommunalen und religiösen Gesprächsrunden und lokalen Versammlungen zur Aufklärung über die schädlichen Auswirkungen der FGM, zu einem gewissen Rückgang der Praxis beigetragen hatten.

Normen verändern

Wenn FGM beendet werden soll, dann müssen sich gesellschaftliche Normen verändern: Dazu zählt, was Gemeinschaften glauben, wie sie agieren und welches Handeln sie von ihren Mitgliedern erwarten. Geschlechternormen sind Teil der gesellschaftlichen Normen, sie prägen die Selbstwahrnehmung von Männern und Frauen, ihre sozialen und partnerschaftlichen Beziehungen, ihre Sexualität und die Verteilung von Macht und Ressourcen. Bevor eine Gemeinschaft sich entschließt, eine schädliche Praxis aufzugeben, müssen sich sowohl gesellschaftliche als auch geschlechterbezogene Normen verändern.

Es kommt vor, dass Frauen Normen aufrechterhalten, die ihnen schaden, weil der gesellschaftliche Preis andernfalls einfach zu hoch wäre. Auch wenn eine gesellschaftliche Norm vielleicht schadet, kann sie Frauen innerhalb ihrer Gemeinschaft zu Ansehen verhelfen. Unter Umständen akzeptieren manche Frauen den Verlust von Kontrolle und Einfluss auch im Tausch gegen wirtschaftliche Versorgung. Der normenbezogene Ansatz zur Beseitigung von FGM ist der Schlüssel zum Erfolg von Initiativen, die in Gesprächsrunden, Aufklärungsveranstaltungen und mithilfe „organisierter Diffusion“ Impulse zu individueller und gemeinschaftlicher Reflexion und kritischem Denken geben und so

versuchen, soziale Normen zu verändern. Organisierte Diffusion bedeutet, innerhalb einer Gemeinschaft und zwischen verschiedenen Gemeinschaften mittels direkter Kommunikation, aber auch in Massenmedien und sozialen Netzwerken Informationen zu verbreiten und zu verstärken, die zeigen, welche Vorteile es bringt, FGM aufzugeben. Auf diese Weise entsteht eine soziale Bewegung, die nicht nur die Gemeinschaften insgesamt erfasst, sondern auch ihre Meinungsführer wie etwa religiöse Oberhäupter anspricht. Sind erst einmal genügend Mitglieder einer Gemeinschaft für die Abschaffung, dann ist ein „Kippunkt“ erreicht, der dazu führt, dass sich eine neue soziale Norm etabliert, die verlangt, dass Mädchen und Frauen unversehrt bleiben. Die kollektive Umorientierung wird mit einem Versprechen der ganzen Gemeinschaft besiegelt: einer öffentlichen Erklärung über die Abschaffung der FGM. Ein wichtiges Element dabei ist der Blick auf die Menschenrechte. Dieser prägt die Diskussionen in der Gemeinschaft über Praktiken, welche die Rechte von Mädchen und Frauen verletzen, und fördert die Abkehr sozialer und geschlechterbezogener Normen von FGM.

Um soziale Normen so zu verändern, dass FGM aufgegeben wird, muss der Wandel aus der Gemeinschaft selbst kommen und von ihr getragen werden. Partizipatorische Ansätze sind dabei erfolgreicher als Strategien, die auf Aufklärung oder Belehrung setzen. Ansätze, die von den Gemeinschaften selbst getragen wurden, haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass aus einer „allgemeinen öffentlichen Zustimmung zur FGM“ eine „allgemeine öffentliche Verurteilung von FGM“ geworden ist.

Traditionelle und religiöse Führungspersönlichkeiten

Traditionelle und religiöse Führungspersönlichkeiten verfügen oft über große Entscheidungsmacht

denn sie wahren Tradition, Kultur und Rechte. Sie können vermitteln, wenn es gilt, die Mitglieder einer Gemeinschaft von neuen Normen zu überzeugen, also FGM aufzugeben. Wo sie als religiöses Gebot angesehen wird, können religiöse Oberhäupter mittels öffentlicher Erklärungen deutlich machen, dass Religion und FGM nichts miteinander zu tun haben. So können sie familiäre Entscheidungen beeinflussen, ob Mädchen einer FGM unterworfen werden sollten oder nicht. Islamische und christliche Autoritäten in Ägypten, Eritrea, Äthiopien, Mali, Mauretanien und Somalia haben sich bereits entsprechend geäußert.

Ganzheitliche und multisektorale Ansätze

Schädliche Praktiken werden von diversen gesellschaftlichen Kräften aufrechterhalten, deshalb braucht es ganzheitliche, multisektorale Ansätze, die in Zusammenarbeit mit den Haushalten, Gemeindevorständen, Institutionen und politischen Amtsträgern umgesetzt werden.

Sogenanntes „Social Norms Marketing“

Beim „Social Norms Marketing“ werden Instrumente aus dem Marketing-Bereich mit anderen Techniken und Kanälen kombiniert, um soziale Normen und die ihnen entsprechenden Verhaltensweisen zu verändern. Die Nutzung von Massenmedien und Marketing-Ansätzen ist eine wirksame Methode, um mit relativ geringen Kosten sehr viele Menschen zu erreichen. Sie eignet sich besonders gut, um in größerem Maßstab Einstellungen zu schädlichen Verhaltensweisen und Normen zu verändern.

Ein Beispiel ist die sudanesische Saleema-Kampagne, die 2008 gestartet wurde und ein positives Bild von Mädchen zeichnet, die nicht beschnitten wurden und dennoch respektiert werden. In der Kampagne werden die natürlichen Körper von Mädchen und Frauen im Fernsehen, im Radio und in Printmedien mit neuen, positiven Formulierungen beschrieben.

Künstlerische Illustration mit freundlicher Genehmigung von Fatma Mahmoud Salama Raslan.



Die Selbstverpflichtungen von Gemeinden aufrechterhalten

Gemeinden nahe Systeme zur Weiterverfolgung öffentlicher Erklärungen über die Abschaffung von FGM können wichtige Instrumente sein, wenn es darum geht, Mädchen davor zu schützen. Im Senegal zum Beispiel wurden in Kommunen, die öffentliche Erklärungen gegen FGM abgegeben haben, Ausschüsse gebildet, um Fälle von FGM nachzuverfolgen oder bei Familien zu intervenieren, die vorhaben, ein Mädchen dieser Praxis zu unterziehen. Diese Ausschüsse sensibilisieren dafür, wie wichtig es ist, FGM hinter sich zu lassen, und überzeugen Gemeindemitglieder, ihre Töchter nicht anzutasten.

Die Rolle von Mädchenklubs

Schulische und außerschulische Klubs können heranwachsenden Mädchen Möglichkeiten bieten, sich über FGM und andere ihr Leben betreffende Themen zu informieren und sich stärker sozial zu vernetzen. Mädchenklubs können auch einen Beitrag zur Veränderung von Geschlechternormen leisten. Sie stärken das Selbstvertrauen der Mädchen, ermutigen sie, ihre Meinung zu äußern und verschaffen ihnen Zugang zu Rollenvorbildern. Diese wiederum können sich als Mentorinnen engagieren und den jugendlichen Mädchen beim Erwachsenwerden zur Seite stehen.

Eine Rolle für Männer

Viele Männer und Jungen – in Ländern, zu denen Daten vorliegen, sind es mehr als die Hälfte – wünschen sich, dass FGM abgeschafft wird. Sie haben jedoch aufgrund des extremen gesellschaftlichen Drucks Angst, ihre Meinung zu äußern. Gemeinschaften können den Wandel von innen heraus befördern, indem sie Gesprächsräume schaffen, in denen sich Männer und Frauen darüber austauschen können, welche Schäden diese Praxis verursacht und welche Vorteile es hat, sie

aufzugeben. Männerklubs können das Wissen über Gesundheitsfragen vertiefen und damit informierte und gesunde Entscheidungen für die Familien und die eigene Person ermöglichen. Klubs können sensibilisieren und Männer über reproduktive Gesundheit aufklären.

Das Ende von FGM ist in Sicht

Die Beseitigung von FGM bis 2030 ist in Reichweite, aber es muss schneller gehandelt werden. Sonst wird das Ziel der Agenda 2030 nicht erreicht und Millionen weitere Mädchen werden geschädigt und in ihren Rechten verletzt. Es wurden zwar Fortschritte erzielt, bislang aber nicht schnell genug, um diese schädliche Praxis innerhalb der nächsten zehn Jahre zu beseitigen. Selbst in Ländern, in denen FGM inzwischen nicht mehr so häufig vorkommt, müsste die Entwicklung mindestens zehnmal schneller voranschreiten, um das globale Ziel der vollständigen Beseitigung bis 2030 zu erreichen.

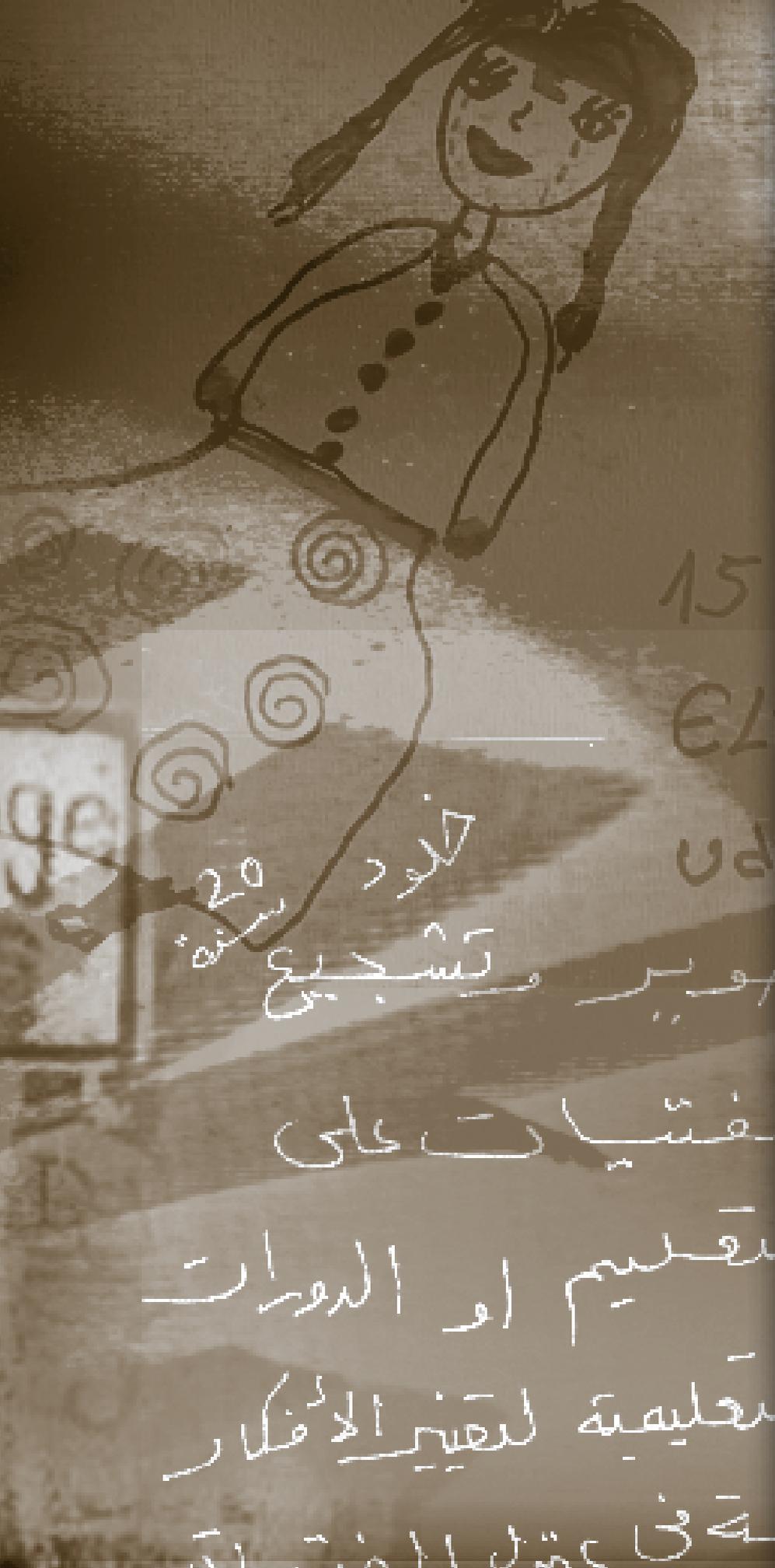
Frauen und Mädchen, die FGM ablehnen, sollten durch Programme so gestärkt werden, dass sie sich Gehör verschaffen können. Programme zur Stärkung von Gemeinschaften und zur Veränderung sozialer Normen haben schon dazu geführt, dass FGM auf lange Sicht aufgegeben wurde. Sie könnte bis 2030 in 31 Ländern abgeschafft sein, wenn erfolgreiche gemeindenahen Anstrengungen verstärkt und in vollem Umfang finanziert würden. Es wären über zehn Jahre hinweg 2,4 Milliarden US-Dollar nötig, um dieses Ziel zu erreichen. Davon würden 2,1 Milliarden US-Dollar für Präventionsprogramme, 225 Millionen für Schutzprogramme und 130 Millionen US-Dollar für Pflege und Behandlung gebraucht.

Regierungen, Zivilgesellschaft, soziale Bewegungen, Aktivist*innen, aber auch die Gemeinden selbst wissen, was funktioniert.

VERSprochen WEGGEGEBEN GEhandelt VERKAUFT

Tag für Tag **VERBAUEN**
FRÜHVERHEIRATUNGEN
die Chancen von
33,000 MÄDCHEN

I was a Child Bride -
That Walked out of the Marriage.
Today, I am a Graduate



Wenn **MÄDCHEN**
verheiratet
werden, werden
ihre Rechte
VERLETZT.

Ihre Schulausbildung endet.
Das Kinderkriegen beginnt.
Chancen gehen verloren, und
Türen zur Zukunft werden
zugeschlagen.

Manchmal werden Mädchen
gegen etwas von Wert
eingetauscht. Manchmal sind
sie eine Bürde, die auf andere
abgeladen wird. Manchmal
werden sie jemandem
übergeben, von dem man
annimmt, dass er ihre
Sicherheit gewährleisten
kann. Doch selten, wenn
überhaupt jemals, treffen sie
diese Entscheidung selbst.

„Ich war erst zwölf Jahre alt, als ich mit meinem 25-jährigen Cousin verheiratet wurde. Ich saß auf dem Boden und malte gerade in meinem Prinzessinnen-Malbuch, als meine Mutter zu mir ins Zimmer kam. Sie setzte sich aufs Bett und sagte zu mir: ‚Najma, morgen wirst du heiraten.‘“

Kinderheiraten sind fast überall verboten, dennoch finden sie täglich 33.000 Mal statt, jeden Tag, weltweit. Schätzungsweise 650 Millionen heute lebende Mädchen und Frauen sind bereits als Kinder verheiratet worden, und bis 2030 werden weitere 150 Millionen Mädchen unter 18 Jahren dasselbe Schicksal erleiden.

Von den schädlichen Praktiken, zu deren Beendigung sich UNFPA verpflichtet hat, ist die Kinderehe die am weitesten verbreitete. Sie untergräbt jedes Jahr die Rechte und die Zukunft von zwölf Millionen Mädchen. Die Zahl der Kinderehen bis 2030 auf null zu senken, ist ein Ziel, das sich UNFPA gesetzt hat und ein Ziel der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen.

Auch wenn sich die Kosten von Kinderehen für die Rechte, Wahlmöglichkeiten und Chancen der einzelnen Mädchen nicht berechnen lassen, ist klar, dass Frühverheiratungen wegen des durch sie verursachten Verlusts an menschlichem Potenzial mit hohen wirtschaftlichen Folgekosten einher-

gehen. Nach Schätzungen der Weltbank könnte sich der Verlust an Humankapital allein in den zwölf Ländern, in denen Frühverheiratungen am weitesten verbreitet sind, von 2017 bis 2030 auf insgesamt 63 Milliarden Dollar beziffern. Das ist sehr viel mehr als diese Länder an Entwicklungshilfe erhalten. Das Ende der Kinderehe hätte enorme Vorteile nicht nur für die Selbstbestimmung von Mädchen, sondern auch für ihre Gesundheit, Bildung und ihr Wohlergehen sowie für ihre Gemeinden und Staaten.

Das verweigerte Recht, selbst zu entscheiden, ob, wann und wen man heiratet

Kinderehen stellen eine fundamentale Menschenrechtsverletzung dar, die Mädchen ihrer Bildung, Gesundheit und langfristigen Perspektiven beraubt. Von Kinderehen oder Frühverheiratungen spricht man, wenn einer der beiden Partner bei der Heirat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Kinderheirat betrifft sowohl Jungen als auch Mädchen. Mädchen sind jedoch in größerer Zahl betroffen und haben einen Großteil der negativen Konsequenzen zu tragen. Denn sie leiden besonders darunter, wenn sie zu jung heiraten. Die Kinderehe ist eine schädliche Praxis, die den Betroffenen in der Regel von Verwandten, Gemeindemitgliedern oder der Gesellschaft insgesamt angetan wird, unabhängig davon, ob das Opfer eine vollständige, freie und informierte Zustimmung erteilt oder dazu überhaupt in der Lage ist.

Kinderehen gibt es in allen Teilen der Welt

Die Kinderehe ist eine große gesellschaftliche Herausforderung. Am akutesten ist das Problem in Südasien, in Afrika südlich der Sahara sowie in Teilen Lateinamerikas und der Karibik. Sie kommt in vielen verschiedenen Kontexten vor, sowohl in Entwicklungs- als auch in Industrieländern. Ihre Prävalenz ist sowohl historisch als auch in der Gegenwart sehr unterschiedlich (Prävalenz: hier definiert als der Prozentsatz der Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren, die vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet waren oder in einer eheähnlichen Gemeinschaft lebten).

Weltweit wird die Prävalenz von Kinder- und Frühehen heute auf rund 21 Prozent geschätzt. Lag 1990 Südasien mit einer Prävalenz von fast 60 Prozent noch an der Spitze, sind Kinderehen

heute in West- und Zentralafrika mit 40 Prozent am weitesten verbreitet, gefolgt von Ost- und Südafrika mit 34 Prozent. In Lateinamerika und der Karibik ist jedes vierte Mädchen vor dem 18. Geburtstag verheiratet oder lebt in informellen Partnerschaften, teilweise sogar mehr als jedes dritte Mädchen. In anderen Entwicklungsregionen liegt die Prävalenz mit 18 Prozent im Nahen Osten und Nordafrika sowie sieben Prozent in Ostasien und im Pazifik erheblich niedriger. In Bangladesch, der Dominikanischen Republik, Nicaragua sowie 17 Ländern in Afrika südlich der Sahara waren 2017 mindestens zehn Prozent der jungen Frauen vor Vollendung des 15. Lebensjahres verheiratet oder lebten in einer eheähnlichen Gemeinschaft. Von den Gesamtzahlen her rangiert Südasien mit schätzungsweise 4,1 Millionen Kinderheiraten im Jahr 2017 noch immer an der Spitze, gefolgt von Afrika südlich der Sahara mit 3,4 Millionen.

Fast zwei Drittel der Länder verzeichnen einen Rückgang der Kinderheirat, 1990 bis 2018, Anzahl nach Regionen (n=56)

	Anzahl der Länder mit einem anhaltenden Rückgang	Anzahl der Länder mit einem abrupten Rückgang	Anzahl der Länder mit keiner Veränderung oder einem Anstieg	Gesamt
Afrika, südlich der Sahara	7	9	12	28
Südasien	2	3	0	5
Latein Amerika	3	1	6	10
Andere	5	4	4	13
Gesamt	17	17	22	56

Verheiratete Mädchen, Stand 2018

16,2 Millionen

41,6 Millionen

13,1 Millionen

70,9 Millionen

Anmerkung: Teilmenge von Ländern mit vier oder mehr Datenpunkten
Quelle: World Development Indicators 2019

Die Prävalenz der Kinderehe nimmt weltweit ab und ist von rund 25 Prozent im Jahr 2006 auf 21 Prozent im Jahr 2018 gesunken, wobei in mehreren Ländern, speziell in Indien, der Rückgang besonders deutlich ausfiel. Insgesamt lassen sich drei Trends ausmachen: In einem Drittel der Länder ging die Prävalenz linear oder kontinuierlich um 0,6 Prozent pro Jahr zurück, in einem Drittel folgten auf abrupte Rückgänge (durchschnittlich 13 Prozent) Perioden mit geringen oder keinen Veränderungen, und in einem Drittel gab es keinen Rückgang oder gar einen Anstieg von jährlich bis zu 0,5 Prozent.

Frühverheiratungen sind ein länder-, kultur-, religions- und ethnienübergreifendes Phänomen. Sie geschehen, weil Mädchen in der Regel weniger geschätzt werden als Jungen. Zudem führen Armut, Unsicherheit und der eingeschränkte Zugang zu hochwertigen Bildungs- und Arbeitschancen dazu, dass eine Kinderehe oft als die beste Option für die Mädchen oder als eine Möglichkeit für Eltern angesehen wird, die schwierigen wirtschaftlichen Umstände der Familie zu mildern. Überall sind Kinderehen eng mit einem niedrigen Bildungsniveau, Armut und einem ländlichen Wohnumfeld verknüpft.

Triebkräfte und bestimmende Faktoren

Geschlechterdiskriminierung und soziale Normen

Geschlechterdiskriminierung spiegelt sich in patriarchalischen Institutionen und soziokulturellen Normen wider und legt Mädchen und Frauen auf die Rolle als unbezahlte Hausfrau, Kindergebärerin und Mutter fest. Diese Diskriminierung schließt auch die hohe Wertschätzung der Jungfräulichkeit von Mädchen und die Angst vor der weiblichen Sexualität ein, was dazu führt, dass Mädchen in Ehen gezwungen werden, solange sie noch „intakt“

sind. Manche Eltern sehen in einer frühen Heirat ihrer Töchter auch einen Schutz vor vorehelichem Sex und sexueller Belästigung. Zu weiteren, gesellschaftlichen Faktoren, die Frühverheiratungen fördern, zählen Traditionsbewusstsein und soziale Verpflichtungen, das Risiko außerehelicher Schwangerschaften, die Furcht davor, dass unverheiratete ältere Mädchen als unrein abgestempelt werden sowie die in einigen Gemeinschaften verbreitete Überzeugung, die Religion würde die Ehe ab der Pubertät verlangen. Bei vielen dieser Faktoren handelt es sich um patriarchalische Normen, die Mädchen und Frauen auf einen minderwertigen und unterwürfigen Status reduzieren und ihnen das Recht verweigern, eigene Entscheidungen zu treffen.

Mädchen haben weder eine Stimme noch eine Wahl

In stark hierarchischen Gesellschaften, in denen Männer Macht über Frauen und Ältere Macht über Jüngere haben, müssen Mädchen gegen die doppelte Benachteiligung kämpfen, sowohl weiblich als auch jung zu sein. Kinderheiraten kommen in Gesellschaften vor, in denen Jugendlichen nicht zugehört wird und Mädchen nicht zu den Entscheidungen angehört werden, die ihr Leben betreffen. Dies gilt insbesondere für Mädchen unter 15 Jahren und für Mädchen mit niedrigem Bildungsniveau. Wenn Mädchen die Wahl haben, entscheiden sie sich in der Regel dafür, später zu heiraten. Aus diesem Grund setzen viele Programme zur Beendigung von Kinderehen darauf, Mädchen zu stärken, unter anderem durch Bildung. Ob oder wann Mädchen verheiratet werden, hängt davon ab, inwieweit sie befähigt werden, ihre Rechte zu kennen, ihre eigenen Entscheidungen im Leben zu treffen und ihre eigene Zukunft zu planen.

erhoben. Die geschlechtsspezifische Ungleichheit im Bildungsniveau zu Lasten von Mädchen ist in der Sekundarstufe besonders ausgeprägt und beschleunigt den Weg von Mädchen in Ehe und Mutterschaft.

Gekauft und verkauft

Finanzielle Transaktionen wie Mitgift und Brautpreis tragen ebenfalls zu einer hohen Prävalenz von Kinderehen bei. Häufig rechtfertigen ärmere Eltern die frühe Verheiratung von Töchtern damit, dadurch ihre wirtschaftliche Zukunft zu sichern, oder sie betrachten Töchter als Wirtschaftsgut und als eine Möglichkeit, familiäre Schulden zu begleichen oder Streitigkeiten beizulegen.

Eine Mitgift wird von der Familie der Braut an den Bräutigam bezahlt, nominell für den Unterhalt der Frau, der Brautpreis hingegen vom Bräutigam oder seiner Familie, um die Braut zu „kaufen“. Beide Traditionen fördern nach Ansicht vieler Experten Kinderehen, weil jüngere Mädchen weniger Mitgift kosten und höhere Brautpreise erbringen. Mädchen oder jüngere Frauen gelten als wertvoller, da sie mehr Jahre für das Kinderkriegen und die Hausarbeit vor sich haben. Im Falle der Mitgift steht dahinter die Annahme, dass ältere Mädchen weniger Bewerber haben und die Familie die Mitgift erhöhen muss, um sie „loszuwerden“. Zudem werden Mädchen oftmals als finanzielle Belastung angesehen, die umso größer wird, umso länger die Heirat auf sich warten lässt. Beim Brautpreis ist der Vorteil direkter: je jünger ein Mädchen ist, umso höher der Preis, der sich für sie erzielen lässt, und zugleich kann die Familie die finanzielle Last ihrer Versorgung früher abgeben.

Unabhängig davon, welches System vor Ort vorherrscht, stellen Mitgift und Brautpreis eine „Kommodifizierung“ von Mädchen und Frauen dar – eine eklatante Verletzung ihres Menschen-

rechts, selbst über ihr Leben zu entscheiden, auch über ihre Ehe. Aus diesem Grund ist die Zahlung von Mitgift oder Brautpreis in den meisten Ländern verboten. Doch die Durchsetzung solcher Verbote ist schwierig.

In Notzeiten steigt die Zahl von Kinderheiraten

In Zeiten von humanitären Krisen aufgrund von Naturkatastrophen und Konflikten nimmt die Zahl von Frühverheiratungen zu. So heiraten im Jemen heute über 65 Prozent der Mädchen vor ihrem 18. Geburtstag, verglichen mit 50 Prozent vor Ausbruch des Bürgerkriegs. Im Libanon sind 41 Prozent der jungen vertriebenen syrischen Frauen unter 18 Jahren verheiratet. In den Flüchtlingslagern in Jordanien war bei Ausbruch des Bürgerkriegs in Syrien 2011 in zwölf Prozent der Ehen ein Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren involviert, 2018 dagegen lag dieser Anteil bei 36 Prozent.

Es gibt einige Hinweise darauf, dass in Zeiten wirtschaftlicher Not der wirtschaftliche Wert von Mädchen für die Familie steigt. Als etwa in Tansania durch wiederkehrende Dürreperioden ausgelöste Missernten landesweite „Einkommensschocks“ nach sich zogen, stieg die Zahl von Mädchen an, die verheiratet wurden, um einen Brautpreis zu erzielen.

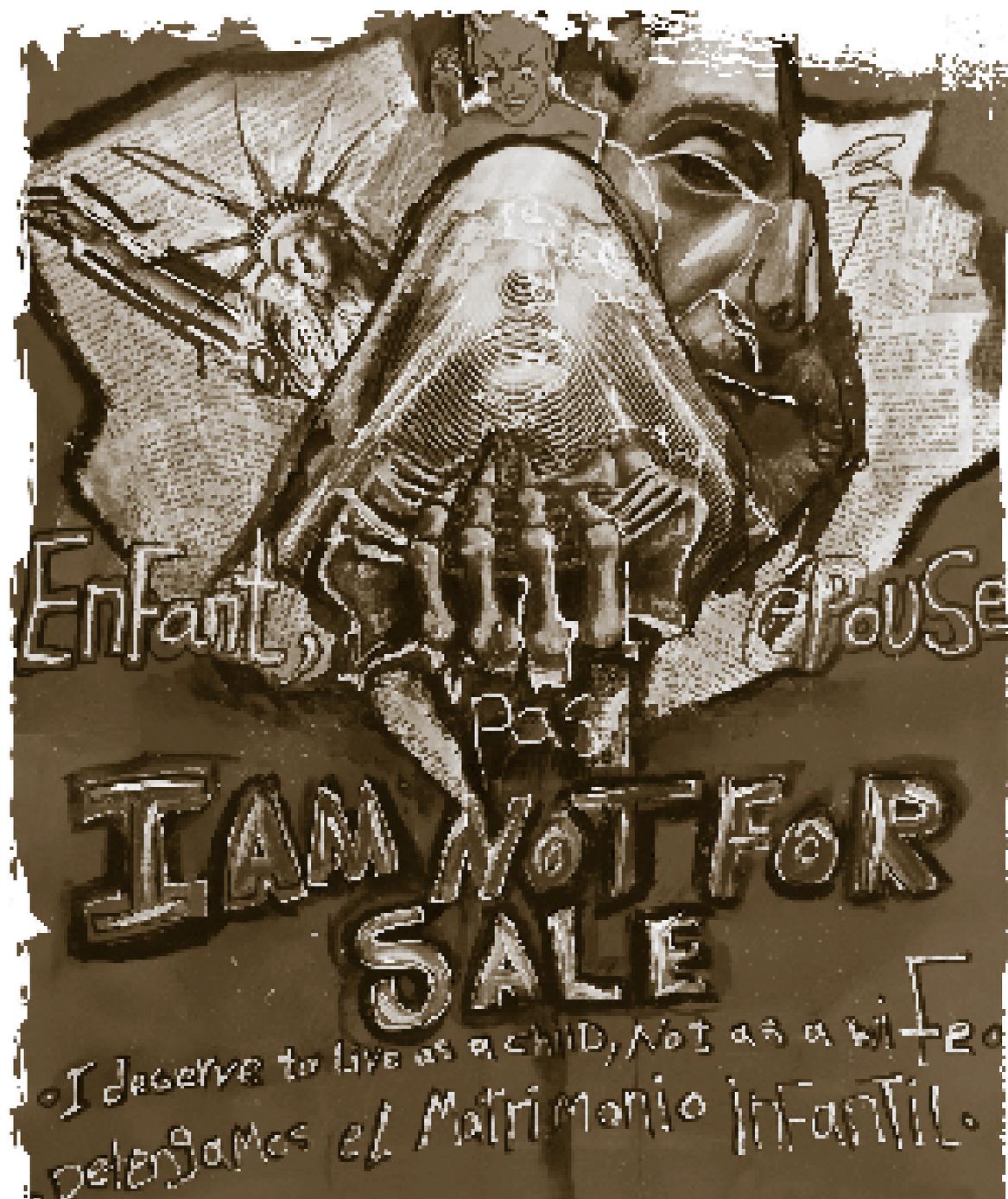
Ein weiterer Motor für Frühverheiratungen in Krisenzeiten ist das mit der Schwächung der sozialen Institutionen einhergehende, erhöhte Risiko von sexualisierter Gewalt und Missbrauch. In solchen Situationen begreifen manche Familien die Frühverheiratung als eine Möglichkeit, die „Ehre“ ihrer Töchter und damit auch die der Familie zu schützen. Darüber hinaus gelten Mädchen, denen in Krisenzeiten Bildungschancen vorenthalten werden, möglicherweise als „untätig“.

Das fördert die Wahrnehmung, dass die Ehe für Mädchen mit begrenzten Möglichkeiten die bessere Alternative darstellt. Außerdem verändern Konflikte und die damit verbundene Vertreibung den sozialen Prozess der Ehe, was zu kürzeren Verlobungszeiten, niedrigeren Brautpreisen, veränderten Praktiken bei Verwandtenehe und einem niedrigeren Alter bei der ersten Heirat führt.

Konsequenzen

Kinderehen verletzen die Grundrechte von Mädchen: weniger Bildung, schlechtere Gesundheit, die Gefahr und tatsächliche Erfahrung von geschlechtsspezifischer Gewalt, soziale Ausgrenzung, die mit Depressionen und sogar Selbstmord einhergehen kann, eingeschränkte Mobilität und häusliche Pflichten: Zusammengenommen untergraben diese Verstöße das Beschäftigungs- und

Künstlerische Illustration mit freundlicher Genehmigung von Fatma Mahmoud Salama Raslan.



Verdienstpötenzial von Mädchen und setzen den Kreislauf der Armut für ihre Familien und Gemeinschaften fort.

Frühe Schwangerschaften und Geburten

Eine der schädlichsten Folgen von Kinderehen ist, dass sie in der Regel zu frühen Schwangerschaften und Geburten führen. Oft sind Mädchen in diesem jungen Alter körperlich, emotional, intellektuell und finanziell noch nicht bereit für eine Mutterschaft. Im Vergleich zu Frauen über 20 Jahren, besteht nicht nur eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie während der Schwangerschaft und bei der Geburt sterben, sondern auch ihre Kinder werden mit größerer Wahrscheinlichkeit tot geboren oder sterben in den ersten Lebensmonaten.

Die verfrühte Mutterschaft ist unter Kinderbräuten weit verbreitet. In Afrika südlich der Sahara haben 96 Prozent der Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren, die vor dem 18. Geburtstag verheiratet

waren, schon mindestens ein Kind zur Welt gebracht. Von diesen haben 56 Prozent innerhalb des ersten Ehejahres entbunden und 28 Prozent weniger als 24 Monate nach der ersten Geburt ein weiteres Kind bekommen. In Lateinamerika und der Karibik hatten 86 Prozent der Frauen, die vor dem 18. Geburtstag verheiratet waren oder in einer eheähnlichen Partnerschaft lebten, vor ihrem 20. Geburtstag ein Kind bekommen. In Indien waren 60 Prozent der Frauen aus Kinderehen vor Vollendung ihres 18. Lebensjahres Mutter geworden, bei 79 Prozent war das vor ihrem 20. Geburtstag der Fall.

Weltweit entfallen nahezu 95 Prozent der Geburten unter Minderjährigen auf Entwicklungsländer, und rund 90 Prozent der Geburten unter Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren in diesen Ländern erfolgen innerhalb der Ehe. Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt sind weltweit die häufigste Todesursache bei

Wandmalerei von Maia Bobo
in Zusammenarbeit mit
TackleAfrica, Burkina Faso.



Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren. Die Weltbank beziffert die lebenslangen Opportunitätskosten (Verzichtskosten) im Zusammenhang mit Schwangerschaften unter Heranwachsenden auf Werte zwischen einem Prozent des jährlichen Bruttoinlandsproduktes (BIP) in China und 30 Prozent in Uganda.

Risiko von Tod und Verletzungen bei der Geburt

Wenn Mädchen früh verheiratet werden, kann sie das ihr Leben kosten. Das Risiko der Müttersterblichkeit ist für Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren etwa 28 Prozent höher als für Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren. In Afrika südlich der Sahara betrug die Müttersterblichkeitsrate (Anzahl der Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten) 2010 für Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren 504, verglichen mit 416 für junge Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren. In Asien lagen die entsprechenden Zahlen bei 269 zu 201 und in Lateinamerika bei 190 zu 164. Mit anderen Worten: Wird die Geburt des ersten Kindes auch nur hinausgezögert bis eine Frau 20 Jahre alt ist, sinkt das Risiko der Müttersterblichkeit ganz erheblich.

Eines der Hauptrisiken für Mädchen, die zu jung gebären, sind Scheidenfisteln, eine vermeidbare Komplikation vaginaler Entbindungen, bei der ein „Hohlraum“ zwischen Scheide und Rektum, zwischen Blase und Rektum oder auch beidem entsteht, was dauerhafte Inkontinenz zur Folge hat. Das wiederum führt häufig dazu, dass eine Frau von ihrem Ehemann und ihrer Gemeinschaft verstoßen wird. Mit rund 90 Prozent ist ein stark verzögerter Geburtsverlauf die Hauptursache für Scheidenfisteln in Entwicklungsländern. Mädchen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres entbinden, sind davon unverhältnismäßig häufig betroffen, was daran liegt, dass ihr Becken noch nicht ausge-reift ist, sprich die Beckenöffnung ist noch zu klein

und der Kopf des Babys bleibt im Geburtskanal stecken. Das weiche Gewebe der Vagina wird dann zwischen dem Kopf des Babys und den Beckenknochen eingeklemmt, und der anhaltende Druck verursacht die Fistel.

Vor allem in Nigeria und Äthiopien erleidet eine überproportional hohe Anzahl von heranwachsenden Müttern eine Scheidenfistel, 46 Prozent der Scheidenfisteln traten in Nigeria bei der Erstgeburt auf. Insgesamt schätzt man die Zahl der Frauen in Entwicklungsländern, die unter Scheidenfisteln leiden, auf 2 bis 3,5 Millionen, und jedes Jahr kommen zwischen 50.000 und 100.000 neue Fälle hinzu.

Schlechte Gesundheit bei Babys von Kinderbräuten

Minderjährig Gebärende haben ein erhöhtes Risiko für Totgeburten, eine höhere Sterblichkeitsrate bei Neugeborenen, ein niedrigeres Geburtsgewicht sowie mehr Krankheits- und Todesfälle bei Säuglingen und Kindern. Außerdem sind die Kinder von Müttern, die vor dem 18. Geburtstag entbinden, häufig kleiner. In Bangladesch und Indien etwa ist das Risiko eines verzögerten Wachstums bei den Babys zu junger Mütter um sechs Prozent und in Burkina Faso und Mosambik um zehn Prozent erhöht. Diese Wachstumsverzögerung setzt sich für das gesamte Leben des Kindes fort.

Jung verheiratete Mädchen bekommen mehr Kinder

Frauen, die schon in jungem Alter gebären, bekommen im Durchschnitt mehr Kinder als Frauen, die später heiraten. Mädchen, die im Alter von 13 Jahren heiraten, bringen im Laufe ihres Lebens durchschnittlich 26 Prozent mehr Kinder zu Welt als Mädchen, die mit 18 oder später heiraten. Und selbst Mädchen, die mit 17 heiraten, haben immer noch 17 Prozent mehr Kinder, als solche, die das

erst mit 18 oder später tun. Frauen, die in jungen Jahren heiraten, sehen einem Leben mit häuslichen Pflichten, ungewollten Schwangerschaften, großen Familien und finanzieller Abhängigkeit von ihren Ehemännern entgegen.

Mädchen, die früh heiraten, setzen ihre Ausbildung seltener fort

Frühverheiratungen korrelieren mit einem abrupten Ende der Schulausbildung, höheren Analphabetinnenraten und schlechteren Bildungsergebnissen. Das untergräbt die Aussichten der Mädchen auf einen Einstieg ins Erwerbsleben und ihre wirtschaftliche Autonomie. Verheiratete Mädchen setzen aufgrund rechtlicher oder gesellschaftlicher Beschränkungen oder der Notwendigkeit, nach der Heirat häusliche Pflichten übernehmen zu müssen, ihre Schulbildung nur selten fort. Das hat erhebliche Folgen für ihre Unabhängigkeit und Fähigkeit, produktiv zu sein und einen Beitrag zu ihren Familien, Gemeinschaften und Gesellschaften zu leisten. Es wirkt sich auch negativ auf die Möglichkeiten der eigenen Kinder aus, ihre Ausbildung über die Grundschule hinaus fortzusetzen und dem Kreislauf von früher Heirat, vielen Kindern und Armut zu entkommen.

Laut einer Überblicksstudie zu 31 Ländern in Afrika südlich der Sahara und fünf asiatischen Ländern hatten Mädchen, die vor dem 18. Geburtstag verheiratet wurden, in den 31 untersuchten afrikanischen Ländern im Durchschnitt nur 2,9 Jahre Schulbildung genossen und 3,9 Jahre in den fünf asiatischen Ländern. Bei jungen Frauen, die im Alter von 18 Jahren oder später heirateten, verdoppelt sich diese Zahl mit durchschnittlich 5,3 Jahren Schulbildung in den afrikanischen und 7,7 Jahren in den asiatischen Ländern. Dieses Ungleichgewicht spiegelt sich auch in den Alphabetisierungsraten wider: Nur 17 Prozent der Frauen in den afrikanischen und 35 Prozent in den

asiatischen Ländern, die vor ihrem 15. Geburtstag verheiratet wurden, konnten lesen und schreiben, während bei ihren Geschlechtsgenossinnen, die mit 18 oder später geheiratet hatten, dieser Anteil bei 53 beziehungsweise 75 Prozent liegt.

Geschlechtsspezifische Gewalt

Die Lebensqualität von Frauen, die vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet wurden, ist deutlich geringer als die von Frauen, die später geheiratet haben: Weltweit hat fast jede dritte Frau aus einer Kinderehe körperliche und/oder sexualisierte Gewalt erfahren, bei Frauen, die erst im Erwachsenenalter heirateten, war es dagegen nur jede fünfte. Kinder-ehen schreiben geschlechtsspezifische Gewalt fort, weil sie durch Altersunterschiede in der Ehe, Machtungleichgewichte, eingeschränkte weibliche Autonomie, soziale Isolation sowie weibliche und männliche Normen gekennzeichnet sind, die Gewalt durch den Partner akzeptieren und rechtfertigen. Die Anwendung und sogar die Androhung von Gewalt ist ein fundamentaler Faktor der männlichen Kontrolle über junge Frauen.

In Indien haben 32 Prozent der Frauen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahrs geheiratet haben, physische Gewalt durch ihren Ehemann erlebt, gegenüber 17 Prozent der Frauen, die später geheiratet haben. Frühverheiratete Frauen leiden nicht nur häufiger unter häuslicher Gewalt, sondern sind auch deutlich häufiger der Meinung, dass diese Gewalt unter bestimmten Umständen gerechtfertigt sei: Während zwei Drittel der Kinderbräute diese Ansicht vertraten, tat das von den Frauen, die später geheiratet hatten, nur die Hälfte.

Dauerhafte psychische Schäden

Gewalt – ob nun körperliche, sexuelle oder emotionale Gewalt – und frühe Schwangerschaft haben nachhaltige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Mädchen. Kinder-ehen sind mit

dem Druck verbunden, Kinder zu gebären und aufzuziehen, und das zu einer Zeit, in der die Mütter selbst noch Kinder und nur unzureichend über das sexuelle und reproduktive Dasein informiert sind. Darüber hinaus leiden Mädchen in Kinderehen häufig unter sozialer Isolation, Stress, Depressionen und Ohnmachtsgefühlen. In den USA korrelieren Kinderehen mit einem breiten Spektrum von Verhaltensstörungen, einschließlich Nikotinabhängigkeit und Alkoholmissbrauch, sowie mit psychischen Störungen. Wie eine Studie in Äthiopien ergab, ist die Wahrscheinlichkeit für Selbstmordgedanken bei Mädchen, die entweder ein Heiratsangebot erhalten haben, einem Mann versprochen oder sogar bereits verheiratet sind, deutlich höher als bei anderen Mädchen. Die Wahrscheinlichkeit eines Selbstmordversuchs ist bei ihnen sogar doppelt so hoch wie bei ihren Altersgenossinnen.

In Niger ist das psychische Wohlbefinden bei Mädchen, die vor dem 15. Geburtstag heirateten, signifikant niedriger – und nochmals viel niedriger bei denjenigen, die bereits mit zwölf Jahren oder noch jünger verheiratet wurden. Bei diesen sehr jungen Mädchen, die zur Heirat (oft mit einem Fremden) gezwungen wurden, führten die Bürden der ehelichen Pflichten, vor allem die sexuellen Forderungen des Partners und die Kindererziehung, zu erheblichen emotionalen Belastungen und Depressionen.

Mädchen helfen, eigene und informierte Entscheidungen zu treffen

Die Zahl der gemeindebasierten Programme zur Verhinderung von Frühverheiratungen ist seit den 2000er Jahren kontinuierlich angestiegen und hat das durchschnittliche Heiratsalter nachweislich erhöht. In ugandischen Gemeinden beispielsweise ist die Zahl von Kinderehen und eheähnlichem

خلود 20 سنة
تطوير وتغيير
الفتيات على
التعليم او الدورات
التعليمية لتغيير الأفكار
الراسخة في عقول الفتيات

Ermutigt und fördert Mädchen durch Bildung und Ausbildung, um tief verwurzelte Stereotypen zu ändern.

Khuloud, 20 Jahre, Jordanien

Zusammenleben bei heranwachsenden Mädchen, die an entsprechenden Programmen von NGOs teilnehmen, um die Hälfte zurückgegangen.

Der wachsende Druck, Frühverheiratungen zu verhindern, hat die Frage in den Vordergrund gerückt, wie ihr Rückgang beschleunigt werden kann, wobei gleichzeitig sichergestellt werden muss, dass marginalisierte Mädchen, Familien sowie Gemeinden in den Investitionsplänen nicht vernachlässigt werden. Statt – wie bisher – die Öffentlichkeit vor allem über die Gefahren von Kinderehen zu informieren, wird inzwischen vermehrt das Verständnis für und die Auseinandersetzung mit den dahinterstehenden strukturellen Triebkräften in den Vordergrund gerückt.

Es besteht ein robuster kausaler Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Entwicklung und

der Prävalenz von Kinderehen. Dementsprechend bemühen sich die Programme gegen Frühverheiraten zunehmend darum, ihre Dienstleistungen in großem Maßstab und auf nachhaltige Weise zu erbringen. Dazu integrieren sie sich mit Plattformen wie Bildungs-, Gesundheits- und sozialen Sicherungssystemen, fördern die wirtschaftliche Stärkung von Frauen sowie ihren Zugang zu Chancen und bemühen sich, soziale Veränderungen voranzutreiben.

Eine der wirksamsten Strategien, Kinderehen zu verhindern, besteht darin, Mädchen zu besserer Bildung zu verhelfen. In 15 afrikanischen Ländern südlich der Sahara etwa reduziert jedes zusätzliche Jahr auf der Sekundarschule signifikant die Wahrscheinlichkeit, dass Mädchen unter 18 Jahren heiraten oder Mutter werden.

Wenn Mädchen mit dem Ziel zusammengebracht werden, gemeinsam Lebenskompetenzen zu erwerben, Sport zu treiben und – in einigen Fällen – Lesen, Schreiben und Rechnen zu lernen, kann das die positiven Auswirkungen für Mädchen verstärken. Solche Programme helfen ihnen, soziale Isolation zu überwinden und Netzwerke zu knüpfen. Eine umfassende Sexualerziehung (Comprehensive Sexual Education, CSE) und Lebenskompetenztrainings stärken Mädchen und ihr Selbstwertgefühl, indem sie ihre Gesundheit und ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern. Eine auf starken Lehrplänen basierende, umfassende Sexualerziehung, die ungleiche Machtverhältnisse hinterfragt, vermag auch positive Männlichkeitskonzepte unter Jungen zu fördern. Darüber hinaus unterrichten solche Programme die Teilnehmer*innen auch über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte und helfen ihnen so, mehr über ihren Körper, Menstruation, Verhütung, die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten sowie Geschlecht und Macht in Beziehungen zu erfahren.

Auch Gesetze können einen Unterschied bewirken, da sie eine Signalwirkung für die breite Bevölkerung haben und aktuelle Normen vermitteln. Eine angemessene Gesetzgebung, die das Mindestalter für die Eheschließung auf 18 Jahre festlegt, Vergewaltigung in der Ehe unter Strafe stellt und das Recht auf Scheidung und darauf, das Sorgerecht für die Kinder zu beanspruchen, gewährleistet, kann Mädchen und Frauen wirksame Rechtsmittel an die Hand geben und ihnen den Weg zu einem erfüllten Leben nach der Ehe eröffnen. Allerdings hat die Legislative vielerorts die in internationalen Verträgen eingegangenen Verpflichtungen noch nicht in nationales Recht umgesetzt. So liegt in 20 Ländern das Mindestalter für die Eheschließung ohne besondere elterliche oder gerichtliche Zustimmung für Mädchen und/oder Jungen noch immer bei 17 Jahren oder darunter.

In die Beendigung von Kinderheiraten investieren

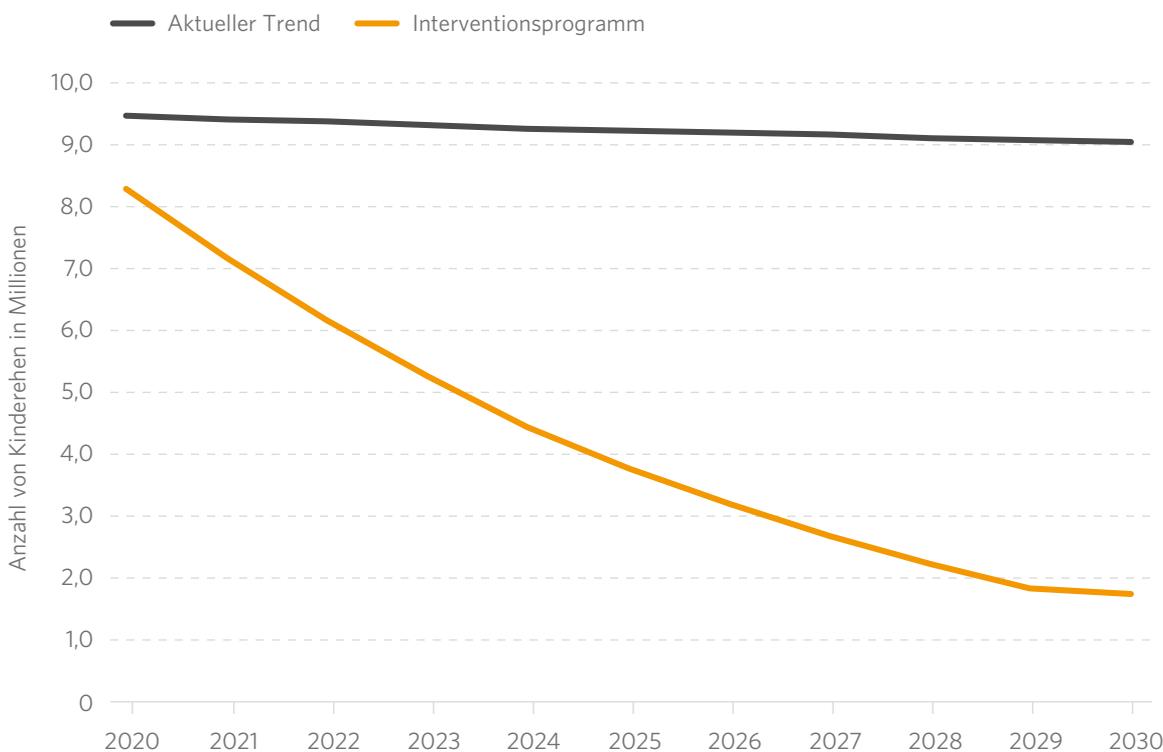
Würden die bestehenden Initiativen und Programme, die Mädchen stärken, ihre Bildung fördern und ihre Lebenskompetenzen verbessern, ausgeweitet, vollständig finanziert und flächendeckend übernommen, könnten Frühverheiraten bis 2030 in 68 Ländern abgeschafft sein. Dieses Ziel zu erreichen, setzt Gesamtinvestitionen von 35 Milliarden Dollar über einen Zeitraum von zehn Jahren voraus. Ohne diese Investitionen wird die Welt die in der Agenda für nachhaltige Entwicklung formulierte Vorgabe, Frühverheiraten bis 2030 zu beenden, nicht erreichen können. Beschleunigte und erweiterte Maßnahmen sind erforderlich.

Bei der Beendigung von Kinderehen geht es letztendlich darum, die Rechte von Mädchen und Frauen überall auf der Welt durchzusetzen. Wenn alle Mädchen in der Lage sind, ihre Rechte wahrzunehmen, hat das Vorteile für alle, darunter

bessere Gesundheit, produktivere Wirtschaft und Fortschritte bei der Gleichstellung der Geschlechter. Wenn ein Mädchen mit 13 Jahren verheiratet wird, ist das fast schon eine Garantie dafür, dass es sein Leben arm und unzureichend ausgebildet verbringen und viele Kinder gebären und versorgen muss.

Kinderehen sind: das Ende der Hoffnungen und Träume unzähliger Mädchen; eine Menschenrechtsverletzung und schädliche Praxis; ein Hindernis für das Ende von Armut und Ungleichheit aber auch für Wachstum und Stabilität. Die Kosten – und die schädlichen Folgen – von Kinderehen sind so hoch, dass wir ihre Beseitigung zu einer globalen Priorität erheben müssen.

GRAFIK 5.1 Prognostizierte Anzahl von Kinderehen mit und ohne Ehe-Interventionsprogramm, 2020 bis 2030*



* 68 Länder

Quelle: VISES modelling

AUFBEGREIFEN

HANDLUNGEN

für eine Welt

OHNE schädliche
Praktiken





SCHÄDLICHE PRAKTIKEN SIND HARTNÄCKIG.

Staaten erlassen Gesetze,
um sie zu unterbinden.

In Sensibilisierungskampagnen
werden Menschen aufgefordert,
ihr Handeln zu überdenken.
Familien und Gemeinschaften
einigen sich darauf, Mädchen
fortan nicht mehr an ihren
Genitalien zu verstümmeln oder
das Heiratsalter heraufzusetzen.
Und dennoch gehen die
Schädigungen weiter, zerstören
in allen Regionen der Welt Leben
und verletzen Rechte.

Die Ursache dafür liegt in der
Diskriminierung aufgrund des
Geschlechts. Tief verwurzelte
familiäre und gemeinschaftliche
Normen schreiben unverändert
vor, dass ein Mädchen so oder
so auszusehen, zu handeln oder
zu leben hat, ohne Rücksicht
darauf, wofür sie sich selbst
entscheiden würde, und unter
Missachtung ihrer Rechte und
ihres Wohlergehens.

Die Lösungen zur Abschaffung schädlicher Praktiken müssen Prävention, Schutz und Versorgung umfassen. Sie müssen mit der Verwirklichung der Geschlechtergleichstellung und der Frauenrechte einhergehen. Und sie müssen als unabdingbare Schritte auf dem Weg zu einer friedlicheren, gerechteren Welt für alle bejaht werden. Vor allem aber müssen diese Lösungen darauf gerichtet sein, schädliche Praktiken ausnahmslos zu beseitigen. Kein Land und keine Gemeinschaft darf dabei zurückgelassen werden. Dies erfordert eine weltweite Anstrengung, denn die Praktiken sind heimtückisch und finden häufig außerhalb der Reichweite von Gesetzen statt. Nur so lassen sich die Versprechen einlösen, die 1994 im Aktionsprogramm der Internationalen Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) und in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung abgegeben wurden.

Die Gleichstellung der Geschlechter: Machen wir Ernst

Ohne substanzielle Fortschritte im Bereich der Geschlechtergleichstellung lassen sich schädliche Praktiken nur in kleinen Schritten abschaffen, sodass Millionen Frauen und Mädchen weiterhin gefährdet sind. Die Gleichstellung der Geschlechter ist heute im öffentlichen Diskurs so präsent wie nie zuvor. Doch sobald es darum geht, sie auch wirklich durchzusetzen, zeigen sich enorme Defizite. Viel zu wenige Männer nutzen ihre politische Macht und ihren Einfluss, um die Geschlechtergleichstellung rasch und erfolgreich voranzubringen. Die Finanzierung von Gleichstellungsinitiativen bleibt deutlich hinter dem zurück, was notwendig wäre, um Veränderungen herbeizuführen, die langfristig Bestand haben.

Mit diesem Bericht wird dazu aufgerufen, Maßnahmen zur Beendigung schädlicher Praktiken konsequent mit der Gleichstellung der Frauen und

der Verwirklichung ihrer Menschenrechte zu verknüpfen. Das erfordert die Beseitigung der tieferen Ursachen von Ungleichheit, auch in sozialen Beziehungen, sowie der wirtschaftlichen und politischen Machtstrukturen, durch die Männer nach wie vor begünstigt werden. In über 100 Ländern mit fast drei Milliarden Einwohner*innen werden Frauen im Berufsleben immer noch eingeschränkt. Es gibt Gesetze, die es Frauen verbieten, in bestimmten Branchen zu arbeiten oder ohne Erlaubnis ihres Ehemannes ein Unternehmen anzumelden oder ein Bankkonto zu eröffnen. Weltweit sind nur in etwa der Hälfte aller Länder Gesetze in Kraft, die gleichen Lohn für gleiche Arbeit vorschreiben.

In einigen Ländern hat sich gezeigt, dass schädliche Praktiken wie zum Beispiel die Frühverheiratung und die Bevorzugung von Söhnen – manchmal schlagartig – nachlassen, wenn sich die wirtschaftlichen Chancen von Mädchen und Frauen verbessern.

Nationale Institutionen zur Frauenförderung besser nutzen

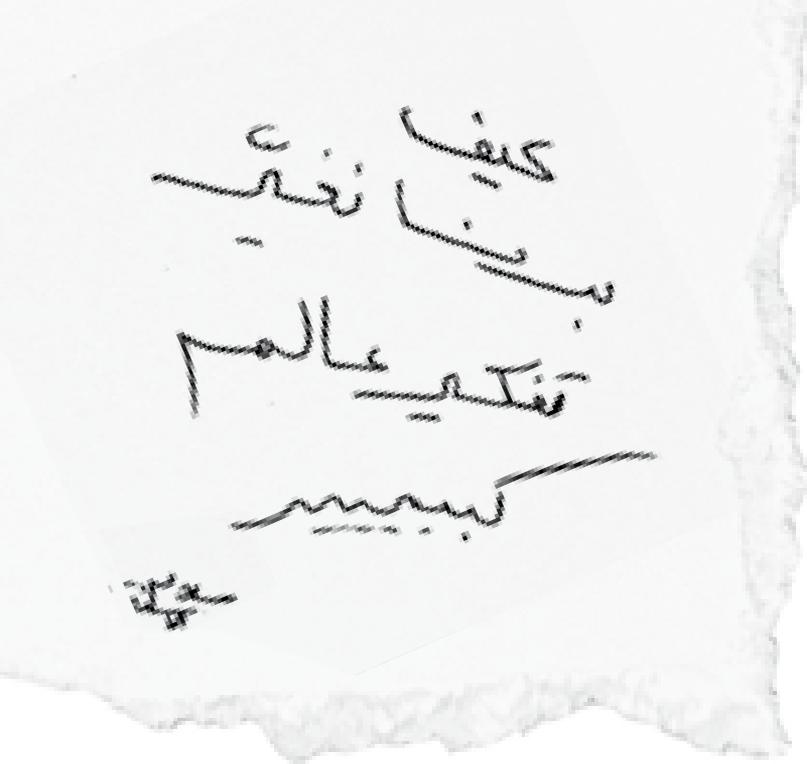
Frauen brauchen mehr Machtpositionen. Ein Ansatzpunkt könnten die speziell dafür geschaffenen nationalen „Gleichstellungsmechanismen“ sein, die inzwischen in 192 Ländern etabliert wurden. Deren Spektrum reicht von vollwertigen Frauenministerien bis hin zu Gleichstellungsbeauftragten in anderen staatlichen Institutionen. Solche Mechanismen tragen dazu bei, staatliche Pläne, Politikkonzepte, Etats und Institutionen auf die Verwirklichung der Geschlechtergleichstellung und die Stärkung von Frauen auszurichten, unter anderem durch ihre Federführung beim Entwurf von Aktionsplänen und die Beseitigung diskriminierender Gesetze.

Regierungen könnten zudem Gesetze sowie sozial- und wirtschaftspolitische Konzepte, die der Geringschätzung von Mädchen und Frauen Vorschub leisten, systematisch anhand von Gender-Kriterien bewerten lassen. Dies könnte unter anderem dazu führen, dass Diskriminierungen in den Bereichen Eigentumsrecht, Bildung, Beschäftigung, Rentenansprüche, Erbschaften, Eheschließung, Scheidung, Sorgerecht für Kinder und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte beseitigt werden.

Nationale Gleichstellungsmechanismen könnten Brücken zu anderen staatlichen Organen bauen, die für die Beendigung schädlicher Praktiken eine zentrale Rolle spielen, etwa im Gesundheitssektor, im Bildungswesen oder im Sozialschutz. Sie können all diejenigen mobilisieren, die wichtige Funktionen ausüben, von religiösen Führungspersonlichkeiten bis hin zu Lehrkräften, Gleichaltrigen, Strafverfolgungsbehörden, Gesundheitsdienstleistern, Eltern und Politiker*innen. Sie könnten staatliche Entwicklungs- und Haushaltspläne überwachen.

Künstlerische Illustration mit freundlicher Genehmigung von Fatma Mahmoud Salama Raslan.





Wie können wir die Denkmuster in dieser großen Welt nur ändern?

Salam, 18 Jahre, Jordanien

Sie könnten möglichen Widersprüchen zwischen verschiedenen Politikfeldern nachgehen. Sie könnten mit staatlichen Statistikstellen zusammenarbeiten, um Lücken zu schließen, und dabei auch die Indikatoren der Ziele für nachhaltige Entwicklung zur Frühverheiratung und weiblichen Genitalverstümmelung berücksichtigen.

Frauenbewegungen mobilisieren

Frauengruppen, die auf eine lange Geschichte der Forschung, des Aktivismus und der gelebten Erfahrung zurückgreifen können, kennen viele Mittel und Wege, um gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und schädliche Praktiken vorzugehen. Doch genau wie die staatlichen Institutionen für Frauenfragen sind auch sie erheblich unterfinanziert.

Höhere Investitionen sowohl in staatliche Gleichstellungsmechanismen als auch in Frauengruppen

könnten ihnen eine systematischere Zusammenarbeit ermöglichen, um Veränderungen in Haushalten und Kommunen, aber auch im Dienstleistungsbereich und in der Politik auf breiter Basis zu unterstützen. Diese Zusammenarbeit könnte eine neue Ära der feministischen Organisationsarbeit, Forschungstätigkeit und Führungskompetenz einleiten.

Gesetze sind kein Allheilmittel

Gesetze gegen schädliche Praktiken sind zwar keine Allheilmittel, aber doch ein entschiedenes Statement der Missbilligung, mit dem die Staaten zudem ihren Verpflichtungen gemäß internationaler Menschenrechtsinstrumente nachkommen. In allen Regionen der Welt hat die staatliche Gesetzgebung zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen in den vergangenen Jahren Fortschritte gemacht. Jedes Land sollte schädliche Praktiken ausdrücklich per Gesetz verbieten. Die Gesetze sollten auf den Menschenrechten gründen und einen umfassenden Rahmen schaffen, der schädliche Praktiken verhindert, Mädchen und Frauen vor ihnen schützt und ihre Auswirkungen abmildert. Bestimmte Rechte in einem Bereich dürfen nicht im Widerspruch zu anderen Rechten in anderen Bereichen stehen. Zum Beispiel muss der Schutz von Kindern unter 18 Jahren vor der Frühverheiratung damit einhergehen, dass ihre Rechte und ihre Entscheidungsfreiheit im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit entsprechend ihren sich entwickelnden Fähigkeiten gewährleistet werden. Gesetzliche Verbote schädlicher Praktiken sollten möglichst in einen umfassenderen Rechtsrahmen eingebettet sein, der den Grundsätzen der Geschlechtergleichstellung und der Nichtdiskriminierung verpflichtet ist, zum Beispiel in eine Verfassung. Damit lassen sich Diskrepanzen beseitigen, wie sie in pluralistischen Rechtsordnungen auftreten.

Das Risiko der mangelnden Durchsetzung reduzieren

Jede Gesetzgebung muss unbedingt durch angemessene Etats, wirksame Durchsetzungsmaßnahmen und Überwachungsmechanismen zur Beobachtung der praktischen Auswirkungen flankiert werden. Den Risiken der Nichtdurchsetzung, der Ablehnung durch die Bevölkerung und ihrer heimlichen Umgehung kann dadurch begegnet werden, dass betroffene Personen und Gemeinschaften in die Entwicklung von Gesetzen, entsprechender Politikkonzepte und Dienstleistungen und später in deren regelmäßige Überwachung und Bewertung eingebunden werden. Denn es kann an vielen Stellen zur Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und zur „Duldung“ schädlicher Praktiken kommen. Ein weiterer Aspekt ist die Schulung und Sensibilisierung von Polizeikräften und Justizbeamten. Würden im Gesetz differenzierte Strafen verhängt, dann könnten Personen, die sich eigentlich ganz besonders in der Präventionsarbeit engagieren sollten, härter bestraft werden, beispielsweise Gesundheitsdienstleister, die sich an der Medikalisierung der weiblichen Genitalverstümmelung beteiligen oder sich auf geschlechtsselektive Abtreibungen „spezialisieren“.

Vernetzung einplanen

Umfassende und adäquat finanzierte nationale Aktionspläne zur Bekämpfung schädlicher Praktiken eignen sich hervorragend als Ergänzung gesetzlicher Verbote. Mit solchen Plänen lassen sich Gesundheitsversorgung, Bildung, Justiz, Kinderschutz, Geburtenregister und andere Bereiche, die für die Beendigung schädlicher Praktiken eine wichtige Rolle spielen, an entscheidenden Punkten miteinander vernetzen. Ihr Ziel kann darin bestehen, Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu bewirken und neue Chancen zu eröffnen, zum Beispiel durch Mädchenbildung.

Kenia zum Beispiel verfügt über ein staatliches Programm zur Beseitigung der weiblichen Genitalverstümmelung, welches durch staatliche Gesetze und politische Konzepte flankiert wird. Es beinhaltet einen Aufsichts- und Koordinationsausschuss, die Einbindung des sozialen Umfelds, Programme zur Stärkung von Mädchen, Partnerschaften mit religiösen Führungspersönlichkeiten, den direkten Kontakt sowohl zu traditionellen Beschneider*innen als auch zu medizinischen Fachkräften sowie gemeindenaher Dienstleistungen zur Meldung und Verfolgung von Fällen.

Wo schädliche Praktiken über Staatsgrenzen hinweg stattfinden, sollten sich beide Länder zusammenschließen sowie regionale Aktionspläne entwickeln und finanzieren. Diese sollten auch einen Mechanismus zur regionalen Überwachung und Rechenschaftspflichten enthalten. Das wiederum erfordert eine Harmonisierung der Gesetze und politischen Konzepte beider Staaten, um der Gefahr zu begegnen, dass sich Menschen zur Durchführung schädlicher Praktiken über die Grenze bewegen, weil die Rechtsordnung im Nachbarland weniger streng ist.

Die richtigen Dienstleistungen für Prävention, Schutz, Betreuung – und Stärkung

Öffentliche Dienstleister im Gesundheits- oder Bildungswesen und in anderen Bereichen müssen die Grundsätze des Menschenrechtsschutzes beachten. Sie müssen den Bedürfnissen der Menschen gerecht werden, die sie in Anspruch nehmen, und zwar sowohl der Frauen als auch der Männer.

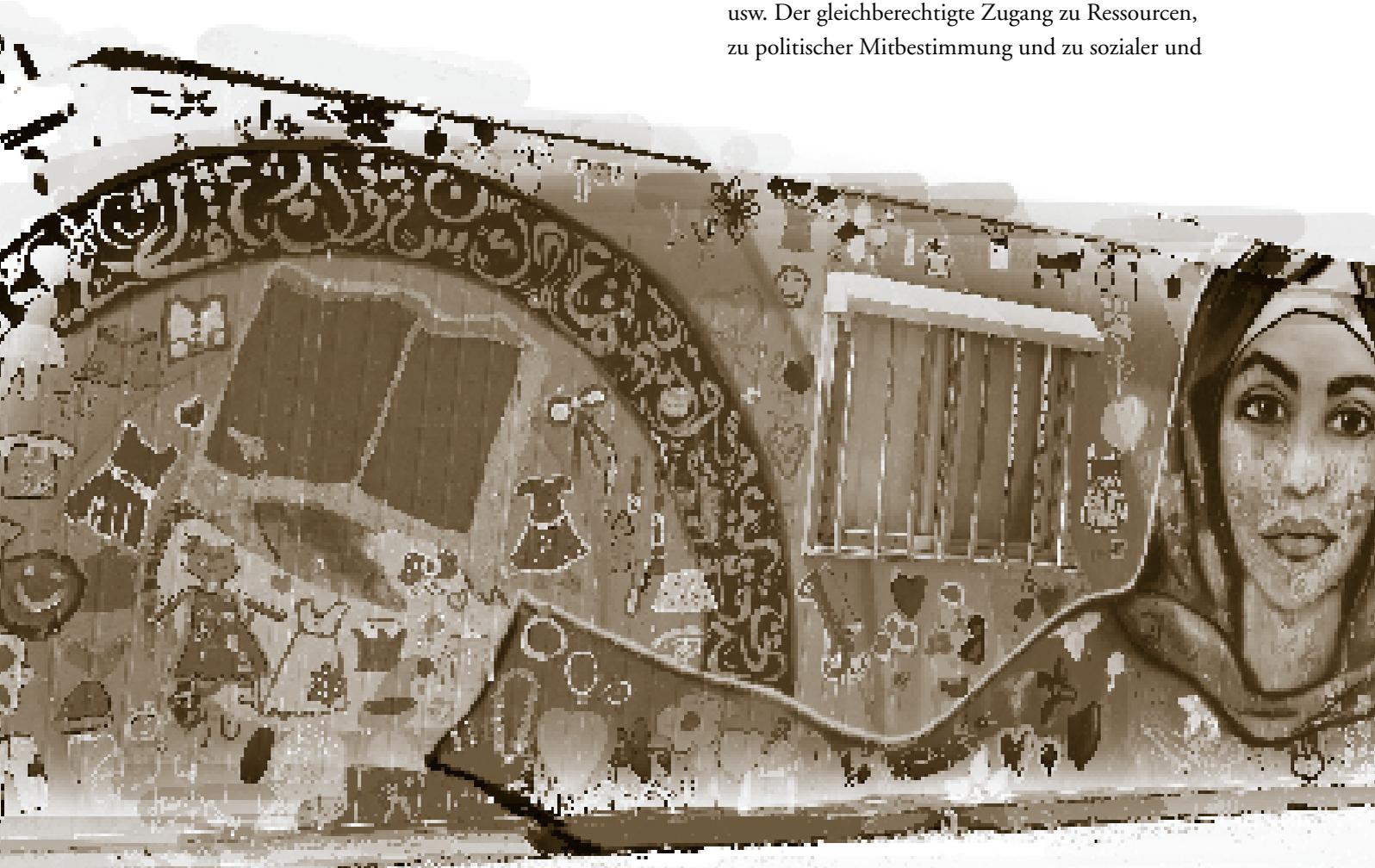
Bildung gilt als eine der erfolgreichsten Triebfedern des Wandels im Leben von Mädchen und jungen Frauen, unter anderem auch als Schutzfaktor gegen schädliche Praktiken wie Frühverheiratung. In der Agenda 2030 wird eine allgemeine Gesundheits-

versorgung gefordert. Das hat das Interesse an der Stärkung von Gesundheitssystemen wieder aufleben lassen, insbesondere, um marginalisierte Gruppen mit hochwertiger Gesundheitsversorgung zu erreichen. Überall sollten hochwertige und geeignete Informationen und Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit bereitgestellt werden, unter anderem auch zur Prävention und Sanktionierung schädlicher Praktiken. Mehr regelmäßige, systematische Schulungen sind besonders wichtig für medizinische Fachkräfte, die in den Bereichen Mutterschaft, Geburtshilfe, Gynäkologie und sexuelle Gesundheit tätig sind. Diese Schulungen müssen mit aller Sorgfalt konzipiert und durchgeführt werden, denn schädliche

Praktiken sind tief verwurzelt und werden in manchen Fällen auch von medizinischem Personal ausgeführt.

Das Denken ändern – und das Leben

Diskriminierung aufgrund des Geschlechts – und schädliche Praktiken – gedeihen auf dem Nährboden vorurteilsbeladener Normen und Klischees. Natürlich ist es wichtig, Menschen und Gemeinschaften weiterhin zur Veränderung ihrer Denk- und Handlungsweisen anzuhalten. Aber wenn sich Normen in größerem Maßstab wandeln sollen, dann braucht es eine grundsätzlich andere Machtverteilung in der Volkswirtschaft, in der Regierung, im Dienstleistungs- und Beschäftigungsbereich usw. Der gleichberechtigte Zugang zu Ressourcen, zu politischer Mitbestimmung und zu sozialer und



wirtschaftlicher Sicherheit ist schon an und für sich ein erstrebenswertes Ziel – er kann aber auch überzeugende Argumente liefern, um schädliche Normen und Praktiken aufzugeben.

Normen verändern sich im Lauf der Zeit, auch unter dem Einfluss von Technologie. Junge Mädchen wissen heute mehr denn je über ihre Rechte und Entscheidungsfreiheit, weil sie sich per Mobiltelefon darüber informieren können. Andere Veränderungen müssen durch die staatliche Politik bewusst herbeigeführt werden, so zum Beispiel die Entscheidung, in universelle, hochwertige Bildung zu investieren.

Die Dynamik aufrechterhalten

Anbieter von Gesundheits-, Bildungs- und anderen Dienstleistungen können die Veränderung sozialer Normen wirksam vorantreiben. Wer mehr weibliche Lehrkräfte einstellt, bietet positive Rollenvorbilder für Mädchen und Gemeinschaften an. Gesundheitsdienstleister können dafür

gewonnen werden, die Medikalisierung der weiblichen Genitalverstümmelung zu unterbinden und konsistente Botschaften über die vielen schlimmen gesundheitlichen Folgen schädlicher Praktiken zu verbreiten. In den Kommunen könnten Interventionen zur Veränderung sozialer Normen und Verhaltensweisen stärker mit kommunalen Institutionen und Diensten vernetzt werden, die an diese Maßnahmen anknüpfen. In Äthiopien nehmen kommunale Überwachungsmechanismen und Frauenentwicklungsgruppen neugeborene Mädchen langfristig in den Blick, um sie vor der weiblichen Genitalverstümmelung zu schützen und Fälle zu melden, die trotzdem noch auftreten.

Informationen wirkungsvoll einsetzen

Die Welt von heute wird mit sexistischer und gewaltvoller Sprache und Bildern überschwemmt, welche geschlechtsspezifische Diskriminierung, Klischees und die Gefahr durch schädliche Praktiken noch verstärken. Medien, Technologie, Unternehmen und Werbeagenturen müssen sich in besonderem Maße dafür einsetzen, solche Darstellungen zu unterbinden und in Zusammenarbeit mit dem ganzen privaten Sektor anfangen, Geschäftsmodelle zu verändern, deren Profit auf Sexismus beruht.

Ehe und Familiengründung überdenken

Ehe und Familie gelten oft als Schlüssel für das Überleben und Wohlergehen von Mädchen und Frauen. Dennoch sind sie auch ein Schauplatz von Diskriminierung und Gewalt, einschließlich schädlicher Praktiken. Die meisten Staaten begünstigen die Eheschließung durch ihre Gesetzgebung, doch sollten sie auch Gesetze erlassen, die die Eheschließung unter 18 Jahren verbieten. Sie könnten durchaus auch in einem umfassenderen Sinn überprüfen, ob die Ehe in der Praxis mit den Frauenrechten und der Gleichstellung der

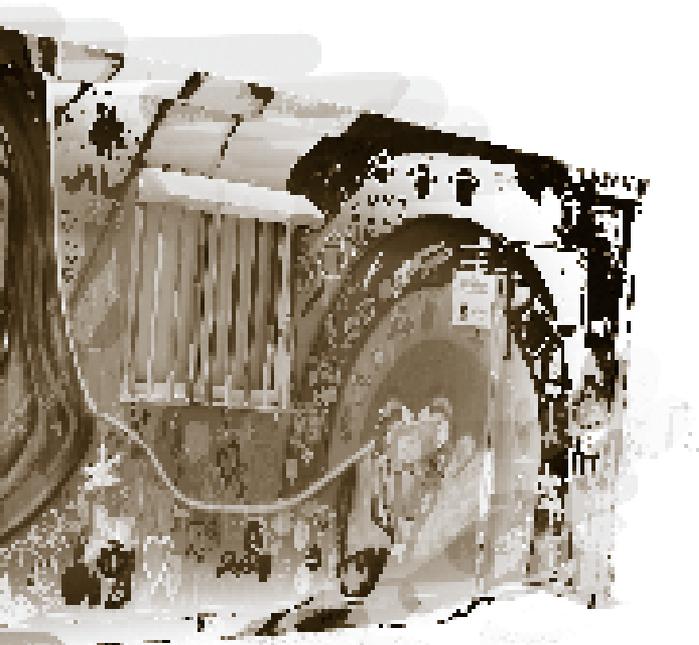


Foto: © UNFPA Jordanien

Geschlechter vereinbar ist. Dies könnte zu einem Nachdenken darüber führen, wie der Staat Mädchen und Frauen durch politische Maßnahmen besser schützen könnte.

Wo Frauen und Mädchen aufgrund des sozialen und wirtschaftlichen Wandels Alternativen zur Eheschließung und einen stärkeren Einfluss auf die Familiengründung haben, findet schon auf natürliche Weise ein gewisses „Umdenken“ statt. Darüber hinaus könnte dieses Umdenken durch einen öffentlichen Diskurs darüber gefördert werden, inwieweit die Ehe eine Quelle von Ressourcen und Respekt sein könnte, inwieweit aber durch andere Quellen der gleichberechtigte Zugang zu Land, bezahlter Arbeit, Erbschaft und Bildung gewährleistet werden kann.

Die nächste Generation mobilisieren, besonders Mädchen und junge Frauen

Junge Menschen gehören zu den einflussreichsten Verbündeten, wenn es darum geht, schädliche Praktiken aufzugeben und die Diskriminierung aufgrund des Geschlechts zu beenden. Sie wissen über deren Folgen Bescheid und kennen ihre Rechte wie nie eine Generation vor ihnen.

Rund um den Globus stellen sich junge, feministische „Digital Natives“ an die Spitze der Forderungen nach einem Systemwandel hin zu mehr Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Zu ihnen gehören auch junge Frauen, die schädliche Praktiken überlebt haben und sich als Vorkämpferinnen für ihre Beseitigung stark machen. Regierungen, internationale Organisationen und Philantropen könnten viel mehr in sie investieren, damit sie die nötigen Ressourcen und Fähigkeiten zum Aufbau von Organisationen und Bewegungen in die Hand bekommen, um ihre Generation in eine neue Richtung zu führen.

In Schulen sollte es eine altersgerechte, umfassende Sexualaufklärung geben, die jungen Menschen alles vermittelt, was sie über ihre Rechte und für ihre Entscheidungen wissen müssen. Der Schwerpunkt sollte dabei auf der Gleichstellung der Geschlechter und der Stärkung von Mädchen liegen. Schulische und außerschulische Klubs für heranwachsende Mädchen können Gelegenheiten zum Aufbau von Wissen und Selbstvertrauen bieten. Sie können Mentorinnen heranbilden, Lebenskompetenzen vermitteln und soziale Netzwerke ausbauen.

In Uganda bieten etwa 1.500 Mädchenklubs Spiele, Musik, Sexualaufklärung, finanzielle und berufliche Bildung sowie Zugang zu Mikrofinanzierungsangeboten für junge Frauen an, die ein Unternehmen gründen wollen. Nach zwei Jahren Mitgliedschaft in solchen Klubs sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Frühverheiratung bei den betreffenden Mädchen um 58 Prozent.

Männer und Jungen für die Bekämpfung schädlicher Praktiken mobilisieren

Männer und Jungen besetzen zahlreiche Machtpositionen, die es ihnen ermöglichen, schädliche Praktiken zu bekämpfen, zum Beispiel als Haushaltsvorstände, Musiker, Sportler oder als religiöse, traditionelle oder politische Führungspersonlichkeiten. Erfreulicherweise profilieren sich einige von ihnen zunehmend in der Bekämpfung schädlicher Praktiken.

Für Männer, die noch keine engagierten Frauenrechtler sind, kann Eigeninteresse ein überzeugendes Argument für Veränderungen sein. Ein Beispiel hierfür sind die gesundheitlichen und sexuellen Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung. In Männergruppen findet sich Gelegenheit, mehr über sexuelle und reproduktive Rechte und Entscheidungen zu lernen und bestimmte Verhaltens-

weisen, wie etwa die Machtausübung mittels Gewalt, in Frage zu stellen und zu verändern. Generell ist ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und veränderten Einstellungen von Männern zur weiblichen Genitalverstümmelung erkennbar. Allerdings müssen Männer aktiv auf ungerechtfertigte Privilegien verzichten. Selbst in Gemeinschaften, die als Ganzes benachteiligt sind, sind Frauen und Mädchen aufgrund ihres Geschlechts immer noch stärker marginalisiert und gefährdet als Männer und Jungen, unter anderem durch schädliche Praktiken.

Frauen, Männer, Mädchen und Jungen zusammenzubringen, um die Dynamik der Geschlechterrollen zu analysieren und zu verstehen, hat sich gegenüber Initiativen, die sich nur an Männer und Jungen richten, im Großen und Ganzen als wirksamer erwiesen. Es muss weiter erforscht werden, wie sich gemeindenahere Modelle in größerem Maßstab ausbauen lassen und mit welchen Aktivitäten man sie ergänzen und ihren Wirkungsgrad verbessern könnte, um schädlichen Praktiken vorzubeugen.

Technologie zum Nutzen und nicht zum Schaden einsetzen

In manchen Fällen werden Internet-Technologien für schädliche Praktiken eingesetzt, unter anderem für den Verkauf von Kinderbräuten. Plattformen mit sexistischen Inhalten verstärken die allgemeine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, die den Nährboden für schädliche Praktiken bildet. Im Jahr 2018 erinnerte der Menschenrechtsrat der Vereinten Nationen die Staaten und Internetfirmen daran, dass das internationale Menschenrechtsschutzsystem uneingeschränkt auch in digitalen Räumen gilt, und gab eine Reihe von Empfehlungen für neue Gesetze, Vorschriften und deren Durchsetzung ab. Er unterstrich die Verpflichtung der Privatwirtschaft, die Frauenrechte zu schützen.

Der Menschenrechtsrat wies auch darauf hin, dass digitale Räume ein großes Potenzial haben, die Verwirklichung der Frauenrechte zu beschleunigen. Auch wenn einige Plattformen frauenfeindliche Inhalte anbieten, so gibt es doch andere, auf denen Mädchen und junge Frauen lernen und Bewegungen ins Leben rufen können, um ihre Rechte einzufordern. In Bootcamps und Hackathons können Mädchen neue Lösungen entwickeln. Zugleich erleichtern diese ihren Einstieg in wissenschaftliche und technische Berufe. Solche Tätigkeiten werden es ihnen eines Tages ermöglichen, Branchen zu verändern, die weithin von Männern dominiert werden.

Eine feministische Außenpolitik betreiben

Es ist vielversprechend, dass mehrere Staaten eine „feministische Außenpolitik“ beschlossen haben. Dazu gehört unter anderem die Möglichkeit, den Etat für die staatliche Entwicklungszusammenarbeit im Bereich der Geschlechtergleichstellung aufzustocken. Dieser macht derzeit im weltweiten Durchschnitt nur vier Prozent aller internationalen Hilfsgelder aus. Eine verstärkte Unterstützung, unter anderem im Bereich der humanitären Hilfe, könnte auch Programme zur Beseitigung schädlicher Praktiken umfassen, da neun der zehn Länder, in denen die Frühverheiratung am häufigsten auftritt, von Krisen oder bewaffneten Konflikten betroffen sind.

Darüber hinaus würde ein solcher Ansatz erfordern, dass man sich mit Themen wie international mandatierten Sparprogrammen auseinandersetzt, die dazu führen, dass Sozialleistungen gekürzt werden, darunter auch Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung schädlicher Praktiken, von denen in Armut lebende Frauen und Mädchen betroffen sind.

Ihre Rechte, ihre Entscheidungen, ihre Körper

Es gibt keine „Wunderwaffe“, um schädliche Praktiken zu unterbinden. Es bedarf eines besseren Verständnisses dessen, was funktioniert, auch für spezifische Praktiken in sehr unterschiedlichen Gesellschaften. Klar ist, dass wir viel schnellere Fortschritte machen müssen, um schädliche Praktiken zu beenden. Ein entscheidendes Element sind Investitionen für die Umsetzung eingegangener Verpflichtungen, denn wenn diese ausbleiben, werden die Kosten noch weitaus höher ausfallen. Solche Folgekosten entstehen etwa im Bereich der Gesundheitsversorgung und durch Produktivitätsverluste, aber der größte Schaden sind die verlorenen oder auf Dauer geschädigten Menschenleben. Die erforderlichen Beträge sind relativ gering. Für 31 Länder, in denen Mädchen am stärksten durch weibliche Genitalverstümmelung gefährdet sind, würde die Beendigung der Praxis im Lauf von zehn Jahren 2,4 Milliarden US-Dollar kosten. Die weltweite Beendigung der Frühverheiratung würde etwa 35 Milliarden US-Dollar kosten. Höhere

Investitionen in Bildung und Maßnahmen zur Gleichstellung der Geschlechter könnten diese Investitionen in ihrer Wirkung verstärken und die Fortschritte beschleunigen.

Die gute Nachricht ist, dass sich das Blatt gerade wendet. Immer mehr Menschen wehren sich gegen den andauernden Würgegriff schädlicher Praktiken. Parlamente verabschieden wirkungsvolle Gesetze. Traditionelle Beschneider*innen legen ihre Instrumente nieder. Mütter und Väter beschließen, ihre Kinder bis zum Abschluss zur Schule zu schicken. Gemeindevorstände beauftragen Freund*innen und Nachbar*innen, Mädchen vor der Verletzung ihrer Menschenrechte zu schützen.

Die Rechte, die Entscheidungen und die Körper der Mädchen – sie gehören nur ihnen. Wenn dieser Grundsatz voll verwirklicht ist, in jedem Land, in jeder Gemeinschaft, ohne Ausnahmen, dann werden die Schädigungen endlich und unwiderruflich ein Ende haben.

Künstlerische Illustration mit freundlicher Genehmigung von Fatma Mahmoud Salama Raslan.



Indikatoren

Überwachung der ICPD Ziele:
Gesundheit

Seite 76

Überwachung der ICPD Ziele:
Würde und Menschenrechte

Seite 82

Demografische Indikatoren

Seite 88

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Seite 94

Überwachung ICPD Ziele: Gesundheit

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE

Globale und regionale Daten	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere Schwellenwerte ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in % ^a	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.)		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %		Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte, in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung	
					IRGEND EINE METHODE		MODERNE METHODE		Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung			Alle
					Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung							
	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019		
Welt	211	199	243	81	49	63	45	57	9	11	77	55	73		
Stärker entwickelte Regionen	12	11	13	99	59	71	53	62	7	9	80	–	84		
Weniger entwickelte Regionen	232	219	268	79	47	62	43	56	9	12	76	54	69		
Am wenigsten entwickelte Regionen	415	396	477	61	32	42	28	37	16	20	59	50	71		
Regionale Daten															
Arabische Staaten	151	121	208	90	34	53	29	45	10	16	65	–	53		
Asien und Pazifik	120	108	140	85	52	67	48	62	7	9	80	59	72		
Lateinamerika und Karibik	74	70	80	94	59	75	55	70	8	10	83	74	66		
Osteuropa und Zentralasien	20	18	22	99	46	64	36	48	8	12	66	75	82		
Ost- und Südliches Afrika	391	361	463	64	34	42	31	38	16	21	62	53	75		
West- und Zentralafrika	717	606	917	55	20	21	17	18	17	22	45	37	70		
Land, Territorium oder Gebiet	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019		
Afghanistan	638	427	1010	59	18	25	16	22	17	24	46	–	54		
Ägypten	37	27	47	92	44	61	42	59	9	12	80	–	44		
Albanien	15	8	26	–	30	43	4	5	12	17	9	69	82		
Algerien	112	64	206	–	35	64	31	56	6	9	76	–	–		
Angola	241	167	346	47	16	16	15	15	27	36	34	62	66		
Antigua und Barbuda	42	24	69	100	45	63	42	61	10	13	78	–	–		
Äquatorialguinea	301	181	504	–	17	17	15	14	23	32	36	–	–		
Argentinien	39	35	43	94	59	71	57	67	9	11	84	–	–		
Armenien	26	21	32	100	39	59	20	31	8	12	43	66	87		
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Aserbaidshjan	26	21	32	99	36	56	14	22	9	14	31	–	–		
Äthiopien	401	298	573	28	28	40	28	40	15	21	65	45	–		
Australien	6	5	8	97	58	67	56	64	8	11	85	–	–		
Bahamas	70	48	110	99	45	67	43	65	9	12	79	–	–		
Bahrain	14	10	21	100	31	67	22	45	5	11	59	–	–		
Bangladesch	173	131	234	53	54	65	48	57	9	11	75	–	–		
Barbados	27	17	39	99	50	63	47	60	12	15	75	–	44		
Belarus	2	1	4	100	60	70	52	58	6	8	78	–	87		
Belgien	5	4	7	–	59	67	59	66	6	8	90	–	–		
Belize	36	26	48	94	44	56	41	53	14	18	71	–	42		
Benin	397	291	570	78	16	18	13	14	25	31	32	36	91		
Bhutan	183	127	292	96	38	60	37	58	9	13	79	–	–		
Bolivien	155	113	213	72	47	67	35	48	12	16	58	–	–		
Bosnien und Herzegowina	10	5	16	100	37	48	18	20	11	14	37	–	–		
Botswana	144	124	170	100	56	69	56	68	8	11	86	–	–		
Brasilien	60	58	61	99	65	80	63	77	6	8	89	–	–		
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Bulgarien	10	6	14	100	65	79	50	56	5	7	70	–	–		
Burkina Faso	320	220	454	80	29	33	28	32	20	24	57	20	72		

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in %	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung ^b bei Frauen (15–49 J.)		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte, in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung		
					IRGENDIGE METHODE		MODERNE METHODE		Alle	Verheiratet/in Beziehung				Alle	Verheiratet/in Beziehung
					Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung							
	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019		
Burundi	548	413	728	85	19	30	16	26	18	29	45	44	64		
Cabo Verde	58	45	75	92	48	67	47	65	11	12	79	–	–		
Chile	13	11	14	100	63	77	58	71	6	8	85	–	–		
China	29	22	35	100	69	85	67	83	5	4	91	–	–		
China, Hongkong	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	80	–	–		
China, Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Costa Rica	27	24	31	99	54	73	53	71	9	11	84	–	62		
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	26	25	22	21	21	27	48	25	63		
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Dänemark	4	3	5	95	65	77	61	73	5	7	88	–	90		
Deutschland	7	5	9	99	61	78	60	78	5	5	91	–	–		
Dominika	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Dominikanische Republik	95	88	102	100	57	72	55	70	9	11	84	77	–		
Dschibuti	248	116	527	–	16	28	15	27	15	27	49	–	–		
Ecuador	59	53	65	96	59	81	53	73	6	6	82	87	–		
El Salvador	46	36	57	100	51	73	49	69	8	10	81	–	83		
Eritrea	480	327	718	–	9	13	8	12	18	29	31	–	–		
Estland	9	5	13	99	57	65	52	57	7	12	80	–	–		
Eswatini	437	255	792	–	54	68	53	66	10	13	83	49	–		
Fidschi	34	27	43	100	35	51	30	44	12	16	64	–	–		
Finnland	3	2	4	100	79	82	74	77	3	5	90	–	98		
Frankreich	8	6	9	98	65	78	63	75	4	4	91	–	–		
Französisch-Guayana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Französisch-Polynesien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Gabun	252	165	407	–	37	37	29	26	19	24	52	48	58		
Gambia	597	440	808	–	11	15	11	14	17	25	37	40	83		
Georgien	25	21	29	99	32	46	23	33	13	19	51	–	93		
Ghana	308	223	420	78	27	35	23	30	19	27	50	52	–		
Grenada	25	15	39	100	44	63	41	59	10	13	76	–	–		
Griechenland	3	2	4	100	54	74	38	50	6	7	64	–	54		
Großbritannien	7	6	8	–	74	82	67	74	4	5	87	–	92		
Guadeloupe	–	–	–	–	45	59	41	53	11	15	72	–	–		
Guam	–	–	–	–	41	66	36	55	7	11	74	–	–		
Guatemala	95	86	104	70	42	63	35	53	9	13	70	65	–		
Guinea	576	437	779	55	12	9	10	8	20	25	32	29	–		
Guinea-Bissau	667	457	995	45	29	19	27	19	16	20	60	–	70		
Guyana	169	132	215	96	33	45	32	43	17	26	62	71	75		
Haiti	480	346	680	42	27	37	25	34	24	35	49	59	65		
Honduras	65	55	76	74	52	75	46	67	7	9	78	70	–		
Indien	145	117	177	81	43	57	38	50	9	12	74	–	–		
Indonesien	177	127	254	95	44	62	42	59	8	11	81	–	–		
Irak	79	53	113	96	37	56	26	39	9	13	57	–	39		

Überwachung ICPD Ziele: Gesundheit

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere Schwellenwerte ^a		Betreute Geburten, in %	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.)		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte, in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung			
		2017	2017		2017	IRGEND EINE METHODE		MODERNE METHODE		Alle				Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung
						2014–2019	2020	2020	2020							
Iran	16	13	20	99	58	81	46	64	4	5	75	–	–			
Irland	5	3	7	100	66	70	63	66	6	9	88	–	–			
Island	4	2	6	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Israel	3	2	4	–	39	74	31	56	5	8	68	–	–			
Italien	2	1	2	100	59	66	48	51	7	9	72	–	–			
Jamaika	80	67	98	100	41	67	39	64	9	11	78	–	–			
Japan	5	3	6	100	47	55	40	43	12	16	67	–	83			
Jemen	164	109	235	–	26	41	20	31	15	25	47	–	63			
Jordanien	46	31	65	100	30	53	21	38	8	14	56	61	–			
Jungferninseln (USA)	–	–	–	–	52	75	48	70	8	8	81	–	–			
Kambodscha	160	116	221	89	42	62	31	45	8	11	62	76	98			
Kamerun	529	376	790	69	26	22	21	17	16	23	50	38	–			
Kanada	10	8	14	98	74	82	70	77	3	5	91	–	–			
Kasachstan	10	8	12	100	42	53	40	50	11	15	75	–	63			
Katar	9	6	14	100	30	47	25	40	10	16	63	–	–			
Kenia	342	253	476	62	46	63	45	62	12	15	77	56	–			
Kirgisistan	60	50	76	100	29	41	27	38	13	18	65	77	73			
Kiribati	92	49	158	–	19	26	16	21	18	26	44	–	–			
Kolumbien	83	71	98	99	64	82	60	77	6	7	87	–	97			
Komoren	273	167	435	–	19	26	15	21	20	30	40	21	–			
Kongo	378	271	523	91	42	43	28	26	15	19	48	27	53			
Kongo, Dem. Rep.	473	341	693	80	22	24	12	11	21	26	27	31	–			
Korea	11	9	13	100	56	81	51	73	6	5	82	–	–			
Korea, Dem. Volksrep.	89	38	203	100	58	74	55	71	8	9	84	–	83			
Kroatien	8	6	11	100	51	71	36	46	7	8	61	–	–			
Kuba	36	33	40	100	70	75	69	74	7	8	89	–	–			
Kuwait	12	8	17	100	41	59	34	49	10	14	67	–	–			
Laos	185	139	253	64	38	60	34	54	8	12	74	–	96			
Lesotho	544	391	788	87	52	65	51	64	11	15	81	61	–			
Lettland	19	15	26	100	61	72	54	62	6	9	81	–	70			
Libanon	29	22	40	–	29	62	21	45	6	13	61	–	–			
Liberia	661	481	943	–	27	29	26	28	25	28	50	67	–			
Libyen	72	30	164	–	25	38	16	24	17	26	37	–	33			
Litauen	8	5	12	100	46	66	37	53	8	11	70	–	88			
Luxemburg	5	3	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Madagaskar	335	229	484	46	40	49	35	43	15	16	64	74	–			
Malawi	349	244	507	90	48	64	47	63	13	16	77	47	76			
Malaysia	29	24	36	100	34	57	24	40	9	15	56	–	81			
Malediven	53	35	84	100	15	21	12	16	22	30	32	58	45			
Mali	562	419	784	67	17	19	17	18	21	24	44	8	79			
Malta	6	4	11	100	63	85	49	66	4	3	73	–	90			
Marokko	70	54	91	87	42	70	36	60	7	11	73	–	–			

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in %	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ^b				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung ^c bei Frauen (15–49 J.)		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte, in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung		
					IRGENDEINE METHODE		MODERNE METHODE		Alle	Verheiratet/in Beziehung				Alle	Verheiratet/in Beziehung
					Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung							
	2017	2017	2017	2014–2019	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2007–2018	2019		
Martinique	–	–	–	–	47	62	43	56	11	14	74	–	–		
Mauretanien	766	528	1.140	69	11	17	10	15	18	29	34	–	62		
Mauritius	61	46	85	100	43	66	28	42	8	10	55	–	73		
Mexiko	33	32	35	96	55	73	53	70	10	10	81	–	–		
Mikronesien	88	40	193	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Moldawien	19	15	24	100	53	64	41	49	9	12	66	–	–		
Mongolei	45	36	56	99	41	56	37	50	13	16	69	63	–		
Montenegro	6	3	10	99	26	25	18	15	17	22	43	–	52		
Mosambik	289	206	418	73	25	27	24	26	19	23	55	49	94		
Myanmar	250	182	351	60	33	57	32	55	8	14	78	67	82		
Namibia	195	144	281	–	52	61	51	60	10	15	83	71	96		
Nepal	186	135	267	58	43	54	37	47	17	22	62	48	48		
Neukaledonien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Neuseeland	9	7	11	97	65	80	61	75	5	5	88	–	94		
Nicaragua	98	77	127	96	53	82	51	79	5	6	88	–	–		
Niederlande	5	4	7	–	63	73	61	71	6	7	89	–	98		
Niger	509	368	724	39	16	18	15	17	15	18	48	7	–		
Nigeria	917	658	1.320	43	17	19	13	14	15	19	40	46	–		
Nordmazedonien	7	5	10	100	40	48	21	20	13	17	39	–	–		
Norwegen	2	2	3	99	67	86	63	79	4	4	89	–	–		
Oman	19	16	22	99	20	34	14	23	15	26	39	–	–		
Österreich	5	4	7	98	64	70	62	68	6	8	88	–	–		
Pakistan	140	85	229	69	24	36	18	27	12	17	51	40	65		
Palästina ¹	–	–	–	100	40	61	31	47	8	11	64	–	60		
Panama	52	45	59	93	47	60	45	56	14	17	73	79	–		
Papua-Neuguinea	145	67	318	56	27	38	23	31	18	25	50	–	–		
Paraguay	84	72	96	98	58	72	54	66	9	9	81	–	–		
Peru	88	69	110	92	55	76	41	56	5	7	69	–	–		
Philippinen	121	91	168	84	35	56	26	42	10	16	58	81	75		
Polen	2	2	3	100	53	73	42	56	6	8	72	–	–		
Portugal	8	6	11	99	61	75	52	65	7	7	78	–	–		
Puerto Rico	21	16	29	–	57	82	52	74	6	5	82	–	–		
Réunion	–	–	–	–	49	72	47	70	9	9	83	–	–		
Ruanda	248	184	347	91	33	57	30	52	12	17	68	70	–		
Rumänien	19	14	25	97	55	72	45	57	5	8	74	–	–		
Russland	17	13	23	100	49	68	41	57	7	10	75	–	–		
Salomonen	104	70	157	86	24	32	20	27	13	17	54	–	–		
Sambia	213	159	289	63	36	52	35	49	15	19	67	47	91		
Samoa	43	20	97	83	17	29	16	27	24	42	38	–	–		
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
São Tomé and Príncipe	130	73	217	93	35	45	33	42	21	28	58	46	54		
Saudi-Arabien	17	10	30	99	18	29	15	23	16	26	44	–	–		

Überwachung ICPD Ziele: Gesundheit

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in % ^a	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.) ^a		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte, in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung		
					IRGENDNE METHODE		MODERNE METHODE		Alle	Verheiratet/in Beziehung				Alle	Verheiratet/in Beziehung
					Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung							
	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019		
Schweden	4	3	6	–	62	73	57	66	6	9	83	–	100		
Schweiz	5	3	7	–	72	73	68	68	4	7	89	–	92		
Senegal	315	237	434	74	22	30	21	28	16	22	55	7	–		
Serbien	12	9	17	98	49	56	32	29	10	13	55	–	86		
Seychellen	53	26	109	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Sierra Leone	1.120	808	1.620	87	27	24	26	24	20	24	56	40	65		
Simbabwe	458	360	577	86	49	69	49	68	8	10	85	60	–		
Singapur	8	5	13	100	40	69	35	60	6	10	77	–	–		
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Slowakei	5	4	7	98	56	79	47	66	4	6	79	–	–		
Slowenien	7	5	9	–	54	80	45	66	6	5	76	–	–		
Somalia	829	385	1.590	–	16	27	7	10	16	27	21	–	–		
Spanien	4	3	5	–	60	63	58	62	9	13	84	–	–		
Sri Lanka	36	31	41	100	45	67	37	55	5	7	73	–	89		
St. Kitts und Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
St. Lucia	117	71	197	100	48	61	45	57	12	15	75	–	–		
St. Vincent und die Grenadinen	68	44	100	99	50	66	47	64	10	12	80	–	81		
Südafrika	119	96	153	97	50	57	50	57	11	14	81	65	95		
Sudan	295	207	408	78	10	15	9	14	18	28	33	–	57		
Südsudan	1.150	789	1.710	–	6	7	5	7	20	30	20	–	16		
Suriname	120	96	144	98	33	45	32	45	15	23	67	–	45		
Syrien	31	20	50	–	37	61	27	45	8	13	61	–	77		
Tadschikistan	17	10	26	95	23	31	21	29	16	22	54	33	–		
Tansania	524	399	712	64	36	43	31	38	16	20	60	47	–		
Thailand	37	32	44	99	56	80	54	78	4	5	91	–	–		
Timor-Leste	142	102	192	57	18	30	16	28	14	24	51	40	–		
Togo	396	270	557	69	24	26	22	23	23	31	46	30	73		
Tonga	52	24	116	–	20	37	17	31	13	25	51	–	–		
Trinidad und Tobago	67	50	90	100	40	48	35	44	15	20	65	–	32		
Tschad	1.140	847	1.590	24	7	7	6	7	18	24	24	27	75		
Tschechien	3	2	5	100	63	85	56	76	3	4	84	–	70		
Tunesien	43	33	54	100	30	58	26	50	8	13	69	–	–		
Türkei	17	14	20	98	48	71	33	49	7	10	60	–	–		
Turkmenistan	7	5	10	100	36	54	34	51	10	15	74	–	–		
Turks- und Caicosinseln	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Uganda	375	278	523	74	34	43	31	39	19	26	58	62	–		
Ukraine	19	14	26	100	53	68	44	54	6	9	74	81	88		
Ungarn	12	9	16	100	49	70	44	63	6	9	80	–	–		
Uruguay	17	14	21	100	57	79	55	77	6	7	87	–	99		
USA	19	17	21	99	64	76	57	66	5	6	83	–	–		
Usbekistan	29	23	37	100	49	69	46	65	6	9	83	–	–		

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR- Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere Schwellenwerte ^a	MMR- Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in %	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung ^b bei Frauen (15–49 J.)		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte, in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung		
					IRGENDNEINE METHODE		MODERNE METHODE		Alle	Verheiratet/in Beziehung				Alle	Verheiratet/in Beziehung
					Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung							
	2017	2017	2017	2014–2019	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2007–2018	2019			
Vanuatu	–	–	–	–	36	48	31	40	15	20	60	–	–		
Venezuela	125	97	170	99	56	76	52	71	8	10	82	–	–		
Vereinigte Arabische Emirate	3	2	5	100	35	50	28	40	12	17	60	–	–		
Vietnam	43	32	61	94	59	80	50	67	4	5	79	–	54		
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Zentralafrikanische Republik	829	463	1470	–	23	26	17	19	18	22	41	–	77		
Zypern	6	4	10	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–		

ANMERKUNGEN

– Keine Daten verfügbar

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

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

DEFINITIONEN

Müttersterblichkeitsrate (MMR): Dieser Indikator zeigt die Zahl 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)

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 wollen, aber keine Verhütungsmethode anwenden.

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

Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte: Prozentsatz der 15- bis 49-jährigen Frauen, die verheiratet oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft liiert sind und in den folgenden drei Bereichen ihre eigenen Entscheidungen treffen: Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner, Anwendung von Verhütungsmethoden und eigene Gesundheitsversorgung. (SDG Indikator 5.6.1)

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

QUELLEN

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

Betreute Geburten: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2017, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisation (WHO). Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage der gemeinsamen globalen Datenbank berechnet.

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

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

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

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

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

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

Überwachung ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte

HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE

Globale und regionale Daten	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate der Sekundarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe	
	2020	2019	2019	männlich	weiblich	2018	männlich	weiblich	2018	
Welt	41	20	–	91	89	0,98	66	66	1,00	
Stärker entwickelte Regionen	12	–	–	96	96	1,00	90	91	1,01	
Weniger entwickelte Regionen	45	27	–	91	89	0,97	63	63	1,00	
Am wenigsten entwickelte Regionen	91	38	–	83	79	0,95	40	36	0,89	
Regionale Daten										
Arabische Staaten	48	20	55	85 ^b	83 ^b	0,97 ^b	64	59	0,93	
Asien und Pazifik	23	26	–	95	93	0,99	68	69	1,02	
Lateinamerika und Karibik	61	25	–	95	95	1,01	76	79	1,04	
Osteuropa und Zentralasien	27	12	–	95	95	1,00	88	87	0,98	
Ost- und Südliches Afrika	95	32	24	85	83	0,98	34	32	0,95	
West- und Zentralafrika	108	39	23	79	70	0,89	42	37	0,88	
Land, Territorium oder Gebiet										
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2009–2019		2009–2019	2009–2019		2009–2019	
Afghanistan	62	28	–	–	–	–	63	37	0,58	
Ägypten	52	17	70	98	99	1,00	82	83	1,01	
Albanien	16	12	–	94	97	1,03	84	89	1,06	
Algerien	10	3	–	–	–	–	–	–	–	
Angola	163	30	–	92	71	0,78	13	10	0,80	
Antigua und Barbuda	28	–	–	96	99	1,02	88	90	1,02	
Äquatorialguinea	176	30	–	44	45	1,02	–	–	–	
Argentinien	54	–	–	–	–	–	89	93	1,05	
Armenien	21	5	–	91	91	1,00	87	88	1,01	
Aruba	26	–	–	94	98	1,04	73	81	1,10	
Aserbaidshjan	45	11	–	93	92	1,00	89	88	0,99	
Äthiopien	80	40	47	88	82	0,93	31	30	0,97	
Australien	10	–	–	96	97	1,01	92	93	1,01	
Bahamas	29	–	–	73	75	1,03	60	65	1,09	
Bahrain	14	–	–	99	97	0,98	87	94	1,08	
Bangladesch	74	59	–	–	–	–	61	72	1,18	
Barbados	50	29	–	99	98	0,98	91	97	1,07	
Belarus	14	5	–	95	95	1,00	95	96	1,01	
Belgien	6	–	–	99	99	1,00	95	95	1,00	
Belize	64	34	–	99	99	1,00	69	73	1,06	
Benin	108	31	2	–	–	–	53	40	0,75	
Bhutan	28	26	–	89	91	1,02	64	77	1,19	
Bolivien	71	20	–	93	93	1,00	76	77	1,01	
Bosnien und Herzegowina	11	4	–	–	–	–	–	–	–	
Botswana	50	–	–	87	89	1,02	–	–	–	
Brasilien	53	26	–	97	97	1,00	80	83	1,04	
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	–	81	84	1,03	
Bulgarien	38	–	–	88	88	1,00	90	88	0,97	
Burkina Faso	132	52	58	80	78	0,98	30	32	1,04	
Burundi	58	19	–	92	95	1,03	24	31	1,29	
Cabo Verde	80	18	–	94	93	0,98	66	74	1,12	

Überwachung ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte

HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
				männlich	weiblich		männlich	weiblich	
Chile	26	–	–	95	95	1,00	87	90	1,03
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hongkong	2	–	–	–	–	–	96	97	1,01
China, Macau	3	–	–	96	96	1,00	85	88	1,05
Costa Rica	50	21	–	97	97	1,00	81	84	1,05
Côte d'Ivoire	123	27	27	98	90	0,92	45	35	0,77
Curaçao	23	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänemark	3	–	–	98	99	1,01	90	92	1,03
Deutschland	6	–	–	90	92	1,02	86	85	0,99
Dominika	48	–	–	90	93	1,04	84	91	1,08
Dominikanische Republik	51	36	–	94	94	1,00	67	75	1,12
Dschibuti	21	5	80	67	67	1,00	38	37	0,97
Ecuador	71	20	–	–	–	–	83	86	1,03
El Salvador	74	26	–	81	82	1,01	61	63	1,02
Eritrea	76	41	69	54	49	0,91	43	40	0,94
Estland	11	–	–	93	95	1,01	93	95	1,02
Eswatini	87	5	–	83	82	1,00	36	47	1,30
Fidschi	23	–	–	99	99	0,99	80	89	1,10
Finland	5	–	–	99	99	1,00	96	96	1,01
Frankreich	9	–	–	99	100	1,01	94	95	1,01
Französisch-Guayana	76	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	42	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	86	26	75	78	86	1,10	–	–	–
Georgien	32	14	–	98	98	1,01	95	97	1,02
Ghana	75	21	2	86	87	1,01	57	58	1,02
Grenada	36	–	–	–	–	–	93	83	0,89
Griechenland	9	–	–	98	98	1,00	94	93	0,98
Großbritannien	12	–	–	100	99	1,00	97	97	1,00
Guadeloupe	16	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	79	30	–	89	90	1,01	45	43	0,96
Guinea	120	47	92	85	71	0,83	39	26	0,66
Guinea-Bissau	106	24	42	75	71	0,95	–	–	–
Guyana	74	30	–	97	94	0,97	80	84	1,05
Haiti	55	15	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	34	–	80	81	1,02	41	47	1,14
Indien	11	27	–	97	99	1,02	61	62	1,02
Indonesien	36	16	–	97	92	0,95	78	80	1,03
Irak	82	28	4	–	–	–	–	–	–
Iran	33	17	–	98	98	0,99	82	80	0,98
Irland	7	–	–	–	–	–	97	99	1,01
Island	6	–	–	100	99	1,00	90	92	1,02
Israel	10	–	–	–	–	–	98	100	1,02

Überwachung ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte

HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate der Sekundarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	männlich	weiblich	2009–2019	männlich	weiblich	2009–2019
Italien	4	–	–	97	97	1,00	94	95	1,01
Jamaika	52	8	–	81	82	1,01	72	76	1,06
Japan	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Jemen	67	32	16	90	79	0,88	55	40	0,73
Jordanien	27	10	–	82	80	0,98	62	64	1,03
Jungferninseln (USA)	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Kambodscha	57	19	–	91	91	1,00	–	–	–
Kamerun	119	31	0,4	97	89	0,91	49	43	0,88
Kanada	8	–	–	–	–	–	100	100	1,00
Kasachstan	26	7	–	–	–	–	93	93	1,01
Katar	9	4	–	97	99	1,03	96	92	0,96
Kenia	96	23	11	79	83	1,04	49	46	0,93
Kirgisistan	34	13	–	98	97	0,99	85	84	0,99
Kiribati	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Kolumbien	61	23	–	97	98	1,01	75	80	1,07
Komoren	70	32	–	82	82	1,00	49	52	1,05
Kongo	111	27	–	85	93	1,09	–	–	–
Kongo, Dem. Rep.	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Korea	1	–	–	98	98	1,00	98	98	1,00
Korea, Dem. Voksrep.	1	–	–	98	98	1,00	–	–	–
Kroatien	9	–	–	96	98	1,02	91	94	1,04
Kuba	52	26	–	98	98	1,00	82	87	1,06
Kuwait	6	–	–	84	93	1,11	85	89	1,05
Laos	83	33	–	92	91	0,98	61	59	0,98
Lesotho	94	16	–	90	92	1,02	33	50	1,53
Lettland	16	–	–	96	98	1,01	93	95	1,02
Libanon	13	6	–	–	–	–	–	–	–
Liberia ^a	150	36	26	44	45	1,01	17	15	0,87
Libyen	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Litauen	13	–	–	–	–	–	98	98	1,00
Luxemburg	4	–	–	98	98	1,01	82	85	1,04
Madagaskar	152	40	–	–	–	–	29	31	1,08
Malawi	138	42	–	–	–	–	34	35	1,03
Malaysia	9	–	–	100	100	1,00	69	75	1,09
Maldeven	9	2	1	94	96	1,02	–	–	–
Mali	164	54	86	62	56	0,90	33	27	0,81
Malta	13	–	–	–	–	–	92	94	1,03
Marokko	19	14	–	97	97	1,00	64	64	1,00
Martinique	17	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauretanien	84	37	63	79	81	1,03	30	32	1,05
Mauritius	24	–	–	95	97	1,02	82	87	1,07
Mexiko	71	26	–	–	–	–	80	83	1,03
Mikronesien	44	–	–	85	86	1,00	–	–	–
Moldawien	21	12	–	90	90	1,01	78	78	0,99
Mongolei	33	12	–	97	96	0,99	–	–	–

Überwachung ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte

HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
				männlich	weiblich		männlich	weiblich	
Montenegro	10	6	–	96	97	1,01	88	90	1,01
Mosambik	180	53	–	95	92	0,97	19	19	1,00
Myanmar	28	16	–	90	88	0,99	61	67	1,08
Namibia	64	7	–	95	98	1,03	–	–	–
Nepal	88	40	–	–	–	–	61	63	1,03
Neukaledonien	15	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	14	–	–	98	99	1,01	96	98	1,02
Nicaragua	92	35	–	95	98	1,03	45	52	1,17
Niederlande	3	–	–	99	99	1,01	93	94	1,01
Niger	154	76	1	69	58	0,85	23	17	0,74
Nigeria	106	43	14	72	60	0,84	–	–	–
Nordmazedonien	15	7	–	96	96	1,00	–	–	–
Norwegen	3	–	–	100	100	1,00	96	96	1,00
Oman	12	4	–	98	100	1,02	99	93	0,94
Österreich	7	–	–	88	90	1,02	87	87	1,00
Pakistan	46	18	–	74	62	0,84	40	34	0,85
Palästina ¹	48	15	–	97	97	1,00	83	91	1,09
Panama	76	26	–	87	86	0,99	62	66	1,07
Papua-Neuguinea	68	27	–	78	73	0,93	35	29	0,82
Paraguay	72	22	–	88	88	1,00	66	66	1,00
Peru	44	17	–	96	97	1,01	91	88	0,96
Philippinen	39	17	–	95	95	1,00	60	71	1,19
Polen	11	–	–	97	97	1,00	94	94	1,00
Portugal	8	–	–	98	97	0,99	94	95	1,01
Puerto Rico	22	–	–	77	80	1,04	73	79	1,09
Réunion	30	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	41	7	–	95	96	1,01	33	39	1,18
Rumänien	38	–	–	86	86	1,00	82	83	1,01
Russland	22	–	–	97	98	1,01	90	91	1,01
Salomonen	78	21	–	67	68	1,01	–	–	–
Sambia	135	29	–	83	87	1,05	–	–	–
Samoa	39	11	–	–	–	–	82	90	1,10
San Marino	1	–	–	–	–	–	70	63	0,89
São Tomé und Príncipe	92	35	–	94	94	1,00	62	69	1,12
Saudi-Arabien	9	–	–	95	95	1,00	99	94	0,96
Schweden	5	–	–	–	–	–	100	99	1,00
Schweiz	2	–	–	99	100	1,01	87	84	0,97
Senegal	78	29	21	72	81	1,12	36	39	1,10
Serbien	15	3	–	98	98	1,00	92	93	1,01
Seychellen	68	–	–	–	–	–	78	83	1,06
Sierra Leone	101	30	64	98	98	1,00	43	41	0,96
Simbabwe	78	34	–	–	–	–	49	49	0,99
Singapur	3	–	–	–	–	–	100	100	1,00
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	68	72	1,06
Slowakei	27	–	–	82	84	1,02	84	85	1,01

Überwachung ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte

HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe 2009–2019	Nettoeinschulungsrate der Sekundarstufe, in %, 2018		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe 2009–2019
				männlich	weiblich		männlich	weiblich	
Slowenien	4	–	–	98	99	1,01	95	97	1,02
Somalia	123	45	97	–	–	–	–	–	–
Spanien	7	–	–	97	98	1,01	96	98	1,02
Sri Lanka	21	10	–	98	97	0,98	90	92	1,03
St. Kitts und Nevis	46	–	–	–	–	–	96	100	1,04
St. Lucia	36	24	–	97	100	1,03	81	82	1,01
St. Vincent und die Grenadinen	52	–	–	–	–	–	87	92	1,05
Südafrika	41	4	–	90	95	1,05	65	79	1,20
Sudan	87	34	82	62	61	0,98	32	31	0,95
Südsudan	158	52	–	40	30	0,76	6	4	0,70
Suriname	57	36	–	84	88	1,04	52	64	1,23
Syrien	54	13	–	73	71	0,98	49	48	0,98
Tadschikistan	54	9	–	98	97	0,99	87	79	0,90
Tansania	139	31	5	81	84	1,04	26	27	1,06
Thailand	38	23	–	98	98	1,00	77	78	1,01
Timor-Leste	42	15	–	94	97	1,03	59	67	1,14
Togo	89	25	1	97	92	0,95	49	33	0,69
Tonga	30	6	–	–	–	–	81	84	1,04
Trinidad und Tobago	38	11	–	99	98	0,99	–	–	–
Tschad	179	67	32	83	64	0,78	25	12	0,48
Tschechien	12	–	–	87	89	1,03	90	91	1,02
Tunesien	4	2	–	97	100	1,02	–	–	–
Türkei	21	15	–	95	95	0,99	88	86	0,97
Turkmenistan	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Turks- und Caicosinseln	15	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	27	10	–	91	84	0,92	62	71	1,14
Uganda	132	34	0,1	94	97	1,03	–	–	–
Ukraine	19	9	–	91	93	1,02	85	86	1,01
Ungarn	23	–	–	96	97	1,00	89	90	1,01
Uruguay	36	25	–	97	97	1,00	85	91	1,07
USA	19	–	–	96	96	1,00	92	93	1,01
Usbekistan	19	7	–	98	96	0,99	91	90	0,99
Vanuatu	51	21	–	92	93	1,01	48	50	1,04
Venezuel	95	–	–	90	90	1,00	70	77	1,10
Vereinigte Arabische Emirate	5	–	–	92	95	1,03	95	90	0,95
Vietnam	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	229	68	18	72	56	0,77	16	10	0,62
Zypern	4	–	–	97	98	1,01	95	95	1,00

ANMERKUNGEN

- Keine Daten verfügbar
- a Prozentsatz der Mädchen im Alter von 15–19 Jahren, die Mitglieder der Sande-Gesellschaft sind. Die Mitgliedschaft in der Sande-Gesellschaft ist stellvertretend für FGM.
- b Referenzjahr ist 2017
- 1 Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen, die Palästina den Status eines „beobachtenden Nicht-Mitgliedsstaats in den Vereinten Nationen“ verlieh.

DEFINITIONEN

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

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

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Mädchen: Anteil der 15- bis 19-jährigen Mädchen, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden (SDG Indikator 5.3.2).

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

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

Netto-Einschulungsrate (m./w.) in der Sekundarstufe: Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer Sekundarschule angemeldet sind.

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

QUELLEN

Anzahl der Geburten: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Ehen von unter 18-Jährigen: UNICEF. Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von UNICEF-Daten berechnet.

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Mädchen: UNFPA.

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

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Netto-Einschulungsrate (m./w.) in der Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe: UNESCO Statistikbüro (UIS).

Demografische Indikatoren

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGSWACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG				GESCHLECHTERVERHÄLTNIS	FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG
	Gesamtbevölkerung, in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %	Geschlechterverhältnis bei Geb., pro weibl. Geburt	Gesamtfertilitätsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren
Globale und regionale Daten	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Welt	7.795	1,1	25,4	23,7	65,2	9,3	1,068	2,4	73
Stärker entwickelte Regionen	1.273	0,3	16,4	16,6	64,3	19,3	–	1,6	80
Weniger entwickelte Regionen	6.521	1,3	27,2	25,1	65,4	7,4	–	2,6	71
Am wenigsten entwickelte Regionen	1.057	2,3	38,8	31,8	57,6	3,6	–	3,9	66
Regionale Daten									
Arabische Staaten	377	1,9	34,0	27,6	61,0	5,0	–	3,3	72
Asien und Pazifik	4.083	0,9	23,6	23,5	68,0	8,4	–	2,1	73
Lateinamerika und Karibik	650	1,0	23,9	24,5	67,2	8,9	–	2,0	76
Osteuropa und Zentralasien	250	0,9	23,4	21,2	66,3	10,2	–	2,1	74
Ost- und Südliches Afrika	617	2,6	41,2	32,3	55,6	3,2	–	4,2	64
West- und Zentralafrika	459	2,7	43,1	32,2	54,1	2,8	–	5,0	58
Land, Territorium oder Gebiet	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Afghanistan	38,9	2,5	41,8	35,3	55,5	2,6	1,059	4,2	65
Ägypten	102,3	2,0	33,9	26,2	60,7	5,3	1,054	3,2	72
Albanien	2,9	-0,1	17,2	20,5	68,1	14,7	1,083	1,6	79
Algerien	43,9	2,0	30,8	22,2	62,5	6,7	1,044	2,9	77
Angola	32,9	3,3	46,4	32,8	51,4	2,2	1,027	5,4	61
Antigua und Barbuda	0,1	0,9	21,8	21,9	68,8	9,3	1,031	2,0	77
Äquatorialguinea	1,4	3,7	36,8	28,8	60,8	2,4	1,031	4,3	59
Argentinien	45,2	1,0	24,4	23,5	64,2	11,4	1,057	2,2	77
Armenia	3,0	0,3	20,8	18,4	67,4	11,8	1,117	1,8	75
Aruba ¹	0,1	0,5	17,4	20,2	68,0	14,6	1,045	1,9	76
Aserbaidschan ²	10,1	1,0	23,5	20,3	69,7	6,7	1,134	2,0	73
Ethiopia	115,0	2,6	39,9	33,6	56,5	3,5	1,055	4,0	67
Australien ³	25,5	1,3	19,3	18,5	64,5	16,2	1,057	1,8	84
Bahamas	0,4	1,0	21,6	24,7	70,6	7,7	1,029	1,7	74
Bahrain	1,7	4,3	18,3	16,1	79,1	2,7	1,041	1,9	77
Bangladesch	164,7	1,1	26,8	27,9	68,0	5,2	1,055	2,0	73
Barbados	0,3	0,1	16,8	19,2	66,5	16,7	1,037	1,6	79
Belarus	9,4	0,0	17,2	14,3	67,2	15,6	1,063	1,7	75
Belgien	11,6	0,5	17,0	17,0	63,7	19,3	1,050	1,7	82
Belize	0,4	1,9	29,2	29,5	65,8	5,0	1,050	2,2	75
Benin	12,1	2,7	41,9	32,1	54,8	3,3	1,042	4,7	62
Bhutan	0,8	1,2	24,9	27,3	68,9	6,2	1,051	1,9	72
Bolivien	11,7	1,4	30,2	28,8	62,3	7,5	1,042	2,7	72
Bosnien und Herzegowina	3,3	-0,9	14,5	17,1	67,6	17,9	1,067	1,2	78
Botswana	2,4	2,1	33,4	28,7	62,1	4,5	1,031	2,8	70
Brasilien	212,6	0,8	20,7	22,7	69,7	9,6	1,044	1,7	76
Brunei Darussalam	0,4	1,1	22,3	22,9	72,1	5,6	1,072	1,8	76
Bulgarien	6,9	-0,7	14,7	14,2	63,9	21,5	1,061	1,6	75
Burkina Faso	20,9	2,9	44,4	33,2	53,2	2,4	1,041	5,0	62
Burundi	11,9	3,1	45,3	31,7	52,4	2,4	1,023	5,2	62
Cabo Verde	0,6	1,2	28,1	26,2	67,1	4,8	1,033	2,2	73
Chile	19,1	1,2	19,2	20,4	68,5	12,2	1,043	1,6	80

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGSWACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG ²				GESCHLECHTERVERHÄLTNISS	FERTILITÄT	=LEBENSERWARTUNG
	Gesamtbevölkerung, in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter >64 J., in %	Geschlechterverhältnis bei Geb., pro weibl. Geburt	Gesamfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren
	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
China ⁴	1.439,3	0,5	17,7	17,6	70,3	12,0	1,143	1,7	77
China, Hong Kong ⁵	7,5	0,8	12,7	12,4	69,1	18,2	1,078	1,4	85
China, Macao ⁶	0,6	1,5	14,4	12,8	73,7	12,0	1,084	1,2	84
Costa Rica	5,1	1,0	20,8	22,0	68,9	10,3	1,043	1,7	80
Côte d'Ivoire	26,4	2,5	41,5	32,8	55,6	2,9	1,030	4,5	58
Curaçao ¹	0,2	0,5	18,2	18,9	64,2	17,7	1,045	1,7	79
Dänemark ⁷	5,8	0,4	16,3	18,1	63,6	20,2	1,057	1,8	81
Deutschland	83,8	0,5	14,0	14,9	64,4	21,7	1,054	1,6	81
Dominika	0,1	0,2	–	–	–	–	1,030	–	–
Dominikanische Republik	10,8	1,1	27,4	26,5	65,0	7,5	1,045	2,3	74
Dschibuti	1,0	1,6	28,9	27,3	66,4	4,7	1,038	2,6	67
Ecuador	17,6	1,7	27,4	26,5	65,0	7,6	1,046	2,4	77
El Salvador	6,5	0,5	26,6	27,7	64,8	8,7	1,064	2,0	74
Eritrea	3,5	1,2	41,1	32,3	54,4	4,5	1,031	3,9	67
Estland	1,3	0,2	16,5	14,7	63,1	20,4	1,057	1,6	79
Eswatini	1,2	1,0	37,4	33,6	58,5	4,0	1,027	2,9	61
Fidschi	0,9	0,6	29,0	25,7	65,2	5,8	1,069	2,7	68
Finnland ⁸	5,5	0,2	15,9	16,6	61,6	22,6	1,051	1,5	82
Frankreich ⁹	65,3	0,3	17,7	17,7	61,6	20,8	1,049	1,8	83
Französisch-Guayana ¹⁰	0,3	2,7	31,8	27,7	62,6	5,6	1,035	3,3	80
Französisch-Polynesien ¹⁰	0,3	0,6	22,2	23,4	68,7	9,1	1,055	1,9	78
Gabun	2,2	2,7	37,3	27,1	59,2	3,5	1,020	3,9	67
Gambia	2,4	2,9	44,0	32,5	53,5	2,5	1,031	5,1	62
Georgien ¹¹	4,0	-0,2	20,2	17,7	64,5	15,3	1,065	2,0	74
Ghana	31,1	2,2	37,1	30,5	59,7	3,1	1,040	3,8	64
Grenada	0,1	0,5	23,8	22,1	66,4	9,8	1,032	2,0	72
Griechenland	10,4	-0,4	13,7	15,3	64,1	22,3	1,062	1,3	82
Großbritannien ¹²	67,9	0,6	17,7	17,3	63,7	18,7	1,055	1,7	81
Guadeloupe ¹⁰	0,4	0,0	18,4	21,7	62,2	19,4	1,032	2,1	82
Guam ¹³	0,2	0,8	23,9	24,3	65,6	10,5	1,073	2,3	80
Guatemala	17,9	1,9	33,3	31,7	61,6	5,0	1,039	2,8	75
Guinea	13,1	2,8	43,0	34,3	54,0	3,0	1,041	4,6	62
Guinea-Bissau	2,0	2,5	41,9	32,1	55,2	2,9	1,036	4,3	59
Guyana	0,8	0,5	27,7	28,3	65,3	7,0	1,041	2,4	70
Haiti	11,4	1,3	32,5	29,9	62,4	5,2	1,031	2,8	64
Honduras	9,9	1,7	30,6	31,1	64,4	5,0	1,052	2,4	75
Indien	1.380,0	1,0	26,2	27,2	67,3	6,6	1,098	2,2	70
Indonesien	273,5	1,1	25,9	25,2	67,8	6,3	1,060	2,3	72
Irak	40,2	2,5	37,7	31,1	58,8	3,4	1,053	3,5	71
Iran	84,0	1,4	24,7	20,6	68,7	6,6	1,052	2,1	77
Irland	4,9	1,2	20,8	19,4	64,6	14,6	1,050	1,8	82
Israel	8,7	1,6	27,8	23,4	59,8	12,4	1,058	3,0	83
Island	0,3	0,7	19,4	19,6	65,0	15,6	1,048	1,7	83
Italien	60,5	0,0	13,0	14,3	63,7	23,3	1,059	1,3	84
Jamaika	3,0	0,5	23,4	24,6	67,6	9,1	1,037	2,0	75

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG				GESCHLECHTER- VERHÄLTNIS	FERTILITÄT	LEBENS- ERWARTUNG
	Gesamtbevölkerung, in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %	Geschlechterverhältnis bei Geb., pro weibl. Geburt	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren
	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Japan	126,5	-0,2	12,4	13,7	59,2	28,4	1,054	1,4	85
Jemen	29,8	2,4	38,8	32,4	58,2	2,9	1,058	3,6	66
Jordanien	10,2	1,9	32,9	30,6	63,2	4,0	1,051	2,6	75
Jungferninseln (USA) ¹³	0,1	-0,1	19,3	19,6	60,2	20,5	1,039	2,0	81
Kambodscha	16,7	1,5	30,9	27,7	64,2	4,9	1,052	2,5	70
Kamerun	26,5	2,6	42,1	32,4	55,2	2,7	1,026	4,4	60
Kanada	37,7	0,9	15,8	16,8	66,1	18,1	1,056	1,5	83
Kasachstan	18,8	1,3	29,1	20,3	63,0	7,9	1,061	2,7	74
Katar	2,9	2,3	13,6	16,2	84,7	1,7	1,044	1,8	80
Kenia	53,8	2,3	38,6	33,4	58,9	2,5	1,021	3,4	67
Kirgisistan	6,5	1,8	32,6	24,8	62,6	4,7	1,060	2,9	72
Kiribati	0,1	1,5	35,9	28,9	59,9	4,2	1,067	3,5	69
Kolumbien	50,9	1,4	22,2	24,6	68,8	9,1	1,045	1,8	77
Komoren	0,9	2,2	39,0	31,1	57,9	3,1	1,032	4,1	65
Kongo	5,5	2,6	41,3	31,4	56,0	2,8	1,025	4,3	65
Kongo, Dem. Rep.	89,6	3,2	45,8	32,1	51,2	3,0	1,022	5,7	61
Korea	51,3	0,2	12,5	15,5	71,7	15,8	1,056	1,1	83
Korea, Dem. Volksrep.	25,8	0,5	19,8	21,3	70,8	9,3	1,062	1,9	72
Kroatien	4,1	-0,6	14,5	15,7	64,2	21,3	1,058	1,4	79
Kuba	11,3	0,0	15,9	17,2	68,2	15,9	1,073	1,6	79
Kuwait	4,3	2,1	21,5	17,3	75,5	3,0	1,046	2,1	76
Laos	7,3	1,5	31,9	29,7	63,8	4,3	1,054	2,6	68
Lesotho	2,1	0,8	32,2	29,5	62,8	4,9	1,027	3,1	55
Lettland	1,9	-1,1	16,4	13,7	62,9	20,7	1,059	1,7	75
Libanon	6,8	0,9	25,1	25,3	67,4	7,5	1,052	2,1	79
Liberia	5,1	2,5	40,4	32,4	56,3	3,3	1,038	4,2	64
Libyen	6,9	1,4	27,8	25,1	67,7	4,5	1,056	2,2	73
Litauen	2,7	-1,5	15,5	13,8	63,9	20,6	1,053	1,7	76
Luxemburg	0,6	2,0	15,6	16,9	70,1	14,4	1,060	1,4	82
Madagaskar	27,7	2,7	40,1	32,6	56,8	3,1	1,036	4,0	67
Malawi	19,1	2,7	43,0	34,4	54,4	2,6	1,013	4,1	65
Malaysia ¹⁴	32,4	1,3	23,4	24,7	69,4	7,2	1,066	2,0	76
Malediven	0,5	3,4	19,6	20,4	76,8	3,6	1,066	1,8	79
Mali	20,3	3,0	47,0	33,5	50,5	2,5	1,033	5,7	60
Malta	0,4	0,4	14,4	14,9	64,3	21,3	1,067	1,5	83
Marokko	36,9	1,3	26,8	24,3	65,6	7,6	1,069	2,4	77
Martinique ¹⁰	0,4	-0,2	15,7	19,1	62,6	21,7	1,029	1,8	83
Mauretanien	4,6	2,8	39,7	30,6	57,1	3,2	1,032	4,4	65
Mauritius ¹⁵	1,3	0,2	16,8	21,2	70,7	12,5	1,037	1,4	75
Mexiko	128,9	1,1	25,8	25,8	66,5	7,6	1,037	2,1	75
Mikronesia	0,1	1,1	31,2	30,4	64,4	4,4	1,067	3,0	68
Moldawien ¹⁶	4,0	-0,2	15,9	16,4	71,6	12,5	1,062	1,3	72
Mongolei	3,3	1,8	31,1	22,2	64,6	4,3	1,051	2,8	70
Montenegro	0,6	0,0	18,0	19,1	66,2	15,8	1,072	1,7	77
Mosambik	31,3	2,9	44,1	33,6	53,1	2,9	1,018	4,7	61

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGSWACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG ^a				GESCHLECHTERVERHÄLTNIS	FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG
	Gesamtbevölkerung, in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter >64 J., in %	Geschlechterverhältnis bei Geb., pro weibl. Geburt	Gesamfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren
	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Myanmar	54,4	0,6	25,5	27,0	68,3	6,2	1,066	2,1	67
Namibia	2,5	1,9	36,8	30,3	59,6	3,6	1,011	3,3	64
Nepal	29,1	1,5	28,8	32,1	65,4	5,8	1,073	1,8	71
Neukaledonien ¹⁰	0,3	1,0	22,1	23,3	68,2	9,7	1,060	1,9	78
Neuseeland ¹⁷	4,8	0,9	19,4	19,7	64,2	16,4	1,056	1,9	82
Nicaragua	6,6	1,3	29,5	27,5	64,8	5,7	1,034	2,3	75
Niederlande ¹⁸	17,1	0,2	15,7	17,4	64,3	20,0	1,054	1,7	82
Niger	24,2	3,8	49,7	33,0	47,7	2,6	1,040	6,7	63
Nigeria	206,1	2,6	43,5	31,9	53,8	2,7	1,036	5,2	55
Nordmazedonien	2,1	0,0	16,3	17,5	69,2	14,5	1,073	1,5	76
Norwegen ¹⁹	5,4	0,8	17,3	18,4	65,2	17,5	1,057	1,7	83
Oman	5,1	3,6	22,5	16,8	75,0	2,5	1,043	2,8	78
Österreich	9,0	0,7	14,4	15,4	66,4	19,2	1,064	1,6	82
Pakistan	220,9	2,0	34,8	30,0	60,8	4,3	1,064	3,4	67
Palästina ²⁰	5,1	2,4	38,4	31,5	58,4	3,2	1,053	3,5	74
Panama	4,3	1,7	26,5	24,9	65,0	8,5	1,050	2,4	79
Papua-Neuguinea	8,9	2,0	35,1	30,8	61,3	3,6	1,067	3,5	65
Paraguay	7,1	1,3	28,9	28,2	64,3	6,8	1,051	2,4	74
Peru	33,0	1,6	24,7	23,5	66,6	8,7	1,040	2,2	77
Philippinen	109,6	1,4	30,0	28,7	64,4	5,5	1,080	2,5	71
Polen	37,8	-0,1	15,2	15,0	66,0	18,7	1,059	1,4	79
Portugal	10,2	-0,3	13,1	15,3	64,2	22,8	1,054	1,3	82
Puerto Rico ¹⁴	2,9	-3,3	15,8	18,8	63,4	20,8	1,057	1,2	80
Réunion ¹⁰	0,9	0,7	22,4	22,6	64,9	12,7	1,035	2,2	81
Ruanda	13,0	2,6	39,5	31,6	57,4	3,1	1,027	3,9	69
Rumänien	19,2	-0,7	15,5	16,0	65,2	19,2	1,061	1,6	76
Russland	145,9	0,1	18,4	15,0	66,1	15,5	1,059	1,8	73
Salomonen	0,7	2,6	40,0	30,5	56,3	3,7	1,067	4,3	73
Sambia	18,4	2,9	44,0	34,3	53,9	2,1	1,013	4,5	64
Samoa	0,2	0,5	37,2	29,5	57,7	5,1	1,067	3,8	73
San Marino	0,3	0,4	–	–	–	–	1,067	–	–
São Tomé und Príncipe	0,2	1,9	41,8	33,2	55,2	3,0	1,028	4,2	71
Saudi-Arabien	34,8	1,9	24,7	20,7	71,8	3,5	1,050	2,2	75
Schweden	10,1	0,7	17,6	16,5	62,0	20,3	1,058	1,8	83
Schweiz	8,7	0,8	15,0	15,2	65,9	19,1	1,055	1,5	84
Senegal	16,7	2,8	42,6	32,1	54,3	3,1	1,033	4,5	68
Serbien ²¹	8,7	-0,3	15,4	17,5	65,6	19,1	1,071	1,4	76
Seychellen	0,1	0,7	23,8	20,6	68,2	8,1	1,034	2,4	73
Sierra Leone	8,0	2,1	40,3	32,9	56,7	2,9	1,032	4,1	55
Simbabwe	14,9	1,5	41,9	33,2	55,1	3,0	1,023	3,5	62
Singapur	5,9	0,9	12,3	15,4	74,3	13,4	1,065	1,2	84
Sint Maarten ¹	0,04	1,4	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	5,5	0,1	15,6	15,3	67,7	16,7	1,055	1,5	78
Slowenien	2,1	0,1	15,1	14,1	64,1	20,7	1,059	1,6	81
Somalia	15,9	2,8	46,1	34,4	50,9	2,9	1,043	5,9	58

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG				GESCHLECHTER- VERHÄLTNISS	FERTILITÄT	LEBENS- ERWARTUNG
	Gesamtbevölkerung, in Mio.	Durchschnittl. jähr. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %	Geschlechterverhältnis bei Geb., pro weibl. Geburt	Gesamfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren
	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Spanien ²²	46,8	0,0	14,4	15,0	65,6	20,0	1,065	1,4	84
Sri Lanka	21,4	0,5	23,7	22,8	65,1	11,2	1,039	2,2	77
St. Kitts und Nevis	0,1	0,8	–	–	–	–	1,037	–	–
St. Lucia	0,2	0,5	18,0	21,9	71,8	10,3	1,036	1,4	76
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	0,3	21,9	24,1	68,2	9,9	1,029	1,9	73
Südafrika	59,3	1,4	28,8	25,9	65,7	5,5	1,031	2,4	64
Sudan	43,8	2,4	39,8	32,6	56,5	3,7	1,041	4,3	66
Südsudan	11,2	0,9	41,3	32,6	55,3	3,4	1,034	4,5	58
Suriname	0,6	1,0	26,7	25,7	66,2	7,1	1,031	2,4	72
Syrien	17,5	-0,6	30,8	28,2	64,4	4,9	1,052	2,7	74
Tadschikistan	9,5	2,4	37,3	27,5	59,6	3,2	1,061	3,5	71
Tansania ²³	59,7	3,0	43,6	32,4	53,8	2,6	1,027	4,8	66
Thailand	69,8	0,3	16,6	19,1	70,5	13,0	1,064	1,5	77
Timor-Leste	1,3	1,9	36,8	33,1	58,9	4,3	1,070	3,9	70
Togo	8,3	2,5	40,6	32,1	56,5	2,9	1,028	4,2	61
Tonga	0,1	1,0	34,8	31,4	59,3	5,9	1,079	3,5	71
Trinidad und Tobago	1,4	0,4	20,1	19,4	68,4	11,5	1,040	1,7	74
Tschad	16,4	3,0	46,5	33,9	51,0	2,5	1,039	5,6	55
Tschechien	10,7	0,2	15,8	14,3	64,1	20,1	1,055	1,7	80
Tunesien	11,8	1,1	24,3	20,8	66,8	8,9	1,054	2,2	77
Türkei	84,3	1,4	23,9	24,1	67,1	9,0	1,054	2,0	78
Turkmenistan	6,0	1,6	30,8	24,4	64,4	4,8	1,063	2,7	68
Turks- und Caicosinseln	0,04	1,5	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	0,01	1,2	–	–	–	–	1,068	–	–
Uganda	45,7	3,6	46,0	34,5	52,0	2,0	1,024	4,7	64
Ukraine ²⁴	43,7	-0,5	16,0	14,9	67,1	16,9	1,062	1,4	72
Ungarn	9,7	-0,2	14,4	15,4	65,4	20,2	1,058	1,5	77
Uruguay	3,5	0,4	20,3	21,1	64,6	15,1	1,051	2,0	78
USA ²⁵	331,0	0,6	18,4	19,5	65,0	16,6	1,047	1,8	79
Usbekistan	33,5	1,6	28,8	24,6	66,4	4,8	1,078	2,4	72
Vanuatu	0,3	2,5	38,4	30,2	58,0	3,6	1,067	3,7	71
Venezuela	28,4	-1,1	27,3	25,5	64,8	8,0	1,054	2,2	72
Vereinigte Arabische Emirate	9,9	1,3	14,8	15,8	83,9	1,3	1,050	1,4	78
Vienam	97,3	1,0	23,2	21,0	68,9	7,9	1,122	2,0	75
Westsahara	0,6	2,5	27,2	24,9	69,4	3,4	1,050	2,3	71
Zentralafrikanische Republik	4,8	1,4	43,5	36,2	53,7	2,8	1,031	4,6	54
Zypern ²⁶	1,2	0,8	16,6	19,5	69,0	14,4	1,065	1,3	81

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 Daten der Ålandinseln
- 9 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für Frankreich nicht Französisch-Guayana, Französisch-Polynesien, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Neukaledonien, Réunion, St. Pierre und Miquelon, St. Barthélemy, St. Martin (französischer Teil) sowie die Wallis- und die Futuna-Inseln enthalten.
- 10 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten für Frankreich hinzugerechnet.
- 11 Einschließlich Abchasien und Südossetien
- 12 Bezieht sich auf das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland. Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für das Vereinigte Königreich nicht Anguilla, Bermuda, Britische Jungferninseln, Kaimaninseln, Kanalinseln, Falklandinseln (Malvinas), Gibraltar, Isle of Man, Montserrat, St. Helena und die Turks- und Caicosinseln.
- 13 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten für die USA hinzugerechnet.
- 14 Einschließlich Sabah und Sarawak
- 15 Einschließlich Agalega-Inseln, Rodrigues und St. Brandon
- 16 Einschließlich Transnistrien
- 17 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für Neuseeland nicht die Cook-Inseln, Niue oder Tokelau.
- 18 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für die Niederlande nicht Aruba, Bonaire, Sint Eustatius und Saba, Curaçao oder Sint Maarten (niederländischer Teil).
- 19 Einschließlich Spitzbergen und Jan Mayen-Inseln
- 20 Einschließlich Ost-Jerusalem
- 21 Einschließlich Kosovo
- 22 Einschließlich Ceuta, Kanarische Inseln und Melilla
- 23 Einschließlich Sansibar
- 24 Einschließlich der Krim
Bezieht sich auf das Territorium des Landes zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001.
- 25 Aus statistischen Gründen umfassen die Daten für die USA nicht Amerikanisch-Samoa, Guam, die Nördlichen Marianen-Inseln, Puerto Rico und die Amerikanischen Jungferninseln.
- 26 Einschließlich Nordzypern

DEFINITIONEN

Gesamtbevölkerung: Geschätzte Bevölkerung von Nationalstaaten zur Mitte des Jahres.

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

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

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

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

Bevölkerung im Alter > 64 Jahre, in %: Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Geschlechterverhältnis bei Geburten: Verhältnis von einer männlichen Lebendgeburt zu einer weiblichen Lebendgeburt.

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

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

QUELLEN

Gesamtbevölkerung: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

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

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

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

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

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

Geschlechterverhältnis bei Geburten: Chao u.a., 2019. Systematic Assessment of the Sex Ratio at Birth for all Countries and Estimation of National Imbalances and Regional Reference Levels. Proceedings of the National Academy of Sciences 116(27); 13700.

Gesamfruchtbarkeitsrate: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Lebenserwartung bei der Geburt: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2020 enthalten Indikatoren, die aufzeigen, welche Fortschritte in Bezug auf die Ziele des Aktionsrahmens zur Weiterverfolgung des Aktionsprogramms der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) und die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in den Bereichen Müttergesundheit, Bildungszugang sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit erreicht wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demografischer Indikatoren. Die statistischen Tabellen untermauern die Fokussierung von UNFPA auf Fortschritte und Ergebnisse bei der Verwirklichung einer Welt, in der jede Schwangerschaft erwünscht ist, jede Geburt unter sicheren Bedingungen stattfindet und jeder junge Mensch sein persönliches Potenzial voll entfalten kann.

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

Die statistischen Tabellen beruhen auf repräsentativen Haushaltsbefragungen, die für die jeweiligen Länder repräsentativ sind, wie zum Beispiel auf Demographic and Health Surveys (DHS) und Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), auf Schätzungen der Vereinten Nationen und auf interinstitutionellen Schätzungen. Sie berücksichtigen außerdem die neuesten Bevölkerungsschätzungen aus World Population Prospects: The 2019 Revision und der Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020 (Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen, Abteilung Bevölkerungsfragen). Die Daten werden durch Definitionen, Quellen und Anmerkungen ergänzt. Im Allgemeinen spiegeln die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2020 den Kenntnisstand vom März 2020 wider.

Überwachung der ICPD-Ziele

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte Müttersterblichkeitsrate (MMR), Todesfälle pro 100.000 Lebend- geburten und MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere und obere Schwellenwerte, 2017

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

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

Betreute Geburten, in %, 2014–2017

Quelle: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2017, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisation (WHO).

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

Anteil der Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, ir- gendeine Methode, 2020

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

Anteil der Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, mo- derne Methode, 2020

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

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 Jahre), 2020

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.
Prozentualer Anteil der Frauen, die eine Schwangerschaft hinauszögern wollen, aber keine Verhütungsmethode anwenden.

Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen (15–49 Jahre), moderne Methode, 2020

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Anteil des gedeckten Bedarfs am Gesamtbedarf an Familienplanung bei verheirateten oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft liierten Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren. Die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen erstellt systematische und umfassende Daten jährlicher modellbasierter Schätzungen und Prognosen der wichtigsten Indikatoren für die Familienplanung. Die Daten sind für den Bevölkerungsanteil der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 49 Jahre) verfügbar, die im Zeitraum von 1970 bis 2030 verheiratet oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft liiert sind, für alle Frauen im gebärfähigen Alter und für diejenigen, die für den Zeitraum unverheiratet sind von 1990 bis 2030. Medianschätzungen mit Unsicherheitsintervallen von 80 Prozent und 95 Prozent werden für 186 Länder oder Gebiete der Welt sowie für Regionen und Entwicklungsgruppen angegeben. Ein Bayes'sches hierarchisches Modell kombiniert mit länderspezifischen Zeittrends wurde verwendet, um die Schätzungen, Projektionen und Unsicherheitsbewertungen zu generieren. Die Schätzungen und Prognosen basieren auf den länderspezifischen Daten, die in World Contraceptive Use 2020 zusammengestellt wurden. Kontrazeptive Prävalenz für eine beliebige Methode bzw. kontrazeptive Prävalenz für eine moderne Methode geteilt durch den Gesamtbedarf an Familienplanung. Der Gesamtbedarf an Familienplanung ist die Summe aus der kontrazeptiven Prävalenz und dem ungedeckten Bedarf an Familienplanung.

Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte, in %, 2007–2018

Quelle: UNFPA.

Prozentsatz der 15- bis 49-jährigen Frauen, die verheiratet oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft liiert sind und in den folgenden drei Bereichen ihre eigenen Entscheidungen treffen: Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner, Anwendung von Verhütungsmethoden und eigene Gesundheitsversorgung.

Gesetze und Vorschriften, die Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren, in % (2019)

Quelle: UNFPA.

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

Heranwachsende und Jugendliche

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre, 2003–2018

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

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

Ehen von unter 18-Jährigen, in %, 2005–2019

Quelle: UNICEF.

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

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Mädchen (15–19 Jahre), in %, 2004–2018

Quelle: UNFPA.

Anteil der 15- bis 19-jährigen Mädchen, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden (SDG Indikator 5.3.2).

Netto-Einschulungsrate (m./w.) in der Primarstufe, in %, 2009–2019

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS).

Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die an einer Grundschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 2009–2019

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS).

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

Netto-Einschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2009–2019

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS).

Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 2009–2019

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS).

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

Demografische Indikatoren

Bevölkerung

Gesamtbevölkerung, in Mio., 2020

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Geschätzte Bevölkerung der jeweiligen Länder zur Jahresmitte.

Bevölkerungswachstum

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in %, 2015–2020

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate der Bevölkerung in einem definierten Zeitraum auf der Grundlage einer gemittelten Wachstumsprognose.

Zusammensetzung der Bevölkerung

Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %, 2020

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %, 2020

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Anteil der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung

Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %, 2020

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Anteil der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter >64 Jahre, in %, 2020

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

Geschlechterverhältnis

Geschlechterverhältnis bei Geburten pro weibliche Geburt, 2017

Quelle: Chao u.a., 2019. Systematic Assessment of the Sex Ratio at Birth for all Countries and Estimation of National Imbalances and Regional Reference Levels. Proceedings of the National Academy of Sciences 116(27); 13700.

Verhältnis von einer männlichen Lebendgeburt zu einer weiblichen Lebendgeburt.

Regionale Eingruppierung

Die Durchschnittswerte von UNFPA, die am Ende der 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 (Islamische Republik), Kambodscha, Kiribati, Korea (Demokratische Volksrepublik), Laos (Demokratische Volksrepublik), Malaysia, Malediven, Marshallinseln, Mikronesien (Föderierte Staaten von), Mongolei, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistan, Palau, Papua-Neuguinea, Philippinen, Samoa, Salomon-Inseln, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste (Demokratische Republik), Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

Osteuropa und Zentralasien

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

Ost- und Südliches Afrika

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

Lateinamerika und Karibik

Anguilla, Antigua und Barbuda, Argentinien, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolivien (Plurinationaler Staat), Brasilien, Britische Jungferninseln, Chile, Costa Rica, Curaçao, Dominika, 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, Surinam, Trinidad und Tobago, Turks- und Caicosinseln, Uruguay, Venezuela (Bolivarische Republik).

Fertilität

Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau 2020

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

Lebenserwartung

Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2020

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

West- und Zentralafrika

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

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

Weniger entwickelte Regionen (Länder des globalen Südens) haben ihre Klassifizierung aufgrund statistischer Merkmale und werden nicht aufgrund ihres Entwicklungsstadiums als solche bezeichnet. 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 März 2018, 47 Staaten: 33 in Afrika, 9 in Asien, 4 in Ozeanien und eines in der Region Südamerika und Karibik: Afghanistan, Angola, Äthiopien, Bangladesch, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Demokratische Republik Kongo, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Jemen, Kambodscha, Kiribati, Komoren, Laos (Demokratische Volksrepublik), Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Myanmar, Nepal, Niger, Ruanda, Sambia, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Salomon-Inseln, Somalia, Südsudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tschad, Tuvalu, Vereinigte Republik Tansania, Uganda, Vanuatu und Zentralafrikanische Republik. Diese Länder zählen auch zur Gruppe der weniger entwickelten Regionen. Nähere Informationen finden sich unter <http://unohrrls.org/about-ldcs/>.

Impressum

**Herausgeberin
der deutschen Fassung:**

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

Übersetzung:

Marion Schweizer (Textpraxis, Hamburg), Thomas Pfeiffer (Stuttgart)

Redaktion:

Uwe Kerkow, Monika Schröder (DSW) und Anke Witte (DSW, V.i.S.d.P.)

Gestaltung/Satz:

grafik.design, Simone Schmidt (Hannover)

Herausgeber des Berichts:

© UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen — 30. Juni 2020

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

Chefredaktion:

Arthur Erken, Leiter der Abteilung für Kommunikation und strategische Partnerschaften

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Richard Kollodge
Redaktionsassistentin: Katie Madonia
Redaktion der digitalen Ausgabe: Katie Madonia
Beratung für die digitale Ausgabe: Hanno Ranck
Veröffentlichung, Produktion und Webdesign: Prographics, Inc.

Technische Beratung UNFPA:

Satvika Chalasani, Nafissatou Diop, Mengjia Liang, Kathrin Weny

Text und Recherche:

Daniel Baker, Stephanie Baric, Christophe Z. Guilmoto, Gretchen Luchsinger, Kathleen Mogelgaard, Bruce Rasmussen, Mindy Roseman

Kunst und Gestaltung:

Gestaltung des Titelbildes: Tina Larson
Titelbild © Adobe stock

Danksagung:

(englische Originalversion)

UNFPA dankt den folgenden Personen, dass sie ihr Schicksal geteilt und Einblicke in ihr Leben gegeben haben: Janoghlan Ilyasov (Aserbaidschan); Arelis Cortés (Kolumbien); Randa Diaa, Dr. Hania Sholkamy (Ägypten); Abebech Kabla, Boge Porre (Äthiopien); Jasbeer Kaur, Mandeep Kaur, Pardeep Kaur, Sandeep Kaur (Indien); Suci Maesaroh (Indonesien); Youngsook Cho, Dr. Eun Ha Chang, Kyung-Jin Oh (Republik Korea); Rhobi Samwelly (Tansania); Angeli Gajadhar, Brenda Gopeesingh, Dr. Gabrielle Hosein, Dr. Peter Douglas Weller, Kevin Liverpool, Marcus Kisson (Trinidad und Tobago); Sherry Johnson, Donna Pollard, Sara Tasneem (USA). Folgende UNFPA-Kollegen und andere Beitragende in der ganzen Welt unterstützten die Entwicklung von Beiträgen und anderen Inhalten oder gaben technische Anleitung: Kamran Alijew, Liliana Arias, Esther Bayliss, Nilanjana Bose, Shobana Boyle, May El Sallab, Ingrid Fitzgerald, Rose Marie Gad, Abraham Gelew, Celeste Hibbert, Sina Jones, Diego Muñoz, Meron Negash, Lucky Putra, Dalia Rabie, Aurora Noguera-Ramkissoon, Samidjo, Casey Swegman, Jeanne Smoot and Bright Warren. UNFPA dankt den Frauen und Mädchen auf der ganzen Welt, die ihre Gedanken und Zeichnungen, ihre Ansichten und Erfahrungen als Überlebende schädlicher Praktiken geteilt haben. Sie geben dem Bericht seinen Ausdruck. Die Herausgeber danken der Abteilung für Bevölkerung und Entwicklung bei UNFPA für aggregierte regionale Daten für den Abschnitt zu Indikatoren in diesem Bericht. Quelldaten für die Indikatoren in diesem Bericht wurden von der Abteilung Bevölkerungsfragen der Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen, der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur und der Weltgesundheitsorganisation zur Verfügung gestellt. Susan Guthridge-Gould lieferte unschätzbare Schriftstücke und Redaktionsdienste und die Kommunikationsdienste zu SKriptorien, überprüfte Nachweise und stimmte Zitate und Referenzen ab.

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. Die Demarkationslinie zwischen Jammu und Kaschmir, auf die sich Indien und Pakistan geeinigt haben, wird näherungsweise durch eine gepunktete Linie dargestellt. Die Parteien haben sich bislang nicht über den endgültigen Status von Jammu und Kaschmir geeinigt. Alle Bezugnahmen auf den Kosovo sind im Zusammenhang mit der Resolution 1244 (1999) des UN-Sicherheitsrates zu verstehen.

ENSURING RIGHTS AND CHOICES FOR ALL



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

 @UNFPA



Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Hindenburgstr. 25
30175 Hannover

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

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

Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle