



RECHTE STÄRKEN, ARMUT BEENDEN

Warum Deutschland stärker in sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte investieren sollte

Impressum

Herausgeberin

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Loebensteinstr. 25, 30175 Hannover
Telefon: 0511 94373-0, Fax: 0511 94373-73
E-Mail: hannover@dsw.org, Internet: www.dsw.org

Diese Studie wurde im Auftrag der Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung erstellt.

Autorinnen: Colette Rose, Nele Disselkamp

Konzeptionelle Beratung und Redaktion: Catherina Hinz

Projektmitarbeit: Kristin Neufeld, Gina Gericke, Jannik Dams, William Schwenk

Gestaltung: Simone Schmidt, Hannover

Fotos: Brian Otieno/Jonathan Torgovnik (S. 5)

September 2025 ©

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Das Wichtigste in Kürze	5
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte und Armutsbekämpfung sind untrennbar	8
2 Eine beispiellose Krise in der Entwicklungsfinanzierung	12
3 Armut und SRGR – Ein Kreislauf	16
3.1 Armut bestimmt den Alltag – und die Gesundheit – vieler	16
3.2 Bildung und SRGR: Voraussetzungen für ein Leben ohne Armut	22
3.3 SRGR ermöglichen Frauen wirtschaftliche und gesellschaftliche Teilhabe	26
4 Handlungsempfehlungen	30
Glossar	32
Methodische Anmerkungen	33
Quellen	34
Danksagung	39

Vorwort

© DSW/Foto: Simona Bednarek



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Afrika ist jung – rund 60 Prozent der Menschen auf dem Kontinent sind heute jünger als 25 Jahre, das entspricht fast 900 Millionen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diese demografische Dynamik markiert Chancen und Herausforderungen zugleich: Wenn Regierungen und internationale Partner genügend Ressourcen mobilisieren und ihre Gesundheits-, Bildungs- und Beschäftigungssysteme auf diese Generation ausrichten, kann Afrika eine beispiellose Entwicklung erleben.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) sind dafür ein Schlüsselfaktor. Gebildete, selbstbestimmte Menschen treffen freiere Entscheidungen über Ausbildung, Berufswege und Familienplanung – und durchbrechen so den Kreislauf von Armut und Abhängigkeit. Die vorliegende Untersuchung zeigt eindrucksvoll, dass Fortschritte bei SRGR, Geschlechtergerechtigkeit, Armutsbekämpfung und nachhaltiger Bevölkerungsentwicklung Hand in Hand gehen. Wo Aufklärung, moderne Verhütungsmittel und jugendgerechte Gesundheitsdienste fehlen, werden Talente gebremst; wo sie verfügbar sind, wachsen Wohlstand und Gleichberechtigung.

Besonders in Ostafrika, wo die Bevölkerungszahl voraussichtlich auch über das Jahr 2080 hinaus weiter wachsen wird, muss die soziale Versorgung deshalb zügig ausgebaut werden. Das gilt nicht nur für Kliniken, sondern für das gesamte Ökosystem mit Schulen, Ausbildungsstätten, sozialen Sicherungssystemen und Arbeitsmärkten. Kurz: Der demografische Wandel südlich der Sahara verlangt weniger Kontrolle, als vielmehr die Stärkung jener Systeme, die der Entwicklung der Menschen dienen.

Unsere Studie belegt zudem, wie stark gerade junge Frauen nach wie vor von Diskriminierung, fehlenden SRGR-Angeboten, Schulabbrüchen und begrenzten Einkommensperspektiven betroffen sind – und wie sehr sie profitieren, wenn man diese Barrieren abbaut und ihre Selbstbestimmung gestärkt wird. Investitionen in SRGR sind daher zugleich Investitionen in wirtschaftliche Entwicklung, Klimastabilität und soziale Gerechtigkeit.

Doch genau in dem Moment, in dem mehr Mittel nötig wären, drohen massive internationale Kürzungen. Wir appellieren an Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft in Deutschland und Europa, jetzt umso entschiedener in rechtebasierte, multisektorale Programme zu investieren und afrikanische Partner*innen fair zu unterstützen. Ökonomische Eigenständigkeit entsteht dort, wo Ressourcen gerecht verteilt und Systeme verlässlich finanziert werden.

Ich danke dem Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung für die faktenreiche Analyse sowie den jungen Expert*innen aus Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda, deren Stimmen das Herzstück dieser Publikation bilden. Möge die Studie dazu beitragen, dass jede und jeder in Afrika – und weltweit – frei, gesund und selbstbestimmt leben kann.

Angela Bähr
DSW Vorständin Programme (CPO)

Das Wichtigste in Kürze

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte und Armutsbekämpfung sind untrennbar.

Die Bekämpfung von Armut und die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) müssen gemeinsam gedacht und adressiert werden. Beide sind Grundvoraussetzungen für nachhaltige Entwicklung, Geschlechtergerechtigkeit und die Wahrung universeller Menschenrechte. Eine wirksame Armutsbekämpfung kommt an SRGR nicht vorbei.

Es ist vielfach belegt, welche Voraussetzungen junge Menschen brauchen, um selbstbestimmt über ihren Körper, ihre Sexualität und ihr Leben entscheiden zu können. Dazu zählen eine umfassende Sexualaufklärung, Zugang zu jugendfreundlichen Gesundheitsdiensten und -informationen sowie eine breite Auswahl an Verhütungsmitteln für alle Geschlechter. Außerdem brauchen sie ein Umfeld, in dem sie ihre Sexualität frei von Diskriminierung, Gewalt und Vorurteilen ausleben können. Besonders junge Frauen, Mädchen und queere Jugendliche sind mehrfach benachteiligt: Sie erleben häufig geschlechtsspezifische Gewalt, haben oft keinen Zugang zu Menstruationsprodukten oder modernen Verhütungsmitteln und können sich medizinische Versorgung nicht leisten. Solche strukturellen Hürden gefährden Gesundheit, Selbstbestimmung und Zukunftsperspektiven.

Diese Studie zeigt: Bildung, wirtschaftliches Empowerment und SRGR sind eng miteinander verknüpft. Nur wer über seinen Körper und seine Sexualität selbstbestimmt entscheiden kann, kann Bildungschancen wahrnehmen, eigene Erwerbswege einschlagen und sich aktiv am gesellschaftlichen Leben beteiligen. Gleichzeitig erschwert Armut genau diese Selbstbestimmung – etwa, wenn Gesundheitsdienste unerschwinglich sind oder die Schule aufgrund einer unbeabsichtigten Schwangerschaft abgebrochen werden muss. SRGR-Politik ist damit nicht nur Gesundheitspolitik, sondern auch Armutsbekämpfungs-, Bildungs- und Gleichstellungspolitik.

Entwicklungsfinanzierung in der Krise

Aktuelle politische Entwicklungen verschärfen die bisherige Lage dramatisch: Die Auflösung der US-Behörde für internationale Entwicklungszusammenarbeit USAID (United States Agency for International Development) und weitere drastische Mittelstreichungen gefährden jahrzehntelange Fortschritte im Bereich Gesundheit und Armutsminderung in Afrika. Auch Deutschland plant Kürzungen in der Entwicklungszusammenarbeit (EZ). Dabei ist jetzt das Gegenteil erforderlich: ein entschiedenes Bekenntnis zu Gesundheit als globales, öffentliches Gut. Insbesondere europäische Regierungen stehen in der Verantwortung, jetzt Haltung zu zeigen und stärker in SRGR und Armutsbekämpfung in Afrika zu investieren – nicht weniger. Die neue Bundesregierung bekundet im Koalitionsvertrag, sich im Rahmen der EZ weiter im „Kampf gegen Armut, Hunger und Ungleichheit“ zu engagieren, Mädchen und Frauen und SRGR zu fördern, und sich für „gute Bildung“ und „robuste Gesundheitssysteme“ einzusetzen.¹ Ein ernsthaftes Engagement für diese Ziele ist nun dringender als je zuvor. Und mit neuen Investitionen in SRGR können lebensrettende Fortschritte in all diesen Bereichen erzielt werden.

Diese Studie untermauert den dringenden Handlungsbedarf mit aktuellen Daten und Stimmen aus Ostafrika – darunter Jugendexpert*innen und Aktivist*innen aus Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda. Ohne zusätzliche Investitionen droht ein Rückschritt bei zentralen entwicklungspolitischen Zielen wie Armutsminderung, HIV-Prävention und Mädchenbildung. Allein durch die US-Kürzungen könnten innerhalb der nächsten 15 Jahre in fünf afrikanischen Ländern 9,3 Millionen zusätzliche AIDS-Todesfälle zu verzeichnen sein – wenn die Weltgemeinschaft nicht gegensteuert.





Armut und mangelnde SRGR – Ein Teufelskreis

Aktuelle Daten zeigen: In vielen afrikanischen Ländern nimmt die Armut wieder zu. Für zahlreiche junge Menschen stellt sie eine unmittelbare Bedrohung dar als eine unbeabsichtigte Schwangerschaft oder eine HIV-Infektion. Ihre Priorität liegt zwangsläufig darauf, das eigene Überleben und das der Familie zu sichern – nicht auf der langfristigen Gesundheitsvorsorge.

SRGR, Armut und auch Bildung sind eng miteinander verknüpft. Bildung ist an erster Stelle ein Menschenrecht, aber zugleich auch eine Grundlage für nachhaltige Entwicklung, Geschlechtergerechtigkeit und wirtschaftliches Wachstum in Gemeinschaften und Ländern. Für Mädchen und junge Frauen ist der Besuch und Abschluss von Schule und Ausbildung außerdem oft Voraussetzung dafür, dass sie ein selbstbestimmtes Leben führen können. Je länger Mädchen die Schule besuchen, desto später heiraten sie oder bekommen ihr erstes Kind – und desto besser werden ihre Chancen, als Erwachsene eine existenzsichernde Arbeit zu finden. Doch für junge Menschen und vor allem junge Frauen, die von Armut betroffen sind, ist es sowohl schwierig, ihre SRGR zu verwirklichen, als auch, bis zur Sekundarstufe die Schule zu besuchen.

Gute oder mangelhafte sexuelle und reproduktive Gesundheit prägt nicht nur die Bildungschancen von Mädchen, sondern auch ihre gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe. Für Mädchen und junge Frauen stellen Früh- und Zwangsverheiratung, Teenagerschwangerschaft, frühe Mutterschaft und geschlechtsspezifische Gewalt große Barrieren für gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe dar. Diese Ausgrenzung kann sich auf verschiedene Weise noch verschärfen, beispielsweise durch andere Formen der Marginalisierung. So können unter anderem von extremer Armut betroffene, junge Geflüchtete, LSBTIQ*-Personen, junge Menschen mit Behinderung und/oder wohnungslose Kinder besonders starke Ausgrenzung und Diskriminierung erleben.

Angesichts des hohen Anteils junger Menschen an der Bevölkerung und der erwiesenen Wirksamkeit von Maßnahmen im Bereich der SRGR ist es unerlässlich, für diese Generation gezielt zu investieren und politische Prioritäten zu setzen. Nur durch die Stärkung ihrer Rechte und den Abbau struktureller Barrieren kann ihre volle gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe ermöglicht werden.

➔ Handlungsaufforderungen an die Bundesregierung

- Die Bundesregierung sollte den Etat des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) um mindestens 2 Milliarden Euro aufstocken. Zudem fordert die DSW zusätzliche Investitionen in Höhe von 50 Millionen Euro für den Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), 2,5 Millionen Euro für die UNFPA Supplies Partnership und 20 Millionen Euro für die International Planned Parenthood Federation (IPPF); 60 Millionen Euro für die Global Financing Facility (GFF); mindestens 100 Millionen Euro jährlich für bilaterale SRGR-Maßnahmen; sowie Beiträge für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (1,4 Milliarden Euro), die Impfallianz Gavi (150 Millionen Euro) und das Gemeinsame Programm der Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS) (15 Millionen Euro).
- Die Bundesregierung und das BMZ sollten in der bilateralen Zusammenarbeit gemeinsam mit interessierten Partnerländern auf eine stabile Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme im Sinne von Universal Health Coverage (UHC) hinwirken.
- Investitionen in SRGR müssen mit sektorübergreifenden Maßnahmen zur Armutsbekämpfung – etwa in Bildung, Ernährung, Beschäftigung und Klimaanpassung – verknüpft werden, um Kindern und Jugendlichen faire Zukunftsperspektiven zu eröffnen.
- Das BMZ sollte in der bilateralen Zusammenarbeit auf die Schnittstellen von SRGR, Mädchenbildung, Ausbildung und Beschäftigungsförderung für junge Frauen hinweisen. Der Abbau von SRGR-bezogenen Barrieren, die es Mädchen erschweren, in der Schule zu bleiben und eine Ausbildung abzuschließen, muss dringend beschleunigt werden, um Geschlechtergerechtigkeit und Armutsbekämpfung voranzutreiben. Die Bundesregierung sollte Partnerländer beim Ausbau sozialer Sicherungssysteme unterstützen – gendersensibel, intersektional und klimaresilient.
- Das BMZ sollte die Beteiligung marginalisierter Jugendlicher an SRGR-Programmen stärken, insbesondere durch die Förderung entsprechender Jugendorganisationen.

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)
ART	Antiretrovirale Therapie
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CSE	Comprehensive Sexuality Education (Umfassende Sexuaufklärung)
DHS	Demographic and Health Surveys
GBV	Gender-Based Violence (Geschlechtsspezifische Gewalt)
GFF	Global Financing Facility
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IPPF	International Planned Parenthood Federation
LSBTIQ*	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und andere queere Menschen
ODA	Official Development Assistance (Öffentlichen Entwicklungsleistungen)
PEPFAR	The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
SRGR	Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte
STI	Sexually Transmitted Infection (Sexuell übertragbare Infektion)
SDGs	Sustainable Development Goals (Ziele für nachhaltige Entwicklung)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV)
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur)
UNFPA	United Nations Population Fund (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
USAID	United States Agency for International Development (US-Behörde für internationale Entwicklung)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte und Armutsbekämpfung sind untrennbar

Universelle Menschenrechte, Geschlechtergerechtigkeit, nachhaltige Entwicklung und eine Welt ohne Armut sind untrennbar mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten (SRGR) verbunden. Gleichzeitig sind Fortschritte bei der körperlichen Selbstbestimmung und zielgruppengerechten Gesundheitsversorgung grundlegend für die Armutsbekämpfung und nachhaltige Entwicklung.

Diese Zusammenhänge wurden vor zehn Jahren von der Weltgemeinschaft anerkannt und in der Agenda 2030 der Vereinten Nationen mit ihren 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) festgehalten. Mit dieser Agenda vereinbarten 193 Staaten, gemeinsam eine gerechtere Welt zu schaffen: eine Welt ohne Armut, in der alle Menschen mit Würde und in guter Gesundheit leben können.² Ein Blick auf die SDGs macht deutlich, dass die Ziele eng miteinander verknüpft sind und nicht unabhängig voneinander erreicht werden können.³ Doch SRGR werden weltweit erneut politisiert und als umstritten behandelt – ein Umstand, der die gesamte Agenda 2030 gefährdet.

Die Welt steht an einem Scheideweg. In den letzten drei Jahrzehnten hat die internationale Gemeinschaft enorme Fortschritte in der Armutsbekämpfung erzielt. So lebte 1990 noch mehr als ein Drittel (38 Prozent) der Weltbevölkerung in extremer Armut, 2024 sind es nur noch 8,5 Prozent.⁷ Gleichzeitig wurden beachtliche Verbesserungen im Bereich der SRGR erreicht. Zum Beispiel sind HIV-Neuinfektionen seit dem Höhepunkt der HIV-Pandemie im Jahr 1995 um 60 Prozent zurückgegangen (von 3,3 Millionen im Jahr 1995 auf 1,3 Millionen im Jahr 2023).⁸ Auch ein Blick auf die Geburtenraten bei Teenagerinnen zeigt positive Trends: Seit Beginn der 2000er Jahre sank die Geburtenrate bei 10- bis 14-Jährigen um 70 Prozent, bei 15- bis 19-Jährigen um 40 Prozent.⁹ Diese Fortschritte zeigen, dass Investitionen in SRGR wirken. Doch sie sind fragil und drohen durch politische Rückschritte und Finanzierungsgpässe verloren zu gehen.

Besonders in Subsahara-Afrika wächst die Zahl der Menschen, die in extremer Armutⁱ leben, und Ernährungsunsicherheit bleibt vielerorts ein gravierendes Problem, das sich durch die



WAS GENAU BEDEUTET „SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE“ ODER „SRGR“?

Wir beziehen uns in dieser Studie auf die umfassende Definition von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte, kurz SRGR, der Guttmacher-Lancet Kommission⁴:

„*Sexuelle und reproduktive Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf alle Aspekte der Sexualität und Reproduktion, nicht nur das Fehlen von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechen. Ein positiver Umgang mit Sexualität und Reproduktion sollte daher die Rolle von befriedigenden sexuellen Beziehungen, Vertrauen und Kommunikation bei der Förderung des Selbstwertgefühls und des allgemeinen Wohlbefindens anerkennen. Jede einzelne Person hat das Recht, Entscheidungen über den eigenen Körper zu treffen und Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die dieses Recht unterstützen.*

*Das Erreichen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beruht auf der Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Rechte jedes Menschen.*⁵



Sexuelle und reproduktive Rechte beinhalten für alle Individuen unter anderem das Recht auf körperliche Unversehrtheit; frei zu entscheiden, ob und wann sie sexuell aktiv sein möchten; ob, wann und wen sie heiraten möchten; sowie ob und wann sie ein Kind oder mehrere Kinder bekommen. Sie umfassen auch das Recht, die eigene Sexualität frei zu definieren, einschließlich der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität und deren Ausdruck sowie das Recht auf die freie Wahl sexueller Partner*innen und auf befriedigende sexuelle Erlebnisse. Nicht zuletzt besteht das Recht auf lebenslangen Zugang zu Informationen, Ressourcen und Gesundheitsdiensten im Bereich der SRGR.⁶

ⁱ „Extreme Armut“ bezieht sich hier auf die Weltbank-Definition von monetärer Armut: jemand, der unterhalb der Armutsgrenze von 2,15 US-Dollar pro Tag lebt, ist von extremer Armut betroffen. Für nähere Erläuterungen zu den unterschiedlichen Definitionen von Armut, siehe Kapitel 3.1.

Klimakrise noch weiter verschärft.^{10, 11} Die 2020er Jahre sind schon jetzt geprägt von sich gegenseitig verstärkenden Krisen, die auch SRGR beeinträchtigen: anhaltende Auswirkungen der COVID-19-Pandemie; wirtschaftliche Krisen auf regionaler und globaler Ebene; klimawandelbedingte Naturkatastrophen und Hitzewellen; und Konflikte wie beispielsweise im Sudan, Äthiopien oder der Demokratischen Republik Kongo – und die damit einhergehenden Fluchtbewegungen und humanitären Krisen.^{12, 13, 14} Hinzu kommt im Jahr 2025 eine Finanzierungs-krise, hervorgerufen durch die radikalen Kürzungen der Entwicklungsgelder – vor allem aus den USA, aber auch aus Europa –, welche die SRGR von Millionen Menschen in Afrika in akute Gefahr bringen.^{15, 16, 17}

Um die hart erkämpften Fortschritte der letzten Jahrzehnte zu sichern und Afrikas Jugend eine gesunde und selbstbestimmte Zukunft zu ermöglichen, ist es für die europäische Entwicklungszusammenarbeit heute wichtiger denn je, wieder stärker in SRGR und Armutsbekämpfung zu investieren. Für die Verwirklichung der Agenda 2030 sind Investitionen in diesen Bereichen unabdingbar.¹⁸

Afrikas Zukunft, Europas Mitverantwortung

Weltweit gibt es starke regionale Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung: Während viele Länder Europas und Ostasiens mit einer niedrigen Geburtenrate sowie alternden und schrumpfenden Bevölkerungen konfrontiert sind, hält das Bevölkerungswachstum in anderen Weltregionen an. So auch in Subsahara-Afrika, wo die junge Bevölkerung weiterhin stark wächst.¹⁹ Für Menschen, die in Armut leben und unter prekären Arbeitsbedingungen beschäftigt sind, stellt der Nachwuchs oft eine Absicherung für die Zukunft dar. Außerdem ist die Zahl der Kinder für Paare nicht immer planbar. Laut Umfragen

EINE ANMERKUNG ZU GESCHLECHTSSPEZIFISCHER SPRACHE

In dieser Studie wird im Zusammenhang mit SRGR häufig von Mädchen und Frauen gesprochen. Das liegt daran, dass die Datengrundlage zu diesen Themen größtenteils aus Erhebungen und Studien besteht, in denen die Teilnehmenden als Mädchen oder Frauen erfasst wurden. Es ist jedoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass auch trans* und nicht-binäre Menschen Schwangerschaft, Menstruation und geschlechtsspezifische Gewalt (GBV) erleben. Trans* und nicht-binäre Menschen sind unverhältnismäßig häufig von GBV, Diskriminierung und weiteren Barrieren in der Gesundheitsversorgung betroffen.

bekommen Frauen oft mehr Kinder, als sie sich wünschen. Dies liegt unter anderem daran, dass viele Frauen – aus diversen Gründen – keine modernen Verhütungsmittel nutzen, obwohl sie eine Schwangerschaft vermeiden möchten.^{20, 21}

So hält das Bevölkerungswachstum mittelfristig an. Vor diesem Hintergrund sind Fortschritte in SRGR wichtig, um insbesondere Frauen eine selbstbestimmte Lebens- und Familienplanung zu ermöglichen. Damit eröffnen sich Chancen auf höhere Bildung und finanzielle Unabhängigkeit, was wiederum Gesellschaft und Wirtschaft insgesamt stärkt.

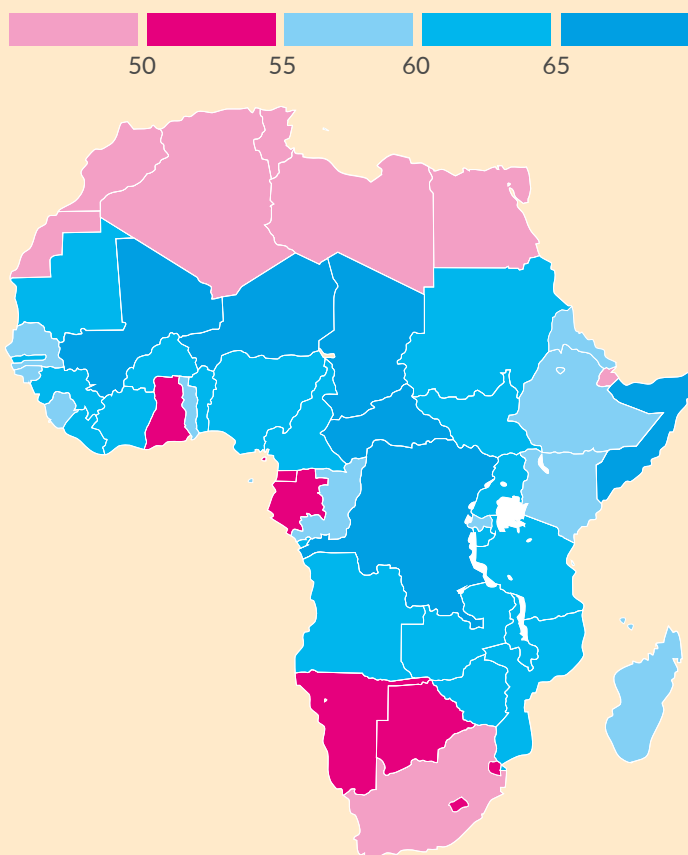
Ein näherer Blick auf die Bevölkerungsentwicklung in Afrika zeigt, dass auf dem Kontinent heute die größte Jugendgeneration der Welt heranwächst. Etwa 60 Prozent der Menschen sind unter 25 Jahre alt. Das sind laut UN-Schätzungen knapp über 900 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter zwischen null und 24 Jahren.ⁱⁱ Im Jahr 2050 werden es voraussichtlich 1,2 Milliarden sein.²² Diese Generation gestaltet maßgeblich, wie sich Afrika in diesem Jahrhundert sozioökonomisch, demografisch und politisch entwickelt. Doch ob diese Generation ihr Potenzial entfalten kann, hängt entscheidend davon ab, ob SRGR, Bildung und wirtschaftliche Perspektiven für alle sichergestellt werden. Die Voraussetzungen dafür, dass junge Afrikaner*innen ihr Leben selbstbestimmt, aufgeklärt und gesund führen können, sind allerdings in vielen Ländern des Kontinents noch nicht gegeben.

Denn die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen, denen sich viele afrikanische Länder gegenüber sehen, sind enorm. Allein das starke Bevölkerungswachstum auf dem Kontinent, das voraussichtlich noch bis Ende des Jahrhunderts anhalten wird, bereitet schon heute vielen Regierungen Schwierigkeiten, ihre Bevölkerungen umfassend mit Schulen, Krankenhäusern, Lebensmitteln, sauberem Wasser, Ausbildung oder auch Arbeitsplätzen zu versorgen.^{23, 24, 25} Auch das Erbe der europäischen Ausbeutung Afrikas durch Sklaverei und Kolonisierung wirkt bis heute nach.^{26, 27} Anhaltende globale Macht- und Ungleichheitsverhältnisse²⁸ tragen weiterhin dazu bei, dass zum Beispiel viele afrikanische Länder in einer Schuldenfalle stecken: Viele Staaten geben mehr Geld für die Begleichung internationaler Schulden aus, als für ihre Gesundheits- und Bildungssysteme.²⁹ Gerade deshalb tragen insbesondere die ehemaligen Kolonialmächte des Globalen Nordens eine besondere Verantwortung, afrikanische Länder nicht nur finanziell zu unterstützen, sondern sie auch strukturell zu entlasten – etwa durch faire Handelsbedingungen, Schuldenerlasse und eine partnerschaftliche Entwicklungszusammenarbeit.

ⁱⁱ Im Einklang mit der Definition der Vereinten Nationen bezeichnet diese Studie Mädchen und Jungen von 0 bis 18 Jahren als Kinder und 15- bis 24-Jährige als Jugendliche.

AFRIKAS BEVÖLKERUNG IST ÜBERWIEGEND JUNG

Anteil der unter 25-jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent, 2025



Grafik: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
Quelle: UN DESA – World Population Prospects 2024 ³⁰
Erstellt mit Datawrapper

Insgesamt sind in Afrika sechs von zehn Menschen unter 25 Jahre alt. Weltweit sind es im Vergleich vier von zehn, mit starken regionalen Unterschieden: In stark alternden Staaten wie Südkorea, Japan oder Italien sind nur 20 Prozent der Bevölkerung jünger als 25. In Niger und der Zentralafrikanischen Republik hingegen sind es um die 70 Prozent.³¹

Der Zusammenhang zwischen Armut und SRGR

Es ist vielfach belegt, welche Voraussetzungen junge Menschen brauchen, um selbstbestimmt über ihren Körper, ihre Sexualität und ihr Leben entscheiden zu können. Dazu zählen eine umfassende Sexualaufklärung, Zugang zu jugendfreundlichen Gesundheitsdiensten und Informationen – inklusive einer breiten Auswahl an Verhütungsmitteln für alle Geschlechter – sowie ein Umfeld, in dem sie ihre Sexualität frei von Diskriminierung, Gewalt und Vorurteilen ausleben können. Vor allem für Mädchen und junge Frauen sind SRGR grundlegende Voraussetzung dafür, dass sie die Schule und Ausbildung abschließen, frei von GBV aufwachsen und ein selbstbestimmtes Leben führen können.

Diese grundlegenden Bedürfnisse bleiben für Millionen junger Afrikaner*innen unerfüllt. Beispielsweise wird knapp jedes dritte Mädchen in Afrika südlich der Sahara vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet und jedes zehnte sogar vor ihrem 15. Geburtstag. Diese Früh- und/oder Zwangsverheiratungen sind eine Menschenrechtsverletzung. Wenn man die Statistik nach Haushaltseinkommen differenziert, kommen sie in den ärmsten Haushalten am häufigsten vor, mit – und das ist besonders besorgniserregend – wieder steigender Tendenz.^{32, 33}

Zudem haben sexuell aktive junge Menschen, unabhängig davon, ob sie verheiratet sind oder nicht, einen besonders hohen ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln. Das bedeutet, dass sie eine Schwangerschaft vermeiden möchten aber – aus unterschiedlichen Gründen – entweder keine moderne Verhütungsmethode nutzen oder eine traditionelle, weniger effektive Methode anwenden. Dieser ungedeckte Bedarf an moderner Verhütung ist einer der Hauptgründe für die hohe Zahl an unbeabsichtigten Schwangerschaften in Afrika. Im Durchschnitt haben 55 Prozent der afrikanischen Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren, die eine Schwangerschaft vermeiden möchten, solch einen ungedeckten Bedarf.³⁴ Das sind Millionen von jungen Frauen, die sich nicht vor einer unbeabsichtigten Schwangerschaft schützen können. Besonders kritisch ist die Situation in West- und Zentralafrika, wo zwei Drittel der 15- bis 19-Jährigen einen ungedeckten Bedarf haben, im südlichen Afrika betrifft es jede Vierte.³⁵

Armut verschärft einen fehlenden Zugang zu SRGR – und wer keinen Zugang zu SRGR hat, ist häufiger von Armut betroffen. Menschen, die in Armut leben, kämpfen alltäglich damit, ihre Grundbedürfnisse zu sichern, sei es Nahrung, Kleidung oder Wohnraum. Vor allem von extremer Armut betroffene Menschen leiden in der Regel unter einem schlechten Gesundheitszustand, da sie oft unzureichenden oder keinen Zugang zu sauberem Wasser, gesundem Essen, sicheren Unterkünften und/oder Gesundheitsversorgung haben. Zudem leben viele von Armut betroffene Menschen in gesundheitsbelastenden Umgebungen und sind vermehrt Umweltschadstoffen, beispielsweise durch Luftverschmutzung, ausgesetzt.³⁶ Auch die Teilhabe am

gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Leben wird durch Armut stark eingeschränkt. Weltweit sind Frauen, Mädchen und queere Menschen aufgrund von patriarchalen Strukturen und Machtverhältnissen öfter und stärker von Armut betroffen als Männer – und das in jeder Lebensphase von der Kindheit bis ins hohe Alter.³⁷ Nicht zuletzt verstärkt sich diese soziale und strukturelle Ausgrenzung häufig noch in Wechselwirkung mit anderen strukturellen Formen der Diskriminierung wie Rassismus, Sexismus, Homophobie, Transfeindlichkeit und/oder Ableismus.³⁸

Die Weltbank schätzt, dass in Subsahara-Afrika etwa jeder dritte Mensch unterhalb der Armutsgrenze von 2,15 US-Dollar pro Tag lebt und somit von extremer Armut betroffen ist. Das sind weit mehr als in jeder anderen Weltregion. Dieser Anteil wird sich nach aktuellen Vorhersagen bis 2030 kaum ändern. Ein Blick auf den nächsten von der Weltbank definierten Schwellenwert für Armut von 6,85 US-Dollar zeigt, dass vier von fünf Menschen südlich der Sahara von Armut betroffen sind.³⁹ Dabei sind Kinder und Jugendliche im Durchschnitt stärker von Armut betroffen als Erwachsene. Insgesamt lebten 2022 weltweit 333 Millionen Kinder (im Alter von null bis 17 Jahren) in extremer Armut und davon 237 Millionen in Subsahara-Afrika.⁴⁰ Dabei messen diese Armutsgrenzen nur monetäre Armut. Schätzungen von multidimensionaler Armut hingegen betrachten die gesamte Lebenslage eines Menschen, beispielsweise anhand von Bildungs- und Gesundheitsindikatoren. Die neuesten Daten vom Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (United Nations Development Programme, UNDP) ergeben, dass 317 Millionen Kinder in Subsahara-Afrika von multidimensionaler Armut betroffen sind.⁴¹

Armut und Gesundheit sind eng miteinander verzahnt und bedingen sich wechselseitig. Es handelt sich um einen Kreislauf, in dem sich beide Faktoren gegenseitig beeinflussen. Armut kann eine schlechte Gesundheit verursachen und andersherum kann schlechte Gesundheit auch Armut verursachen.⁴² Dieser Kreislauf kann sich über Generationen hinweg fortsetzen. So sind SRGR für Ziel 1 der Agenda 2030, „Keine Armut“, unerlässlich – gerade, weil Armut häufig weiblich und strukturell mit ungleichen Geschlechterverhältnissen verknüpft ist. Umgekehrt ist eine wirksame Armutsbekämpfung entscheidend für Ziel 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, und die Verwirklichung universeller SRGR.

Der Weg nach vorne

In dieser Studie beleuchten wir die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Armut und SRGR, mit einem besonderen Fokus auf die Perspektiven und Bedürfnisse junger Menschen in Afrika. Ziel ist es, aufzuzeigen, warum diese zwei Bereiche dringend zusammen gedacht – und zusammen adressiert – werden müssen und warum hier mehr (entwicklungspolitische) Investitionen notwendig sind, um nachhaltige Entwicklung und Geschlechtergerechtigkeit voranzutreiben. Hierfür beziehen wir uns auf wissenschaftliche Studien und aktuelle Datenerhebungen, aber auch auf die Perspektiven betroffener Menschen und insbesondere Jugendlicher, die selbst Armut erleben oder erlebt haben.

Bisherige Befragungen junger Menschen in Afrika verdeutlichen immer wieder: Wer Lücken in der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung schließen will, kommt nicht daran vorbei, die Lebensrealitäten in Armut mitzudenken.^{43, 44} Und junge Menschen, die selbst Marginalisierung und/oder Diskriminierung erfahren haben, wissen oft sehr gut, was ihre Gemeinschaften brauchen, welche Interventionen zielführend sind und welche nicht. Aus diesem Grund haben wir für diese Studie auch mit Jugendaktivist*innen und Jugendexpert*innen in vier ostafrikanischen Fokustländern – den Projektländern der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW) – gesprochen: Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda.

Im folgenden Kapitel analysieren wir die aktuelle Krise in der Entwicklungsfinanzierung, insbesondere im Bereich der globalen Gesundheit und der SRGR. Im dritten Kapitel zeigen wir auf, wie sich der Kreislauf von Armut und eingeschränkten SRGR auf das Leben junger Menschen in Afrika auswirkt – mit Fokus auf Gesundheit, Bildung und wirtschaftliche und gesellschaftliche Teilhabe. Im vierten und letzten Kapitel werden konkrete Handlungsempfehlungen für die deutsche Bundesregierung und für Akteur*innen in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit vorgestellt.



„Armut ist ein Hauptgrund für einige der Herausforderungen wie Teenagerschwangerschaften oder HIV-Infektionen, denen Mädchen ausgesetzt sind.“

Mitarbeiter*in Action 4 Health Uganda

2

Eine beispiellose Krise in der Entwicklungsfinanzierung

2025: DAS ENDE DER US-BEHÖRDE FÜR INTERNATIONALE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

- 20. Januar:** Am ersten Tag seiner zweiten Amtszeit ordnet Präsident Donald Trump an, sämtliche staatlichen Entwicklungsgelder der US-Regierung für 90 Tage einzufrieren.
- 27. Januar:** Hunderte von Angestellte der US-Behörde für internationale Entwicklungszusammenarbeit (United States Agency for International Development, USAID) werden entlassen.
- 2. Februar:** Die Website von USAID wird abgeschaltet.
- 28. März:** Außenminister Marco Rubio kündigt an, dass USAID abgeschafft wird.
- 1. Juli:** Die Arbeit von USAID wird offiziell eingestellt und Rubio verkündet, dass zukünftige Entwicklungshilfe, „die mit der Politik der Trump-Regierung übereinstimmt und amerikanische Interessen fördert“⁴⁶, vom Außenministerium geleistet wird.

Historisch zählten die USA zu den wichtigsten Geberländern in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit, insbesondere im Gesundheitsbereich. In den Jahren 2021 bis 2023 lag der Anteil der US-Regierung an bilateralen staatlichen Entwicklungsgeldern für Gesundheit bei 30 Prozent.⁴⁷ Von 2001 bis 2021 haben von USAID unterstützte Programme weltweit mehr als 91 Millionen Todesfälle verhindert.⁴⁸ Besonders stark war der Beitrag der USA zur Eindämmung von HIV (63 Prozent aller bilateralen Fördermittel) und Familienplanung (40 Prozent).^{49, 50}

Der im Januar 2025 abrupt eingeleitete und chaotische Zusammenbruch der Entwicklungsfinanzierung aus den USA hat verheerende Auswirkungen auf die Gesundheit von vielen Millionen Menschen weltweit – besonders in Afrika. Bisher wurden 86 Prozent aller USAID-Zuschüsse und -Verträge fristlos beendet, darunter fast alle Gelder für Familienplanung und reproduktive Gesundheit.⁵¹

Dabei war ein Großteil dieser Gelder für afrikanische Länder bestimmt. Im Jahr 2023 gingen 85 Prozent (5,1 Mrd. US-Dollar) der gesamten US-Entwicklungsgelder für Gesundheitsprogramme nach Subsahara-Afrika.⁵² In der Region sind nationale Gesundheitssysteme besonders stark auf Finanzierung durch internationale Geber angewiesen.⁵³ Für einige Länder ist die Lage dramatisch: Zum Beispiel haben Lesotho, Sambia und Kenia zuletzt mehr als die Hälfte ihrer Entwicklungsgelder für Gesundheit aus den USA erhalten.⁵⁴ Bei HIV ist die Abhängigkeit von US-amerikanischer Entwicklungszusammenarbeit für einige Länder noch extremer. In Malawi, Simbabwe und Mosambik wurden beispielsweise die landeseigenen HIV-Präventionsprogramme zuletzt fast gänzlich von US-Geldern finanziert.⁵⁵

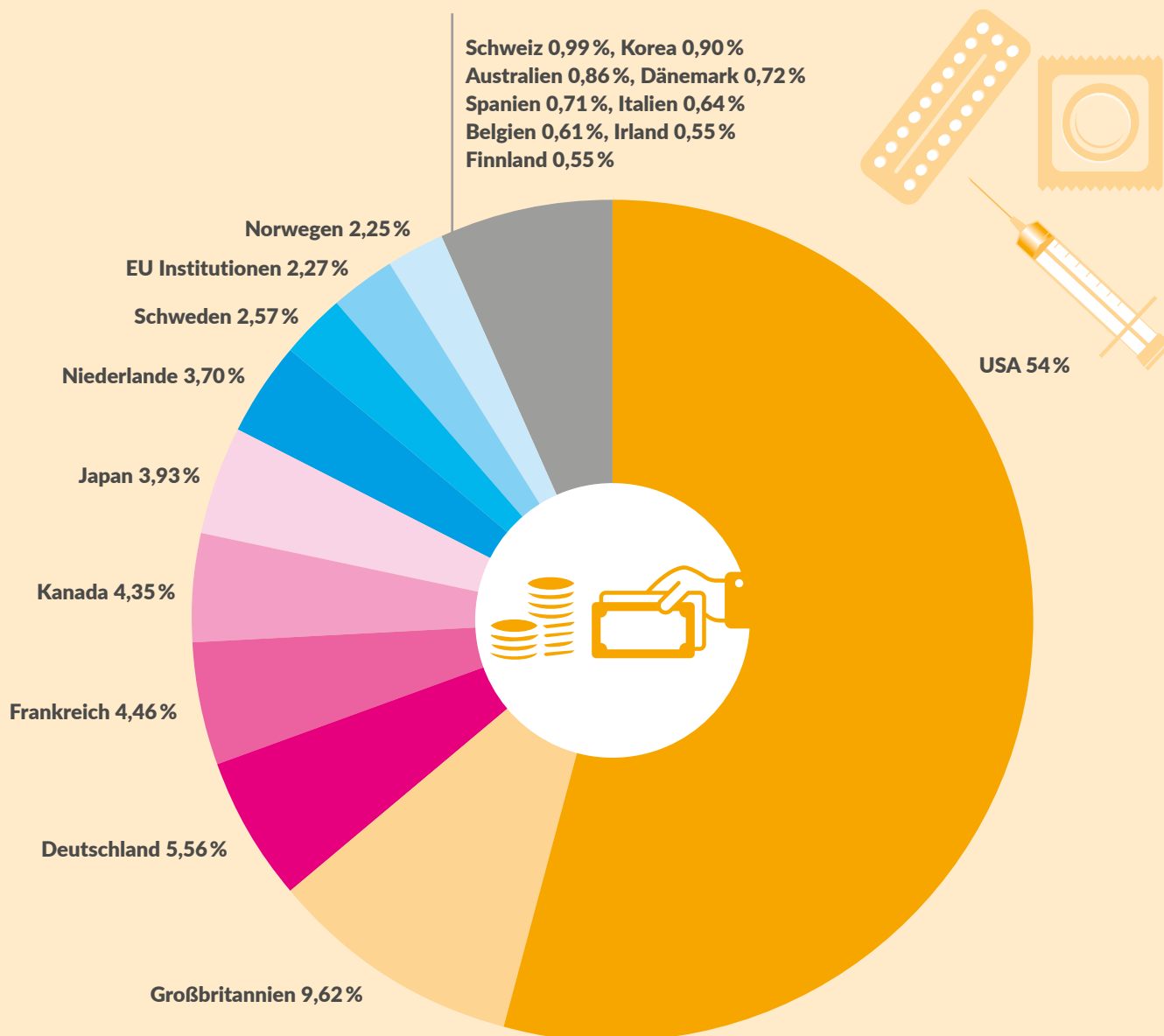
Dramatische Folgen

Noch im Jahr 2024 hatte die US-Regierung 607,5 Millionen US-Dollar in internationale Familienplanung investiert. Mit diesen Geldern wurden weltweit 47,6 Millionen Frauen und Paare mit modernen Verhütungsmitteln versorgt und 17,1 Millionen unbeabsichtigte Schwangerschaften verhindert.⁵⁷ Der abrupte Wegfall dieser Gelder hat nach wenigen Wochen gravierende Konsequenzen gezeigt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die International Planned Parenthood Federation (IPPF) und das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS) berichten von alarmierenden Entwicklungen: Kliniken und Projekte mussten über Nacht ihre Arbeit einstellen; Tausende Gesundheitsfachkräfte verloren ihre Anstellung; die Versorgung der Patient*innen verschlechterte sich akut, weil es (vorerst) keine neuen Lieferungen von Medikamenten, Impfstoffen oder Gesundheitsprodukten gibt.^{58, 59, 60, 61, 62} Den Preis zahlen die Menschen – mit ihrer Existenzgrundlage, ihrer Gesundheit oder gar ihrem Leben.

Anfang April sprach unser Team mit Jugendaktivist*innen aus Uganda und Kenia über die aktuelle Versorgungssituation. Ein Aktivist aus Uganda berichtete, dass von USAID unterstützte Kliniken – sowohl öffentliche als auch gemeinnützige – bis Anfang des Jahres eine gute Versorgung boten, einschließlich antiretroviraler Therapie (ART), Ernährungsberatung und Bildungsangeboten. „Dann kam die Aussetzung der Finanzierung durch USAID [...]. Oh mein Gott, es war ein Desaster.“ Eine Jugendaktivistin in Kenia schilderte, dass es bereits vor den Kürzungen Engpässe bei den ART-Vorräten gab. Inzwischen seien ART-Medikamente in vielen Kliniken überhaupt nicht mehr verfügbar.

USA BISLANG GRÖSSTER GEBER FÜR SRGR WELTWEIT

Anteil der Geber an den gesamten globalen öffentlichen Entwicklungsleistungen für SRGR, 2023 (in Prozent)



Grafik: Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Quelle: DSW, Donors Delivering Report 2025

Eine Analyse aller öffentlichen Entwicklungsleistungen (engl. Official Development Assistance, ODA) im Jahr 2023 für SRGR zeigt, wie einflussreich die Zuwendungen der US-Regierung bisher waren. Jahrelang standen die Bereiche Familienplanung, HIV/AIDS und reproduktive Gesundheit hoch auf der Agenda der US-amerikanischen Entwicklungszusammenarbeit – sowohl für Demokraten als auch für Republikaner.

Eines der wenigen Programme, das zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht endgültig vor dem Aus stand, ist eines der erfolgreichsten globalen Gesundheitsprogramme aller Zeiten, PEPFAR (The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief), das 2003 von George W. Bush ins Leben gerufen wurde, um HIV einzudämmen. Seit der Gründung hat das Programm bis zu 27 Millionen Leben gerettet, doch ob PEPFAR diese Trump-Präsidentschaft übersteht, bleibt unklar. Obwohl das Programm offiziell noch teilweise finanziert ist, sind die Auswirkungen des USAID-Zusammenbruchs auch für PEPFAR-geförderte Projekte spürbar.^{63, 64} Die US-Regierung gibt zwar widersprüchliche Signale zur Weiterfinanzierung des Programms, doch in der Praxis zeigt sich bereits, dass sich die Prioritäten ändern.⁶⁵ So wurde bereits das von PEPFAR finanzierte DREAMS-Projekt beendet, das zwei Millionen Teenagerinnen und junge Frauen in Ländern Ost- und Südafrikas dabei unterstützte, sich vor einer HIV-Infektion zu schützen und ihre SRGR zu verwirklichen.⁶⁶

Besonders betroffen sind die sogenannten Key Populations – schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben, trans* Menschen, Sexarbeiter*innen sowie Menschen, die Drogen nutzen oder in Gefängnissen sind.⁶⁷ Die Trump-Regierung verfolgt eine feindselige Politik gegenüber diesen Bevölkerungsgruppen, die u. a. per Executive Orders gesetzlich verankert wurde. Initiativen, die trans* und nicht-binären Menschen unterstützen und solche, die DEI-Programme (Diversity, Equity and Inclusion) umsetzen, dürfen keine US-Gelder mehr erhalten.^{68, 69}

Wissenschaftler*innen warnen, dass die vollständige Kürzung der US-Gelder für HIV-Programme Millionen vermeidbarer Todesfälle zur Folge hätte.⁷⁰ Allein in Mosambik, Tansania, Sambia, Südafrika und Uganda könnten innerhalb der nächsten 15 Jahre zusätzliche 9,3 Millionen Menschen an AIDS sterben.⁷¹ Kinder wären besonders stark betroffen: Ohne PEPFAR-Gelder könnten sich in den nächsten fünf Jahren zusätzlich eine Million Kinder in Subsahara-Afrika mit HIV infizieren (unter anderem durch Mutter-Kind-Übertragung), 460.000 an AIDS sterben und 2,8 Millionen durch AIDS verwaisen.⁷² Auch drohen Tuberkulose-Fälle infolge des reduzierten Zugangs zu ART-Medikamenten wieder stark zuzunehmen.⁷³

Eine weitere Gefahr ergibt sich aus der Einstellung des Demographic and Health Survey (DHS) Programms – eines der renommiertesten und wichtigsten Datenerhebungsprogramme in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen – das bisher zum Großteil von USAID finanziert wurde.⁷⁴ Der Wegfall von aktuellen standardisierten und repräsentativen DHS-Umfragen zu Geburtenraten, Kinder- und Müttersterblichkeit, der Verbreitung von HIV und Malaria sowie vielen weiteren Indikatoren wird enorme Konsequenzen haben. Denn in den vergangenen Jahrzehnten spielten DHS-Daten eine zentrale Rolle in der Gestaltung von Gesundheitssystemen und gesund-

heitspolitischen Prioritäten sowie in Prognosen und Analysen der Bevölkerungsentwicklung. Insofern treffen die Kürzungen der USAID-Gelder Regionen wie Afrika gleich doppelt: Einerseits bricht essenzielle Finanzierung für die Gesundheitssysteme vieler Länder weg, andererseits bleibt der zukünftige Bedarf unbekannt.

Insgesamt sind die zahlreichen langfristigen Folgen der USAID-Kürzungen für die Gesundheitssysteme und Gesellschaften einzelner afrikanischer Länder noch nicht absehbar. Entscheidend wird sein, ob nationale Regierungen vorhandene Ressourcen umverteilen können – und ob andere Geberländer einspringen.^{75, 76}

Wer springt ein, um die Lücke zu schließen?

Statt Solidarität zu zeigen, während sich die USA aus der Verantwortung ziehen, planen neun europäische Regierungen – und die Europäische Union als Ganzes – ebenfalls Kürzungen bei der Finanzierung internationaler Entwicklungszusammenarbeit: Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Schweden, die Niederlande und die Schweiz. Die geplanten Kürzungen belaufen sich laut ersten Hochrechnungen auf rund 30 Milliarden Euro zwischen 2025 und 2029.⁷⁷

Ein näherer Blick auf Deutschland zeigt, dass die jährlichen ODA-Zuwendungen im Bereich SRGR bereits seit 2021 rückläufig sind.⁷⁸ Zwar betont die neue Bundesregierung im Koalitionsvertrag, dass SRGR im Rahmen der Entwicklungspolitik weiter gefördert werden sollen,⁷⁹ doch angekündigte Kürzungen der Mittel für das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) in der Höhe von fast einer Milliarde Euro für 2025 werden sich auch auf SRGR auswirken.⁸⁰ Außerdem bekennt sich die Bundesregierung im Koalitionsvertrag erstmals seit 30 Jahren nicht zu dem Ziel, 0,7-Prozent des Bruttonationaleinkommens in Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe zu investieren.^{81, 82}

Was genau bedeutet das für Afrika? Die heutige Krise verdeutlicht, dass die Entwicklungszusammenarbeit noch immer strukturelle Abhängigkeiten reproduziert, die klare koloniale Kontinuitäten aufweisen. Afrikanische Expert*innen weisen darauf hin, dass Regierungen auf dem Kontinent dringend von Entwicklungsgeldern unabhängig werden müssen – vor allem im Gesundheitssektor.^{83, 84, 85} Doch dies ist ein Prozess, der nicht von heute auf morgen umgesetzt werden kann. In der Zwischenzeit ist der Bedarf für Überbrückungsfinanzierung für SRGR enorm, vor allem für Länder, die einen großen Anteil ihrer Gesundheitsfinanzierung von den USA erhalten haben.^{86, 87}

Kenia hat im Jahr 2023 zum Beispiel 360 Millionen US-Dollar für Gesundheitsprogramme von der US-Regierung erhalten –

davon 256 Millionen für HIV/AIDS-Programme und 12 Millionen US-Dollar für Familienplanung und reproduktive Gesundheit.⁸⁸ Gleichzeitig steckt Kenia in einer Schuldenkrise: Eine Analyse der jährlichen Ausgaben der kenianischen Regierung zeigt, dass sie dreimal so viel dafür ausgibt, internationale Schulden (inklusive Zinsen) zu begleichen, wie für das öffentliche Gesundheitssystem.⁸⁹ UNAIDS berichtet außerdem, dass in ganz Subsahara-Afrika die Kosten internationaler Schuldenzahlungen in den kommenden Jahren schneller steigen werden als das Steuereinkommen.⁹⁰

In einem anlässlich des Welt-AIDS-Tags 2024 veröffentlichten Bericht schreibt UNAIDS: „Um das Recht auf Gesundheit für alle Menschen, die mit HIV leben oder davon betroffen sind, zu verwirklichen, reicht es nicht aus, so weiterzumachen wie bisher, was die

unmittelbare Notwendigkeit von Innovationen zur Beschaffung der notwendigen Finanzmittel unterstreicht.“⁹¹ Dieser Appell hat seit Januar 2025 nur noch an Dringlichkeit gewonnen: Wie kann das universelle Menschenrecht auf Gesundheit geschützt und verwirklicht werden – für Kinder mit HIV, die ihre nächste Dosis ART benötigen, für Teenager*innen, die sich vor einer HIV-Infektion oder unbeabsichtigten Schwangerschaft schützen möchten, oder für Jugendliche, die einen Termin für die Schwangerenvorsorge brauchen? Denn für Millionen von ihnen auf dem afrikanischen Kontinent – und insbesondere für diejenigen, die von Armut betroffen sind – ist dies immer noch immer keine Selbstverständlichkeit. Investitionen in SRGR zahlen sich aus – doch jemand muss jetzt bereit sein, diese Investitionen zu leisten.

„ Globale Solidarität und ein erneutes Engagement der Finanzierungspartner sind erforderlich, während Länder einen nachhaltigen Übergang zur Selbstfinanzierung planen und implementieren. “

Winnie Byanyima, Executive Director, UNAIDS⁹²



3

Armut und SRGR – Ein Kreislauf

Die Verbesserung der SRGR aller Menschen ist unerlässlich – für eine Welt ohne Armut, nachhaltige Entwicklung, Geschlechtergerechtigkeit und universelle Menschenrechte. Umgekehrt ist eine wirksame Armutsbekämpfung notwendig, damit SRGR für alle Menschen zur Realität werden kann. Dies belegen wissenschaftliche Daten und Analysen sowie Erhebungen unter von Armut betroffenen (jungen) Menschen.

3.1. Armut bestimmt den Alltag – und die Gesundheit – vieler

Daten von Afrobarometer zeigen, dass inzwischen wieder mehr Menschen in Afrika in Armut leben. Vor allem die Zahl derjenigen, die Schwierigkeiten haben, für die nötigsten Güter und grundlegenden Bedürfnisse aufzukommen – wie ausreichend fließendes Wasser, genug zu essen oder Medikamente – ist zuletzt gestiegen: In den aktuellsten Afrobarometer-Umfragen in 39 afrikanischen Ländern gaben 81 Prozent der Menschen an, im Vorjahr mindestens einmal kein Einkommen gehabt zu haben und 66 Prozent, sie hätten mindestens einmal nicht für Medikamente oder medizinische Versorgung aufkommen können. Ein Einkommen zu haben ist zwar kein Grundbedürfnis im engeren Sinne, aber entscheidend, um lebensnotwendige Güter zu kaufen und finanziell vorzusorgen. Rund eine von vier Personen gab an, regelmäßig ohne grundlegendste Versorgung auskommen zu müssen.⁹³

Auch unsere Gesprächspartner*innen in Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda sagten, dass die meisten Menschen in ihren Gemeinschaften von Armut betroffen sind. Armut sei für viele eine akutere Bedrohung für das eigene Leben als eine unbeabsichtigte Schwangerschaft oder HIV-Infektion. Daher ist die zentrale Priorität im Alltag, für das Nötigste aufzukommen, um das eigene Überleben und das der Familie zu sichern. Wer von der Hand in den Mund lebt, nutzt das wenige verfügbare Geld für Lebensmittel oder Miete – nicht für Verhütungsmittel oder Medikamente. In weiten Teilen Subsahara-Afrikas herrscht hohe Jugendarbeitslosigkeit (im Schnitt um die neun Prozent von 15- bis 24-Jährigen), wobei prekäre Arbeit – gekennzeichnet durch ein geringes Lohnniveau und schlechte Arbeitsbedingungen – für junge Menschen in der Region die Norm ist.⁹⁴ Da es in Städten einfacher sein kann, eine geringfügige informelle Beschäftigung zu finden, zieht es viele junge Menschen in größere Städte.^{95, 96} Obwohl Armut in ländlichen Gegenden weiter verbreitet ist, befinden sich in Städten die größten informellen Siedlungen, wo Menschen in großer Armut auf engem Raum leben, beispielsweise in Nairobi und Mombasa in Kenia.⁹⁷

Wie prekäre Lebensbedingungen sexuelle und reproduktive Gesundheit beeinflussen

Wer Armut bekämpfen will, muss sich mit sexueller und reproduktiver Gesundheit (SRG) befassen – und umgekehrt. Wirtschaftliches Empowerment ist zentral dafür, dass sich junge Menschen SRG leisten können. Für Jugendliche, die keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Verfügung haben, sind das gewünschte Verhütungsmittel, Menstruationsprodukte oder der Besuch einer ärztlichen Sprechstunde oft nicht erreichbar. Extreme Armut kann auch dazu führen, dass junge Menschen – vor allem Mädchen und junge Frauen – aus der Not heraus Sex verkaufen, um einfachste Grundbedürfnisse zu erfüllen oder ihre Familie zu versorgen.⁹⁸

Vor allem im ländlichen Afrika kommt es nicht selten vor, dass Teenagerinnen bereits eigene Kinder haben.⁹⁹ Dies hat oft strukturelle Ursachen wie Armut, gesellschaftliche Normen und mangelnde Sexualaufklärung in Schulen. Vor allem junge Menschen in abgelegenen Regionen haben kaum Zugang zu verlässlichen Informationen über Menstruation, Safer Sex und Verhütung. Denn jugendfreundliche Gesundheitszentren sind selten und schwer erreichbar. Mädchen und junge Frauen in von Armut betroffenen Haushalten sehen sich besonders hohen Barrieren gegenüber, wenn sie ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit verwirklichen wollen. Statistisch gesehen machen sie früher erste sexuelle Erfahrungen als Mädchen aus wohlhabenderen Haushalten, heiraten früher und bekommen auch früher ihr erstes Kind.¹⁰⁰ Kostenbarrieren beim Zugang zu Beratung und Verhütung sowie die Notwendigkeit, Geld zu verdienen, erschweren es ihnen, eine unbeabsichtigte Schwangerschaft zu vermeiden. Mit Folgen: Viele junge Mütter können die Schule nicht beenden und haben später Schwierigkeiten, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen.¹⁰¹

Eine Gesprächspartnerin in Äthiopien erklärte uns, was auch wissenschaftliche Studien und Analysen immer wieder belegen¹¹⁵: Viele Frauen haben kaum eine Möglichkeit, die Anzahl ihrer Kinder zu begrenzen. Aufgrund der mit Schwangerschaft, Haushalts- und Sorgearbeit verbundenen Verpflichtungen können viele von ihnen nicht die Schule beenden und später keiner Erwerbsarbeit nachgehen – ein Kreislauf, der sich über Generationen fortsetzen kann. Ohne eigenes Einkommen ist der Weg aus der Armut versperrt. Investitionen in SRGR sind daher zugleich Menschenrecht und Schlüssel zur Armutsbekämpfung – sie eröffnen Mädchen und jungen Frauen Bildung, Berufschancen und Selbstbestimmung.



WAS IST ARMUT UND WIE WIRD SIE GEMESSEN?

Armut ist nicht gleich Armut – sie kann sehr unterschiedlich definiert und gemessen werden. In dieser Studie nutzen wir Daten und Zahlen sowohl aus Umfragen wie den Demographic and Health Surveys (DHS), aus Berichten der Vereinten Nationen und anderer internationaler Organisationen sowie aus wissenschaftlichen Artikeln. Diese spiegeln verschiedene Konzepte und Dimensionen von Armut wider.

Häufig beziehen sich Angaben zu Armut auf eine von der Weltbank festgelegte internationale Armutsgrenze. Die Weltbank definiert beispielsweise Menschen, die weniger als 2,15 US-Dollar pro Tag (Kaufkraftparität 2017) zur Verfügung haben, als in extremer Armut lebend. Diese Armutsgrenze ist der Median der nationalen Armutsgrenzen in Ländern mit niedrigem Einkommen (low-income countries). Diese international vergleichbare Armutsgrenze ist ein Konzept der **absoluten Armut** – d. h. als arm gilt, wer ein bestimmtes Existenzminimum unterschreitet und damit nicht genug Geld hat, um grundlegende Güter und Dienstleistungen zu bezahlen. Wird der Lebensstandard einer Person hingegen im Verhältnis zu den jeweils „durchschnittlichen“ Lebensbedingungen in der Gesellschaft, in der sie lebt, betrachtet, sprechen Forschende von **relativer Armut**. Armut beschreibt in diesem Sinne auch soziale Ungleichheit innerhalb einer Gemeinschaft.¹⁰²

Ein Verfahren zur Einschätzung von relativer Armut in Ländern mit geringer Datengrundlage zu Einkommen oder Konsumausgaben ist der **Vermögensindex** (Wealth Index) des DHS-Programms. Anders als einkommensbasierte Ansätze konzentriert sich dieser Index auf **materielle Lebensumstände** und die Ausstattung von Haushalten. Erhoben werden dabei Indikatoren wie der Besitz langlebiger Güter (z. B. Fernseher, Fahrrad, Mobiltelefon), die Qualität des Wohnraums, der Zugang zu Strom, sauberem Wasser, sanitären Einrichtungen sowie die genutzten Energiequellen. Aus diesen Merkmalen wird ein Vermögens-Score berechnet, anhand dessen Haushalte in **fünf Vermögensquintile** eingeteilt werden.¹⁰³

Das afrikanische Forschungsnetzwerk Afrobarometer hat den **Index zu gelebter Armut** (Lived Poverty Index, LPI) entwickelt. Dieser basiert auf Umfragen, in denen die Teilnehmenden nach ihrer erlebten Lebenssituation gefragt werden und danach, wie häufig sie oder andere Personen in ihrem Haushalt ohne die nötigsten, grundlegendsten Güter auskommen müssen.¹⁰⁴

Andere Definitionen von Armut sind umfassender und **multidimensional**: Sie beziehen die gesamte **Lebenslage** einer Person in das Konzept von Armut mit ein und betrachten

neben Einkommen und Erwerbstätigkeit auch die Bereiche Wohnen, Gesundheit und Bildung.¹⁰⁵ Das umfassendste multidimensionale Armutskonzept, das häufig verwendet wird, ist der Ansatz der **Verwirklichungschancen** (engl. capabilities) des Wirtschaftswissenschaftlers Amartya Sen und der Philosophin Martha Nussbaum. Um das eigene Leben frei so zu gestalten, wie man es gerne führen möchte, braucht jeder Mensch sowohl individuelle Ressourcen als auch gesellschaftliche Teilhabechancen. Diesem Ansatz nach bedeutet Armut, kaum Wahlmöglichkeiten über die eigene Lebensführung zu haben.¹⁰⁶ Nussbaum beschreibt den Zusammenhang zwischen der Lebenslage und Gesundheit im Rahmen von zehn zentralen Verwirklichungschancen: Körperliche Gesundheit bedeutet „die Fähigkeit, bei guter Gesundheit zu sein, wozu auch die reproduktive Gesundheit, eine angemessene Ernährung und eine angemessene Unterkunft gehören.“¹⁰⁷ Ebenso wichtig ist körperliche Integrität – frei von sexueller Gewalt zu leben, Gelegenheiten für sexuelle Befriedigung und Entscheidungsfreiheit in Fragen der Fortpflanzung zu haben.¹⁰⁸

Das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (United Nations Development Program, UNDP) nutzt den **Index der multidimensionalen Armut** (Multidimensional Poverty Index, MPI), um monetäre Armutsindikatoren zu ergänzen. Der MPI ist zusammengesetzt aus zehn Indikatoren aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Lebensstandards, und sammelt Daten hierzu aus über 100 sogenannten Entwicklungsländern.¹⁰⁹ In den meisten Ländern mit vergleichbaren Daten, leben mehr Menschen in multidimensionaler Armut als in extremer Armut nach Definition der Weltbank.¹¹⁰

Ein Schwachpunkt des MPI und anderen Armutsindexen ist, dass sie Armut auf Haushaltsebene messen und somit das Ausmaß von Armut unter Mädchen und Frauen nicht **gendersensibel** darstellen.¹¹¹ Patriarchale Normen können beispielsweise dazu führen, dass Ressourcen innerhalb eines Haushalts ungleich verteilt werden. Geschlechtsspezifische Analysen von Armut zeigen, dass multidimensionale Armut weltweit bei Frauen höher ist als bei Männern.¹¹² Außerdem können Daten zu Armut auf Haushaltsebene verschleiern, ob und wie viele Frauen in nicht-armen Haushalten keinen Zugang zu einem eigenen Einkommen oder Geld haben oder unterernährt sind.¹¹³ Unterernährung ist ein wichtiger Indikator individueller Armut, und Untersuchungen zu Unterernährung in Haushalten nach Armutsgrad zeigen, dass viele unterernährte Mädchen und Frauen in Subsahara-Afrika in Haushalten leben, in denen das männliche Familienoberhaupt ausreichend ernährt ist.¹¹⁴

Gesundheitsversorgung – aber nicht für alle

Dass es sozioökonomische Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsversorgung gibt, haben Wissenschaftler*innen anhand von DHS-Daten bereits umfassend gezeigt. So verschieben etwa Personen, die in sozioökonomisch benachteiligten Haushalten in Südafrika leben, Besuche bei Ärzt*innen eher auf als Personen in wohlhabenden Haushalten, weil sie sich die Behandlung oder auch die Transportkosten zur Klinik oder Gesundheitsstation nicht leisten können.¹¹⁶ Auch in Kenia nehmen wohlhabendere Personen häufiger Gesundheitsversorgung in Anspruch. Für ärmere Bevölkerungsgruppen sind Vorsorgeuntersuchungen oder Krankenhausaufenthalte oft nicht bezahlbar.¹¹⁷ Selbst wenn öffentliche Gesundheitsversorgung kostenlos ist, verhindern indirekte Kosten, wie Fahrtkosten oder Arbeitszeitverlust den Zugang.¹¹⁸

Junge Menschen in abgelegenen ländlichen Gebieten wissen zunächst häufig gar nicht, dass es kostenlose Gesundheitsversorgung gibt. Wenn doch, dann ist das nächstgelegene Gesundheitszentrum meist zu weit entfernt. Auch in Städten oder informellen Siedlungen, wo viele Menschen auf engem Raum leben, ist Mobilität eine Herausforderung. Öffentliche Verkehrsmittel sind selten, und der Preis eines Bustickets übersteigt oft das tägliche Einkommen. Für Jugendliche bedeutet ein Besuch in der Sprechstunde – zum Beispiel für Verhütungsberatung – zudem einen Einkommensverlust, weil sie in dieser Zeit nicht arbeiten können.¹¹⁹

In Tansania berichteten mehrere Personen, dass Kliniken eine finanzielle Selbstbeteiligung forderten oder Patient*innen zunächst eine Art Patient*innenakte kaufen müssten, bevor sie behandelt werden könnten. Das spricht sich herum und führt dazu, dass junge Menschen gar nicht erst in die Sprechstunde gehen. Und auch, wenn eine Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft grundsätzlich kostenfrei ist, müssen die ärztlich empfohlenen Nahrungsergänzungsmittel wie beispielsweise Eisentabletten selbst bezahlt werden.

Neben den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen gibt es in Uganda, Kenia, Tansania und Äthiopien auch private Kliniken und Sprechstunden. Diese sind zwar teurer – werden jedoch von einigen jungen Menschen bevorzugt, wenn sie es sich leisten können. Mitarbeitende verhielten sich dort vertraulicher, erzählte uns ein Gesprächspartner in Äthiopien. Mangelnde Privatsphäre und die Sorge vor Stigma und Verurteilung sind zentrale Barrieren für junge Menschen, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen.¹²⁰ Studierende in Tansania erzählten zum Beispiel, dass sich manche ihrer Kommiliton*innen nicht trauten, in das Gesundheitszentrum der Universität zu gehen. Sie fürchteten, dass die Mitarbeitenden dort nicht diskret seien. Manche nehmen einen längeren Weg auf sich, um in ein weiter entferntes Gesundheitszentrum zu kommen, wo sie niemanden persönlich kennen.

Indirekte Kosten sind nur ein Grund, warum Gesundheitsversorgung oft nicht jugendfreundlich ist. Insbesondere wenn es um sexuelle und reproduktive Gesundheit geht, erfahren junge Menschen regelmäßig Verurteilung und Diskriminierung durch medizinisches Personal. Wenn sie sich auf eine sexuell übertragbare Infektion (STI) testen lassen wollen oder ein Verhütungsmittel benötigen, kann es passieren, dass Jugendliche von medizinischem Personal dafür verurteilt werden, dass sie überhaupt in ihrem Alter schon sexuell aktiv sind. Vor allem junge Frauen, Mütter im Teenageralter, LSBTIQ*-Jugendliche und junge Menschen mit Behinderung berichten, dass sie Vorurteilen und Demütigungen durch das Gesundheitspersonal ausgesetzt sind.¹²¹ Ist die sogenannte jugendfreundliche Sprechstunde direkt neben dem normalen Wartezimmer, laufen junge Menschen außerdem Gefahr, von Verwandten oder Bekannten gesehen zu werden.¹²²

Jugendliche, die in Armut leben, sind auf die öffentliche Gesundheitsversorgung angewiesen – trotz langer Wartezeiten, fehlender Privatsphäre und diskriminierendem Personal. Ohne gezielte Investitionen in jugendfreundliche SRGR-Dienste bleibt diese Versorgung für viele unzugänglich.

Verhütungsmittel oft nicht oder nur eingeschränkt verfügbar

Anders als in Deutschland sind Verhütungsmittel wie Kondome in Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda grundsätzlich kostenlos und werden von der Regierung in öffentlichen Kliniken zur Verfügung gestellt. In manchen Jugendclubs und Gesundheitszentren in Tansania gibt es auch Kondomautomaten, die allerdings nicht immer gut befüllt sind. Aus Scham oder Angst vor Stigma holen manche Jugendliche Verhütungsmittel heimlich – etwa nachts am Kondomautomaten, um nicht gesehen zu werden.

Hinzu kommt, dass es in mehreren Ländern Afrikas keine einheitliche Auffassung zur jeweiligen Gesetzeslage gibt, ob Jugendliche unter 18 das Einverständnis eines Elternteils brauchen, um (kostenlose) Verhütungsmittel in (öffentlichen) Gesundheitseinrichtungen zu erhalten, oder nicht.^{123, 124} Kenia ist ein solcher Fall: Dort berichtete eine Jugendaktivistin, dass Mädchen, die jünger als 18 sind, das Einverständnis ihrer Eltern brauchen. Andererseits beschreibt ein wissenschaftlicher Artikel zu Politik und Praxis in der Gesundheitsversorgung von schwangeren Teenagerinnen in Nairobi, dass unter 18-Jährige kein solches Einverständnis für SRG-Behandlung brauchen, da das Gesundheitsministerium Ausnahmen erlaubt für Minderjährige, die verheiratet, schwanger oder sexuell aktiv sind. Das Problem sei, dass das Gesundheitspersonal oft nicht ausreichend aufgeklärt ist.¹²⁵ Auch die Berichterstattung über eine Konferenz, die sich im Sommer 2024 mit den SRGR von Jugendlichen in Kenia befasst hat, zeigt, dass selbst Expert*innen im Land sich scheinbar nicht einigen können, was die nationalen

Gesetze und Richtlinien zulassen.¹²⁶ Auch in Uganda berichten Jugendliche, dass unter 18-Jährigen – sogar wenn sie selbst schon Eltern sind – der Zugang zu lebenswichtiger reproduktiver oder sexueller Gesundheitsversorgung verwehrt wird, obwohl nationale Gesundheitsrichtlinien diesen Zugang ohne Einverständnis der Eltern ausdrücklich erlauben.¹²⁷

Zuletzt bleibt die Frage, ob die nächstliegende Klinik ausreichend Verhütungsmittel vorrätig hat. Denn selbst wenn eine junge Frau bestens über verschiedene Verhütungsmöglichkeiten informiert ist, kann es sein, dass sie nicht das Kontrazeptivum ihrer Wahl erhält. Denn sogenannte Stock-outs – fehlende Lagerbestände – von einzelnen Verhütungsmitteln sind in vielen afrikanischen Ländern an der Tagesordnung.^{128, 129} Immer wieder berichteten auch unsere Gesprächspartner*innen davon, dass zum Beispiel bestimmte Langzeitverhütungsmittel über mehrere Wochen, sogar Monate, in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen nicht vorrätig seien. Die Alternative: teurer Kauf in einer privaten Klinik oder Apotheke – für viele unerschwinglich. Die Folge: ein weniger geeignetes oder gar kein Verhütungsmittel. Mangelnde Gesetzesklarheit und unzuverlässige Versorgung gefährden das Recht junger Menschen auf sexuelle Selbstbestimmung.

HIV-Prävention und -Behandlung erreichen viele Jugendliche nicht

Weltweit sind Länder im östlichen und südlichen Afrika am stärksten von der HIV-Pandemie betroffen.¹³⁰ Diese Regionen beheimaten heute knapp mehr als die Hälfte aller Menschen, die mit HIV leben.¹³¹ Zwar wurden in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte in der Prävention und Behandlung von HIV-Infektionen gemacht, doch profitieren längst nicht alle Menschen gleichermaßen von diesen Trends.

Zwar gehen HIV-Neuinfektionen weltweit zurück, doch der Anteil junger Menschen, die mit HIV leben, wächst. 84 Prozent aller HIV-infizierten 15- bis 19-Jährigen leben in Subsahara-Afrika.¹³² Junge Frauen in dieser Region sind besonders gefährdet. Auf jede Infektion eines 15- bis 19-jährigen Mannes kommen fast sechs HIV-Neuinfektionen unter seinen weiblichen Altersgenossinnen.¹³³ Im Jahr 2024 haben sich allein in Ost- und südlichem Afrika 140.000 junge Frauen im Alter von 15 bis 24 mit HIV infiziert.¹³⁴

Mehr Investitionen in die Prävention von HIV-Infektionen sind dringend notwendig. Denn trotz enormer Fortschritte in den vergangenen Jahrzehnten drohen diese nun verloren zu gehen. Zum einen zeigen Befragungen einen langsamen Rückgang in der Nutzung von Kondomen unter 15- bis 24-Jährigen in vielen afrikanischen Ländern, so auch in Äthiopien, Kenia und Tansania.¹³⁵ Dies kann teilweise in direktem Zusammenhang mit der Erschwinglichkeit und Verfügbarkeit stehen: UNAIDS

meldete bereits 2024 Kürzungen in Programmen zur kostenlosen Bereitstellung von Kondomen. Schon jetzt ist abzusehen, dass sich die Lage durch die Unterbrechung von PEPFAR-Programmen dramatisch verschlechtert. Anfang Mai 2025 berichtete UNAIDS, dass Äthiopien keine (kostenlosen) Kondome mehr vorrätig hatte, Kenia nur noch Vorräte für einen Monat und Uganda für drei bis sechs Monate.¹³⁶

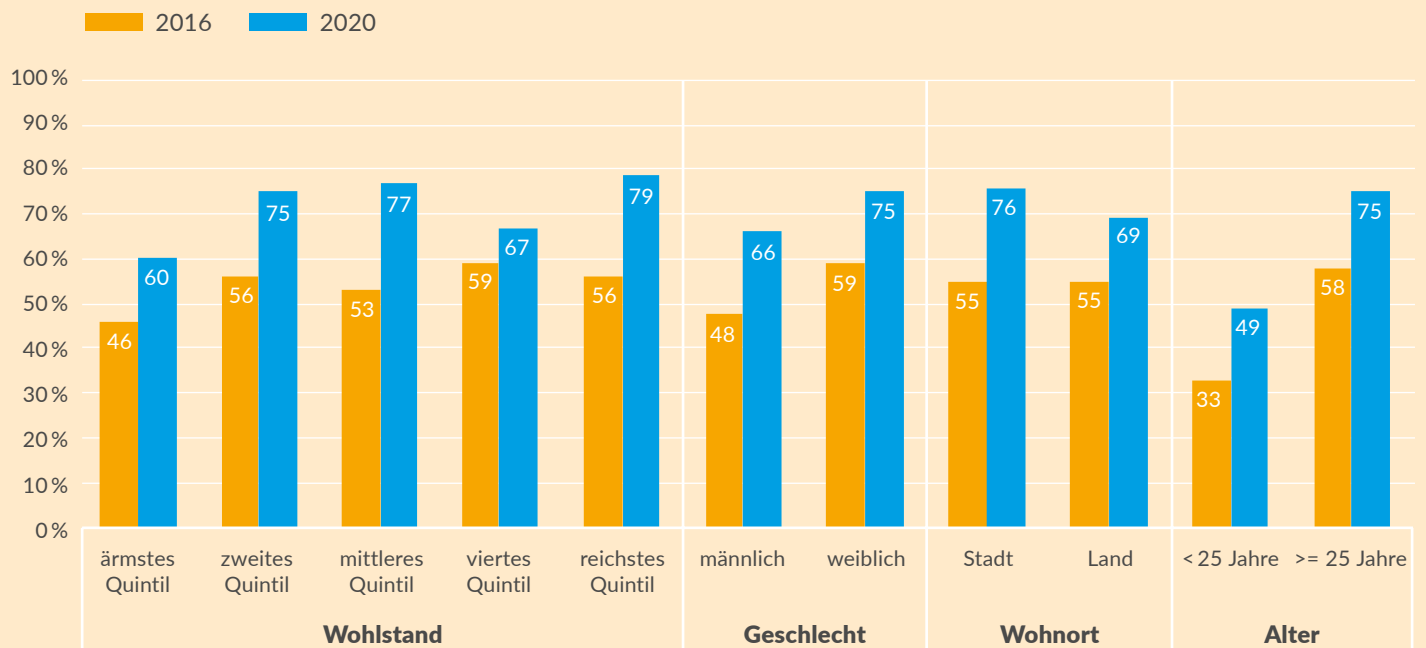
Ein Jugendaktivist aus Ugandas Hauptstadt Kampala erzählte uns, dass vor allem Jugendliche in ländlichen Regionen Ugandas kaum Zugang zu Kondomen haben, da viele es sich nicht leisten können, diese zu kaufen. Als er kürzlich als Freiwilliger Teil einer mobilen Jugendklinik war, besuchte er abgelegene Gemeinschaften und verteilte kostenlose Kondome. Er wurde von der Nachfrage von jungen Männern überwältigt. Die von der Regierung betriebenen Gemeindekliniken sollten diese in der Regel kostenlos zur Verfügung stellen, hatten jedoch seit Monaten keine Kondome mehr vorrätig.

Ebenfalls besorgniserregend sind die Zahlen zur HIV-Behandlung unter Kindern und jungen Menschen. Zwar gab es in den vergangenen Jahren in vielen Ländern große Fortschritte in der Behandlung von Menschen mit HIV durch antiretrovirale Therapie (ART), allerdings sind Kinder unter 15 Jahren mit HIV deutlich seltener in Behandlung als Erwachsene, oft, weil ihre Diagnose später erfolgt oder sie und ihre Familien eine Stigmatisierung fürchten.¹³⁷ Eine von UNAIDS durchgeführte Analyse von Daten aus 15 afrikanischen Ländern zeigt, dass dies für alle unter 25-Jährigen zutrifft.¹³⁸ Hierzu nahmen Forschende folgende Daten in den Blick: den Anteil der Menschen, die mit HIV leben, die (1) ihren HIV-Status kennen, (2) HIV-Medikamente erhalten, und (3) bei denen die Medikamente so gut wirken, dass die HIV-Vermehrung unterdrückt ist (viral load suppression). Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 24 Jahren in Uganda, die mit HIV leben, stieg der Anteil derer mit erfolgreicher viral load suppression von 33 Prozent im Jahr 2016 auf 49 Prozent vier Jahre später. Dies ist durchaus eine Verbesserung, doch liegen diese Werte weit unter denen von Erwachsenen (25 und älter) mit HIV: 75 Prozent im Jahr 2020. Außerdem spielt in Uganda (wie auch in anderen Ländern) Armut eine Rolle beim Zugang zu HIV-Behandlung: In den ärmsten Haushalten liegt der Anteil der Menschen, die mit HIV leben und deren Virenlast unterdrückt ist, deutlich unter dem Anteil in den reichsten Haushalten.¹³⁹ Diese Fortschritte müssten dringend beschleunigt werden. Stattdessen ist die Finanzierung von HIV-Prävention und -Behandlung vor allem infolge der radikalen Kürzungen der Trump-Regierung nun in der Krise.^{140, 141} Die aktuelle Finanzierungs Krise gefährdet Jahrzehnte an Fortschritten in der HIV-Bekämpfung. Ohne gezielte Investitionen in jugendfreundliche Prävention und Behandlung riskieren wir eine neue Generation, die von HIV besonders hart getroffen wird.



IN UGANDA IST NUR DIE HÄLFTE DER KINDER UND JUGENDLICHEN MIT HIV IN EFFEKTIVER BEHANDLUNG

Anteil der Menschen in Uganda, die mit HIV leben, bei denen HIV-Vermehrung durch Medikamente unterdrückt ist, in Prozent



Grafik: Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Quelle: UNAIDS, GHSD & PEPFAR, Equity in the HIV Response, 2024¹⁴²

HIV schädigt das Immunsystem und kann ohne die richtige Behandlung langfristig zu AIDS führen, eine lebensbedrohliche Erkrankung. HIV-Medikamente unterdrücken das Virus und verhindern den Ausbruch von AIDS, sodass Betroffene mit effektiver Behandlung heute lange und gut leben können.

Extreme Bedingungen in humanitären Notsituationen

Ende 2024 lebten in Subsahara-Afrika rund 39 Millionen Menschen als Binnenvertriebene (internally displaced people, IDP), darunter allein über 11 Millionen im Sudan.¹⁴³ Nigeria hat mit 3,3 Millionen die vierthöchste Zahl von Binnenvertriebenen in der Region, von denen viele in abgelegenen Camps im Nordosten des Landes leben.¹⁴⁴ Rund 58 Prozent der Vertriebenen im Nordosten Nigerias sind unter 18 und leiden besonders unter fehlender SRG-Versorgung.¹⁴⁵ Hilfsorganisationen berichten von unzureichenden medizinischen Einrichtungen, fehlenden Gesundheitsartikeln wie Binden und einem gravierenden Mangel an Sanitärversorgung. Mädchen und junge Frauen sind dadurch besonders gefährdet – etwa nach Erfahrungen sexualisierter Gewalt oder bei unbeabsichtigten Schwangerschaften.¹⁴⁶

Die extreme Armut in den Camps zwingt viele Jugendliche, sich selbst zu versorgen – obwohl ihnen häufig selbst das Geld für Menstruationsprodukte fehlt. Eine Studie zu der SRG-Versorgungslage von jugendlichen Frauen in einem IDP-Camp im Nordosten Nigerias zeigt, dass Mädchen auf gebrauchte Kleidung zurückgreifen müssen und viele nicht genug zu essen haben.¹⁴⁷ Diese prekäre Lage führt häufig zu Abhängigkeitsverhältnissen: Mädchen geben an, sexuelle Beziehungen gegen Geld oder Lebensmittel einzugehen, und Eltern zwingen ihre minderjährigen Töchter zu heiraten, um sie nicht weiter versorgen zu müssen.¹⁴⁸ In humanitären Kontexten wie diesen sind junge Binnenvertriebene einem besonders hohen Risiko für Zwangsehen, unsichere Abtreibungen und sexuell übertragbare Krankheiten ausgesetzt.^{149, 150} Humanitäre Hilfsprogramme müssen daher SRGR konsequent mitdenken – von sicherer Geburtshilfe bis zu Schutzmechanismen gegen sexualisierte Gewalt – um die Rechte und Gesundheit von Jugendlichen in Krisensituationen zu gewährleisten.

Investitionen in Gesundheit zahlen sich aus

Wenn eine umfassende, kostenlose sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung nicht allen Menschen zur Verfügung steht, entstehen nicht nur Kosten für die Patient*innen, sondern auch höhere Folgekosten für das Gesundheitssystem.^{151, 152} Zum Beispiel zeigen zahlreiche Studien, dass die Nachsorge von unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen (post-abortion care) viel mehr Geld kostet, als eine sichere Abtreibung.¹⁵³ Forscher*innen schätzen, dass im Jahr 2018 allein in Tansania die Nachsorge von unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen für fast 78.000 Frauen das Gesundheitssystem knapp 4,5 Millionen US-Dollar gekostet hat. Und dabei haben zusätzliche 114.000 Frauen eine gesundheitliche Versorgung nach einer unsicheren Abtreibung gebraucht und nicht erhalten.¹⁵⁴

Acht von zehn unbeabsichtigten Schwangerschaften in Afrika ließen sich durch bessere Versorgung mit Verhütungsmitteln vermeiden – Investitionen in ein breites Angebot an Verhütung für alle Geschlechter lohnen sich also doppelt.¹⁵⁵ Auf dem Kontinent gibt es unter 15- bis 19-Jährigen jedes Jahr 4,3 Millionen unbeabsichtigte Schwangerschaften, von denen 1,5 Millionen in einem unsicheren Abbruch enden. Wäre der Bedarf dieser jungen Frauen an Verhütung gedeckt, würden diese Zahlen um mehr als zwei Drittel (69 Prozent) zurückgehen.¹⁵⁶ Erhebliche Einsparungen für das Gesundheitssystem würden folgen, da die Versorgung mit modernen Verhütungsmitteln weniger kostet als die Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft. Nach Berechnungen des US-amerikanischen Guttmacher Institute spart jeder investierte Dollar in Verhütung 2,77 US-Dollar an Folgekosten.¹⁵⁷

„Wenn jemand aus einer einkommensschwachen Familie kommt, wird der Fokus darauf liegen, [...] die Grundbedürfnisse zu erfüllen. Das kann eine Situation schaffen, in der man sich nicht um seine sexuelle und reproduktive Gesundheit kümmert.“

Jugendaktivistin, Äthiopien



3.2. Bildung und SRGR: Voraussetzungen für ein Leben ohne Armut

Bildung, SRGR und Armut sind eng miteinander verknüpft. Bildung ist an erster Stelle ein Menschenrecht, aber zugleich auch eine Grundlage für nachhaltige Entwicklung, Geschlechtergerechtigkeit und wirtschaftliches Wachstum in Gemeinschaften und Ländern. Für Mädchen und junge Frauen ist der Besuch und Abschluss der Schule ein Schlüssel zur Selbstbestimmung: Je länger Mädchen die Schule besuchen, desto später heiraten sie oder bekommen ihr erstes Kind – und desto besser werden ihre Chancen, als Erwachsene eine existenzsichernde Arbeit zu finden.¹⁵⁸ Doch für junge Menschen und vor allem junge Frauen, die von Armut betroffen sind, ist es sowohl schwierig, ihre SRGR zu verwirklichen, als auch bis zur Sekundarstufe die Schule zu besuchen.

In den letzten zwanzig Jahren haben viele afrikanische Länder Fortschritte im Bereich Bildung erzielt, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen. Dennoch waren im Jahr 2023 fast 20 Prozent der Kinder im Grundschulalter in Afrika nicht eingeschult.¹⁵⁹ Noch besorgniserregender ist, dass die absolute Zahl der Kinder in dieser Altersgruppe, die nicht zur Schule gehen, zwischen 2012 und 2023 gestiegen ist: von 37 Millionen auf 41 Millionen.¹⁶⁰ Obgleich die Bildungslücke zwischen Mädchen und Jungen im Grundschulalter im regionalen Durchschnitt in den letzten Jahren fast geschlossen wurde, gilt dies nicht für jedes Land. Dort, wo überdurchschnittlich viele Kinder nicht die Schule besuchen, gibt es eher einen Unterschied zwischen den Geschlechtern. So beispielsweise in Tschad, wo fast jedes zweite Mädchen im Grundschulalter nicht zur Schule geht, im Vergleich zu jedem dritten Jungen.¹⁶¹ In der Sekundarstufe besteht die Lücke zwischen den Geschlechtern – auch in den anderen Ländern – jedoch weiter, denn in dieser Altersgruppe brechen mehr Mädchen als Jungen aus geschlechtsspezifischen Gründen die Schule ab.¹⁶² Zu diesen Gründen zählen unter anderem Früh- und Zwangsverheiratungen, frühe Schwangerschaft bzw. Mutterschaft und geschlechtsspezifische Gewalt, aber auch Periodenarmut.

Wie sich dieser Teufelskreis im Leben eines kenianischen Schulmädchens abspielen kann, erzählte uns eine Jugendaktivistin aus Nairobi:

„In Kenia sind junge Frauen aus einkommensschwachen Regionen einem hohen Risiko unbeabsichtigter Schwangerschaften ausgesetzt. Wenn Familien unterhalb der Armutsgrenze leben, reicht ihr geringes Einkommen nur für das Überleben aus, sodass kein Geld für lebensnotwendige Dinge wie Binden übrigbleibt, die immer teurer werden. Dadurch werden manche Mädchen zu riskanten Entscheidungen gezwungen, wie zum Beispiel Sex zu verkaufen, um sich Menstruationsprodukte leisten zu können. Dies führt oft zu ungeplanten Schwangerschaften, gefolgt von unsicheren



Abtreibungen oder der schweren Belastung einer frühen Mutterschaft. Obwohl es Gesetze (...) gibt, die jungen Müttern helfen sollen, ihre Bildung fortzusetzen, ist das für Familien, die Schwierigkeiten haben, über die Runden zu kommen, nicht immer praktikabel. Viele Mädchen werden stattdessen in eine frühe Ehe gedrängt oder müssen arbeiten, um ihr Kind zu versorgen. Für diese jungen Mütter unterscheidet sich die Zukunft drastisch von der ihrer wohlhabenderen Altersgenossinnen. Sie sind oft gezwungen, ihre Träume aufzugeben.“

Mädchen, die am stärksten von Armut betroffen sind, werden sehr viel häufiger von der Bildung ausgeschlossen jene Mädchen, die in wohlhabenderen Haushalten leben. Die Wahrscheinlichkeit, nicht zur Schule zu gehen, steigt auch hier mit dem Alter.¹⁶³ In Tansania zum Beispiel geht ein Drittel der Mädchen im Grundschulalter aus den ärmsten Haushalten nicht zur Schule. Im Alter der unteren Sekundarstufe steigt dieser Anteil auf etwas mehr als die Hälfte. Im Alter der Sekundarstufe II gehen neun von zehn Mädchen aus den ärmsten Haushalten nicht zur Schule.¹⁶⁴ Diese Zusammenhänge zeigen, dass es nicht reicht, „nur“ in SRGR oder Bildung zu investieren und Armutsbekämpfung hintenanzustellen. Nur wenn Bildung, SRGR und Armutsbekämpfung zusammengedacht werden, können Mädchen ihr Potenzial entfalten und einen Ausweg aus dem Kreislauf von Armut und Abhängigkeit finden.

Wenn Schwangerschaft zum Schulabbruch führt

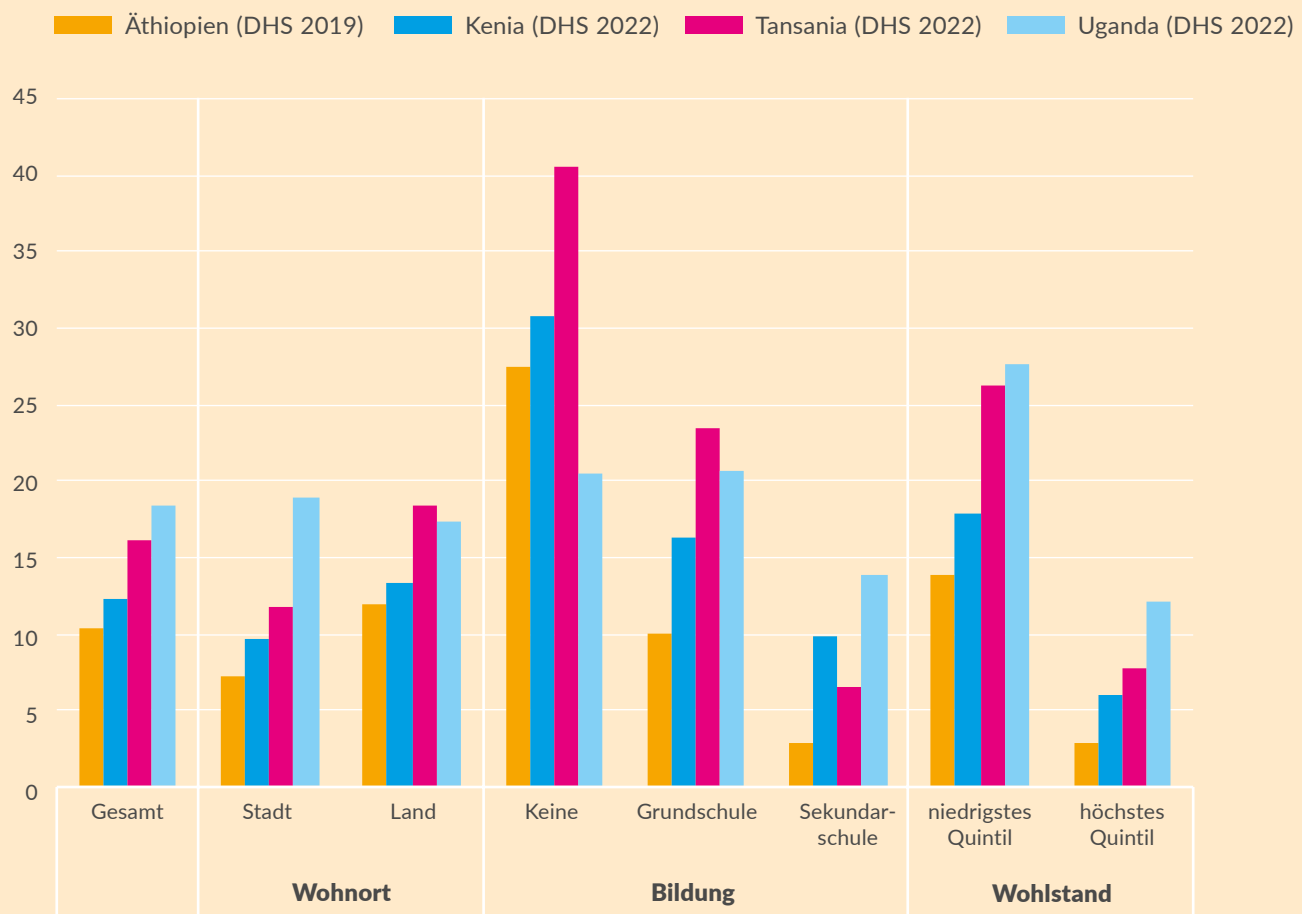
Armut, frühe Schwangerschaft oder Mutterschaft und ein Schulabbruch hängen für Jugendliche oft eng miteinander zusammen. Je größer die Armut, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Teenagerinnen zwischen 15 und 19 Jahren schwanger werden.^{165, 166} (Unbeabsichtigte) Schwangerschaften im Jugendalter oder gar Kindesalter haben tiefgreifende Auswirkungen auf das Leben von Mädchen und Jugendlichen – sie beeinträchtigen ihre Bildungschancen, schränken berufliche Perspektiven ein, gefährden ihre Gesundheit und erschweren eine selbstbestimmte Zukunft.

Gleichzeitig brechen viele ihre Schulausbildung ab, wenn sie schwanger werden – auch, weil ihnen oft die Rückkehr in die Schule erschwert wird. Schwangere Schüler*innen müssen



ARMUT IST EINER DER HAUPTGRÜNDE FÜR FRÜHE MUTTERSCHAFT

Anteil von 15- bis 19-jährigen Frauen, die Mütter sind, in Prozent, nach soziodemografischen Merkmalen in ausgewählten afrikanischen Ländern



Grafik: Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Quelle: ICF ¹⁶⁷, Ugandan Bureau of Statistics ¹⁶⁸

Wer vergleicht, welche jungen Frauen in Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda schon früh Mutter sind, erkennt ähnliche Trends. In ländlichen Regionen werden Jugendliche oft früher Mütter als in der Stadt – mit der Ausnahme von Uganda. Je höher der Bildungsgrad, desto seltener sind junge Frauen bereits Mütter. Vor allem Unterschiede im Wohlstand scheinen eine große Auswirkung auf die Wahrscheinlichkeit einer frühen Mutterschaft zu haben: Von Armut betroffene junge Frauen haben deutlich häufiger ein Kind als ihre Altersgenossinnen in der wohlhabendsten Bevölkerungsschicht.

häufig schon während der Schwangerschaft oder spätestens nach der Geburt des Kindes die Schule verlassen. In Tansania galt zum Beispiel für viele Jahre ein Schulverbot für schwangere Mädchen und junge Mütter. Seit Ende 2021 erlaubt die tansanische Regierung jungen Müttern dank einer ‚Wiedereintrittsregel‘ (re-entry policy) die Rückkehr in die Schule – jedoch nur innerhalb von zwei Jahren nach der Geburt. Das Verbot für schwangere Mädchen, die Schule zu besuchen, wurde jedoch beibehalten.¹⁶⁹ Inzwischen hat der Expert*innenausschuss für die Rechte und das Wohlergehen des Kindes der Afrikanischen Union (African Committee of Experts on the Rights and Welfare of the Child) Tansania dazu verpflichtet, auch das Schulverbot für Schwangere abzuschaffen.¹⁷⁰ Expert*innen aus der Zivilgesellschaft beklagen jedoch, dass die re-entry policy allein nicht ausreicht.¹⁷¹ Denn ohne eine zusätzliche soziale und finanzielle Unterstützung ist es für die meisten jungen Mütter nicht möglich, sich sowohl um ihr Kind zu kümmern als auch gleichzeitig die Schule zu besuchen.¹⁷² Unsere Gesprächspartner*innen in Kenia berichteten Ähnliches: Jungen Müttern in Kenia ist es zwar offiziell erlaubt, nach der Geburt ihres Kindes zurück in die Schule zu gehen, doch dies ist für viele keine realistische Option. Wenn eine junge Mutter aus einer armen Familie stammt, wird von ihr erwartet, dass sie nun etwas Geld verdient und zum Haushaltseinkommen beiträgt.

Ein fehlender Schulabschluss wirkt sich langfristig auf die wirtschaftliche Selbstständigkeit aus und erhöht das Risiko, im Erwachsenenalter kein existenzsicherndes Einkommen zu erzielen. Junge Mütter, die von Armut betroffen sind, müssen sich entscheiden: zwischen der Versorgung ihrer Kinder und einem kleinen Einkommen, wenn sie arbeiten, oder einem Schulabschluss, wenn sie zurück in die Schule gehen. Beides ist häufig nicht vereinbar, wenn Verwandte ihnen nicht vollumfänglich dabei helfen (können), ihr Kind zu betreuen und zu versorgen. Damit droht sich der Kreislauf von Armut und begrenzten Chancen über Generationen hinweg fortzusetzen.¹⁷³

Periodenarmut: Wenn Periode und Schule unvereinbar sind

Ein Grund, warum Mädchen öfter in der Schule fehlen als ihre Mitschüler, ist ihre Periode. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die sich Artikel für die Menstruationshygiene wie Binden nicht leisten können, oder deren Schulen nicht mit angemessenen Toiletten ausgestattet sind.^{174,175} Richtlinien des Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (United Nations Children's Fund, UNICEF) beschreiben eine adäquate Toilette für Menstruierende als solche, die unter anderem nach Geschlechtern getrennt sind und private Eingänge, feste Wände und abschließbare Türen haben.¹⁷⁶ Eine Studie, die Forschende in der Region Kilimanjaro im Nordosten Tansanias durchgeführt haben, zeigt, dass jedes dritte Mädchen schon mal während ihrer Menstruation die Schule nicht besuchen konnte. Hauptgründe dafür sind neben Menstruationsbeschwerden auch, dass keine angemessenen

Sanitäranlagen in den Schulen vorhanden sind, in denen sie sich und ihre Periodenprodukte waschen oder sich umziehen können. Auch gibt es oft keine Möglichkeit, Periodenprodukte diskret zu entsorgen.¹⁷⁷

In allen vier Fokusländern wurde uns berichtet, dass viele Teenager*innen sich Binden nicht leisten könnten. Wenn sie kein Geld haben, um sich Menstruationsbinden im Laden zu kaufen, müssen viele junge Menschen auf improvisierte Ersatzmaterialien ausweichen, die weder hygienisch noch saugfähig genug sind. Dadurch steigt zum einen das Risiko für vermeidbare Infektionen, zum anderen beeinträchtigt es das Wohlbefinden.¹⁷⁸ In der Studie in Kilimanjaro fanden die Forschenden, dass sechs von zehn Mädchen alte Stoffstücke als aufsaugendes Material nutzen. Aus Kostengründen würden mehr als die Hälfte der Mädchen wiederverwendbare Periodenprodukte bevorzugen, um nicht regelmäßig neue Binden nachkaufen zu müssen.¹⁷⁹

Aus Gesprächen mit Aktivist*innen in Kenia, die hauptsächlich mit Bewohner*innen der informellen Siedlungen in Nairobi zusammenarbeiten, ging hervor, dass bei der Unterstützung von Mädchen und jungen Frauen, die von Periodenarmut betroffen sind, unbedingt die Wohnsituation und individuellen Präferenzen mitbedacht werden müssen. Während wiederverwendbare Binden in ländlichen Regionen eine gute Option sind, um Kosten zu sparen, sind diese in jenen Siedlungen, in denen fließendes Wasser häufig Mangelware ist, keine gute Lösung. Dort können Stoffbinden nach der Benutzung nur schwer gereinigt werden. Hier stellen Einweg-Menstruationsprodukte die praktischere Variante dar, wenn sie denn erschwinglich sind.

Aus all diesen Gründen kann die Periode zu einer starken psychischen Belastung werden und auch die Konzentrationsfähigkeit im Schulunterricht beeinträchtigen. Denn die Menstruation ist gesellschaftlich und kulturell weiterhin vielerorts tabuisiert – so auch in vielen Regionen Afrikas. Viele Mädchen berichten, dass sie Angst vor sichtbaren Blutflecken auf der Kleidung haben und deshalb während ihrer Tage nicht zur Schule gehen oder sich im Unterricht deswegen gestresst fühlen.^{180, 181, 182} Um Bildungsgerechtigkeit zu fördern, müssen Programme gegen Periodenarmut sowohl den Zugang zu bezahlbaren Menstruationsprodukten als auch zu hygienischen Sanitäranlagen sicherstellen – ergänzt durch Aufklärung, um Tabus und Stigmata zu überwinden.

Sexualaufklärung als Grundlage der (körperlichen) Selbstbestimmung

Jeder Mensch trifft im Laufe des Lebens Entscheidungen, die sowohl die eigene sexuelle und reproduktive Gesundheit betreffen als auch die seiner Mitmenschen. Umfassende Sexualaufklärung (comprehensive sexuality education, CSE) ist einer

der wichtigsten Bausteine dafür, dass jede Person befähigt ist, frei und verantwortungsbewusst Entscheidungen über ihren Körper und ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu treffen. Aufklärung über Safer Sex, gesunde Beziehungen und Verhütungsmittel ist grundlegend, um Jugendlichen zu helfen, sich vor Risiken wie frühen und ungeplanten Schwangerschaften, HIV-Infektionen und anderen STIs sowie geschlechtsspezifischer Gewalt zu schützen.¹⁸³

Die Jugendaktivist*innen, mit denen wir in Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda gesprochen haben, waren sich in einer Sache einig: Der Mangel an Aufklärung sei eines der größten Probleme für junge Männer und Frauen in ihren Gemeinschaften. Gesellschaftliche Tabus führen dazu, dass Eltern kaum aufklären und Schulen oft keine oder nur unzureichende Informationen über STIs, Verhütung oder Menstruation vermitteln. Die meisten jungen Menschen seien auf sich allein gestellt und bekämen von Freund*innen oder dem Internet nicht immer korrekte oder verlässliche Informationen. Diese Erfahrungsberichte decken sich mit den Perspektiven junger Menschen, die zu diesem Thema u.a. in Kamerun, Nigeria, Sambia und Tansania befragt wurden.^{184, 185}

Auch wenn Jugendliche zum Teil inkorrekte Gesundheitsinformationen aus dem Internet erhalten, bleibt der Zugang zum Internet ein entscheidender Vorteil, den Generationen vor ihnen nicht hatten. Trotz eingeschränktem Zugang, vor allem in ländlichen Regionen, sind junge Menschen in Afrika heute vernetzter als je zuvor.¹⁸⁶ Jugendaktivist*innen in Nigeria, Sambia und Tansania berichten, dass digitale Medien für Jugendliche zentral sind, um korrekte Informationen über ihre SRGR zu erhalten. Für junge LSBTIQ*-Menschen sind Internet und soziale Medien Lebensretter: Nur hier können sie überhaupt verlässliche Informationen finden, die ihnen eine angemessene Aufklärung bieten.¹⁸⁷

Laut der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Kommunikation (UNESCO) sollte Sexualaufklärung bereits im Grundschulalter beginnen: Nur so können Kinder ein grundlegendes und gesundes Verständnis für den eigenen Körper, familiäre Strukturen und soziale Beziehungen entwickeln – und so auch frühzeitig in die Lage versetzt werden, potenziellen Missbrauch zu erkennen. Jugendliche benötigen dieses Wissen rechtzeitig vor der ersten sexuellen Erfahrung, um fundierte Entscheidungen über Verhütung, Safer Sex und einvernehmliche Beziehungen treffen zu können.¹⁸⁸ Denn junge Menschen weltweit sind oft schon im Teenageralter sexuell aktiv. In Tansania und Uganda hatten fast 15 Prozent der 15-jährigen Mädchen und knapp über zehn Prozent der Jungen dieses Alters bereits das erste Mal Geschlechtsverkehr.^{189, 190} Frühe Mutterschaft ist in den vier Fokusländern über die letzten Jahrzehnte zurückgegangen, bleibt jedoch weiterhin hoch – in Äthiopien, Tansania und Uganda wird fast jede vierte junge Frau vor ihrem 18. Geburtstag Mutter. In Kenia sind die Zahlen bereits weiter gesunken – auf 15 Prozent der Teenagerinnen, die jünger als 18 sind, wenn sie ihr erstes Kind zur Welt bringen.^{191, 192}

Wissenschaftliche Studien belegen immer wieder, dass CSE für sowohl Jungen als auch Mädchen wichtig ist, um Tabus rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit zu reduzieren, und nicht – wie von manchen befürchtet – dazu führt, dass Jugendliche früher sexuell aktiv werden oder mehr Sex haben.^{193, 194} Gute CSE-Programme fördern darüber hinaus positive Geschlechternormen für alle Geschlechter und haben das Potenzial, geschlechtsspezifische Gewalt zu verhindern und zu reduzieren.^{195, 196} Damit alle Jugendlichen ihr Recht auf körperliche Selbstbestimmung wahrnehmen können, braucht es verpflichtende, altersgerechte und inklusive Sexualaufklärung – verankert in den nationalen Lehrplänen und flankiert durch digitale Angebote.

„Umfassende Sexualaufklärung ist eine Investition in die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und jungen Menschen.“

Gemeinsamer Bericht von UNESCO, UNICEF, UNAIDS, UNFPA, WHO und UN Women¹⁹⁷



3.3. SRGR ermöglichen Frauen wirtschaftliche und gesellschaftliche Teilhabe

Gute oder mangelhafte sexuelle und reproduktive Gesundheit prägt nicht nur die Bildungschancen von Mädchen, sondern auch ihre gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe. Für Mädchen und junge Frauen stellen Früh- und Zwangsverheiratung, Teenagerschwangerschaft, frühe Mutterschaft und geschlechtsspezifische Gewalt an sich bereits große Barrieren dar. Diese Ausgrenzung kann sich auf verschiedene Weise noch verschärfen, beispielsweise durch andere Formen der Marginalisierung. So können von extremer Armut Betroffene, junge Geflüchtete, LSBTIQ*-Personen, junge Menschen mit Behinderung und/oder wohnungslose Kinder besonders starke Ausgrenzung und Diskriminierung erleben.

Frühe Mutterschaft, sowie Früh- und Zwangsverheiratung beenden oft den Bildungsweg von Mädchen: ohne Abschluss sind Chancen auf ein existenzsicherndes Einkommen gering. Für viele junge Frauen aus armutsbetroffenen Haushalten ist es dann fast unmöglich, aus der Armutsspirale herauszukommen. Wenn junge Frauen wiederum einen Sekundarschul- oder gar Hochschulabschluss machen können, haben sie sehr viel bessere Chancen, ihren Lebensstandard und ihr Einkommen im Erwachsenenalter zu verbessern. In Afrika verdienen Frauen mit einer Sekundarschulbildung doppelt so viel wie Frauen ohne Bildung, und diejenigen mit einer Hochschulbildung fast fünfmal so viel.¹⁹⁸ Haben Frauen mehr Bildung und ein höheres Einkommen, können sie ihre SRGR besser verwirklichen: Sie können selbstbestimmte Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen, sind meist aufgeklärter über HIV und AIDS und können sich unter anderem Periodenprodukte, gewünschte Verhütungsmittel oder – dort, wo Schwangerschaftsabbrüche kriminalisiert sind – eine sichere (illegale) Abtreibung leisten.^{199, 200}

Dabei verstärken starre Geschlechternormen und die Folgen vermeidbarer SRGR-Probleme diese Ungleichheiten zusätzlich. Investitionen in SRGR sind somit auch Investitionen in wirtschaftliche Entwicklung und Geschlechtergerechtigkeit. Nur wer Zugang zu Bildung, Einkommen und selbstbestimmter Gesundheitsversorgung hat, kann gesellschaftlich und wirtschaftlich gleichberechtigt teilhaben.

Soziale Normen und soziale Ausgrenzung

In vielen Gesellschaften weltweit, so auch in vielen Ländern Afrikas, wird von Mädchen und jungen Frauen erwartet, dass sie heiraten und Kinder kriegen. Vor allem in Familien, die stark von Armut betroffen sind, werden viele Mädchen vor ihrem 18. Geburtstag zwangsverheiratet – oft mit einem älteren Mann.²⁰¹ Unter diesen Umständen haben Mädchen in der Regel keine Selbstbestimmung über Verhütung oder Schwangerschaft, weshalb die meisten Geburten unter Teenagerinnen innerhalb einer frühen und/oder erzwungenen Verheiratung stattfinden.²⁰² Hinzu kommt, dass Teenager*innen, denen Zukunftsperspektiven in Bezug auf Bildung, Ausbildung oder Arbeit fehlen, sich teilweise bewusst dafür entscheiden, jung Mutter zu werden oder zu heiraten – weil ihnen frühe Mutterschaft und/oder Ehe als die vermeintlich beste von sehr begrenzten Optionen erscheint.²⁰³

Gleichzeitig ist Sex unter unverheirateten Jugendlichen in den allermeisten afrikanischen Gesellschaften noch stark stigmatisiert. Interviews mit jungen Afrikaner*innen zu diesem Thema zeigen, dass sie die restriktiven sozialen Normen in Bezug auf Sexualität von Jugendlichen als negativ empfinden. So berichten junge Menschen in Uganda, dass eine Zwangsehe eine übliche „Bestrafung“ für Sex außerhalb der Ehe unter Teenager*innen sein kann. Jugendliche Frauen können außerdem sozial ausgegrenzt werden, wenn ihre Familie oder Gemeinschaft vermutet oder herausfindet, dass sie sexuell aktiv sind – beispielsweise, weil sie in einer Klinik gesehen wurden, wo reproduktive Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden.²⁰⁴ In Dar es Salaam, Tansania, berichten junge unverheiratete Mütter, die stark von Armut betroffen sind, dass sie und ihre Kinder in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen gedemütigt und diskriminiert werden. Dies seien keine Einzelfälle, sondern weitverbreitete Erfahrungen für Frauen in ihrer Situation, weil sie gegen soziale Normen zu Sex im Jugendalter verstoßen haben.²⁰⁵

Diese restriktiven Normen begünstigen nicht nur Zwangsverheiratungen und Stigmatisierung, sondern tragen auch zur Verbreitung von GBV bei. Global erlebt eine von drei Frauen im Laufe ihres Lebens GBV – meist in Form von Gewalt in Partnerschaften oder sexueller Gewalt. Auch in Afrika gilt dieses Verhältnis. Die Folgen dieser Menschenrechtsverletzungen für die körperliche und psychische Gesundheit sind unzählige: Verletzungen, ungewollte Schwangerschaften, STIs, Depressionen und Angstzustände bis hin zum Tod – sowohl durch Mord als auch Suizid.²⁰⁶ In Subsahara-Afrika hat etwa jedes vierte Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren, das sich jemals in einer Partnerschaft befunden hat, in den letzten zwölf Monaten körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen aktuellen oder früheren Partner erfahren.²⁰⁷ Insgesamt betrifft GBV Frauen aus allen sozioökonomischen Schichten.

Weitreichende Folgen von Verletzungen durch Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaft und Geburt bringen in jedem Fall für jede Schwangere ein gewisses Maß an gesundheitlichen Risiken mit sich. Doch mit einer umfassenden Schwangerenvorsorge und professioneller Geburtshilfe ist es in den meisten Fällen möglich, eine Schwangerschaft und Geburt ohne langfristige körperliche Schäden zu überstehen.

Gerade für Teenager*innen sind professionelle Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe überlebenswichtig, da ihre Körper meist physisch noch nicht bereit sind, ein Kind zur Welt zu bringen.²⁰⁸ Schon im Vergleich zu Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren sind Schwangerschaft und Geburt für Mädchen im Teenageralter mit erhöhten Gesundheitsrisiken verbunden.²⁰⁹ Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sind für 15- bis 19-jährige Mädchen weltweit die zweithäufigste Todesursache.²¹⁰ Wenn sie nicht im Tod enden, zählen derartige Komplikationen zu den häufigsten Gründen für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen des Lebens (disability-adjusted life years, DALYs) für 15- bis 19-Jährige – nach Tuberkulose, Depressionen und Angststörungen.²¹¹ In Afrika liegt dies unter anderem daran, dass junge Schwangere – und vor allem diejenigen, die von Armut betroffen sind und/oder in ländlichen Regionen leben – aufgrund von verschiedenen sozioökonomischen Barrieren im Schnitt weniger Zugang zu Schwangerenvorsorge und professioneller Geburtshilfe haben als Erwachsene.^{212, 213, 214}

In Kenia erklärte uns eine Mitarbeiterin der Organisation Youth for a Sustainable World, dass viele junge Schwangere gar nicht wissen, dass sie in eine Gesundheitseinrichtung gehen können, um dort ihr Kind zur Welt zu bringen. Das führe dann zu zahlreichen vermeidbaren Komplikationen, teilweise sogar mit tödlichen Folgen: *„Wir haben junge Mütter, die bei dem Versuch, ein Kind zu gebären, sterben. [Andere haben] Komplikationen wie Fisteln und ähnliches, weil ihr Körper nicht stark oder reif genug war, um ein Kind zu gebären.“* Manche jungen Mütter seien aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, rechtzeitig medizinische Hilfe zu bekommen und entwickeln infolge einer Geburtskomplikation eine Behinderung.

Die Gefahr schwerer Verletzungen wie Geburtsfisteln ist bei Teenager*innen sehr viel höher als bei älteren Frauen.²¹⁵ Geburtsfisteln sind eine vermeidbare schwerwiegende Geburtsverletzung, bei der ein Loch zwischen Vagina und Darm und/oder Vagina und Blase entsteht.²¹⁶ Die Verletzung führt oft zu lebenslangen körperlichen Beschwerden (z. B. Inkontinenz), Depression und sozialer Ausgrenzung.^{217, 218} Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund, UNFPA) schätzt, dass weltweit eine halbe Million Mädchen und

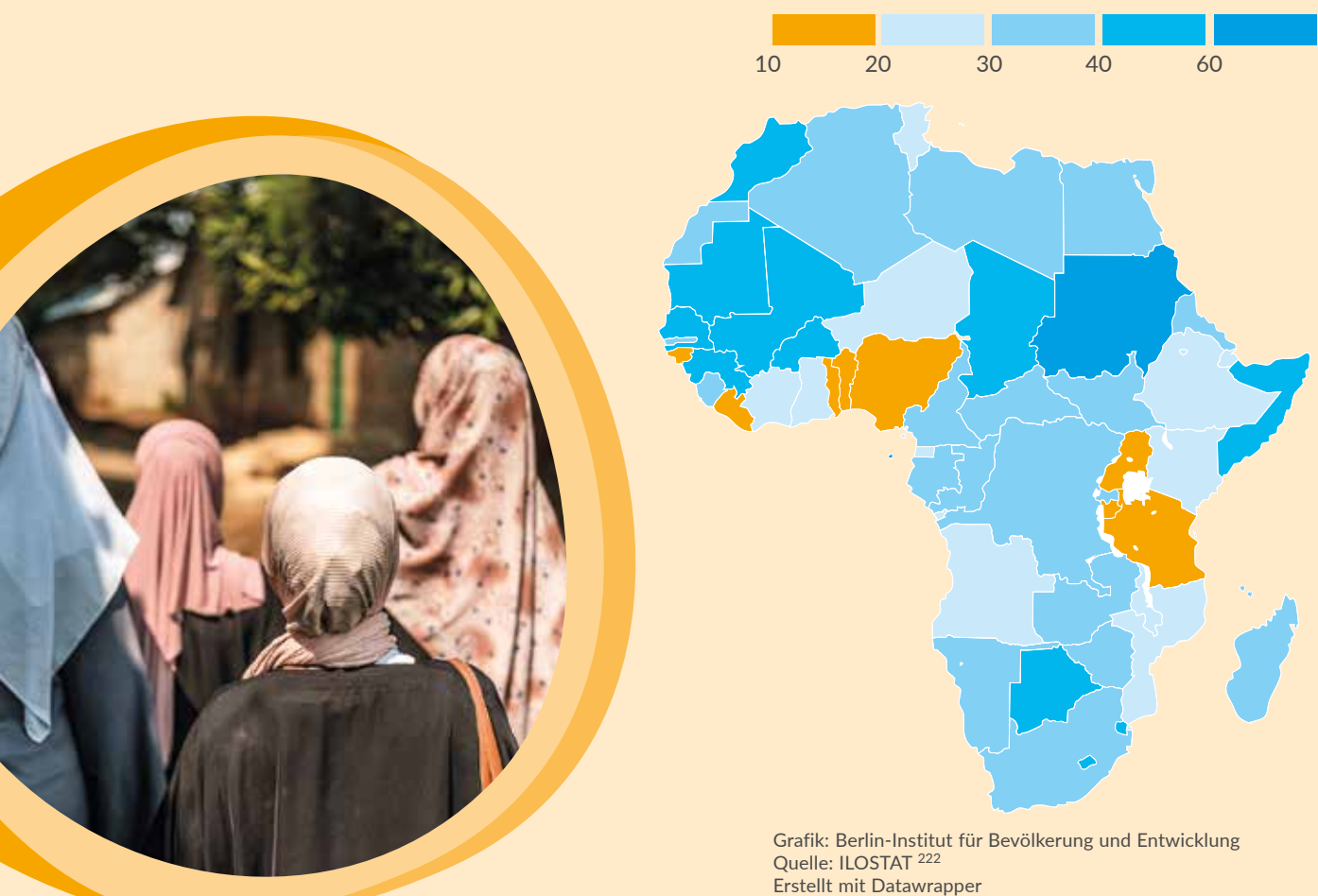


Frauen von Geburtsfisteln betroffen ist und davon die Hälfte in Afrika südlich der Sahara lebt.²¹⁹ Junge Schwangere haben auch für andere Komplikationen ein erhöhtes Risiko, wie zum Beispiel an Eklampsie zu erkranken – eine lebensbedrohliche Krankheit, die mit Krampfanfällen einhergeht und ausschließlich im Rahmen einer Schwangerschaft vorkommt. Mit guter Schwangerenvorsorge ist es jedoch möglich, das Vorstadium der Krankheit, Präeklampsie, zu diagnostizieren und die Krankheit zu überwachen.²²⁰

Diese zwei Beispiele zeigen auf, wie sich die Gesundheitsgefahren einer frühen Schwangerschaft und Geburt auf das gesamte Leben einer Frau, aber auch das ihrer Kinder und Familie auswirken können. Forschende schätzen, dass Frauen in Subsahara-Afrika im Durchschnitt ein Drittel ihrer reproduktiven Jahre (15–49) mit reproduktiven Krankheitsbeschwerden leben – das sind knapp 14 Jahre ihres Lebens, die sich zum Großteil mit dem Erwerbsalter (15–64) decken.²²¹ Das zeigt, wie stark sich unbehandelte sexuelle und reproduktive Gesundheitsprobleme direkt auf die sozialen und wirtschaftlichen Teilhabechancen von Frauen auswirken: die Möglichkeit, einen Haushalt zu führen und ihre Kinder zu versorgen, aber auch am öffentlichen Leben teilzuhaben oder einer Erwerbsarbeit ihrer Wahl nachzugehen.

VIELE JUNGE FRAUEN SIND VOM BILDUNGSWESEN UND ARBEITSMARKT AUSGESCHLOSSEN

Anteil von 15- bis 24-jährigen Frauen, die sich nicht in Schulung, Aus- und Weiterbildung oder Beschäftigung befinden (Not in Education, Employment or Training, NEET), in Prozent, 2024



Mädchen und Frauen in Afrika sind mit vielfältigen Formen der Ausgrenzung und Diskriminierung in Bildung und Beschäftigung konfrontiert: Von sozialen Normen, die sie zwingen, die Schule abzubrechen, über verschiedene Barrieren auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen bis hin zu geschlechtsspezifischen Lohnlücken (Gender Pay Gap).²²³ Dies spiegelt sich unter anderem in den hohen NEET-Zahlen für junge Frauen wider. Zwar gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern, aber es gibt nur ein einziges Land auf dem Kontinent, wo weniger als 15 Prozent der jungen Frauen sich nicht in Schulung, Aus- und Weiterbildung oder Beschäftigung befinden. In Burundi liegt der Anteil bei 11,2 Prozent.

Prekäre Beschäftigung und begrenzte Optionen

Mangelnde SRGR und schädliche soziale Normen tragen dazu bei, dass viele Mädchen im Teenageralter die Schule abbrechen müssen und später wenige Chancen haben, eine sichere, menschenwürdige Arbeit zu finden. Für viele Menschen in Afrika – Frauen und Männer – ist prekäre Arbeit im informellen Sektor die Norm. Das bedeutet: eine schlecht bezahlte Beschäftigung ohne Absicherung, beispielsweise als Straßenverkäufer*in oder Haushaltshilfe. Frauen sind im Arbeitsmarkt zusätzlich benachteiligt, da sie oft aufgrund von unbezahlter Sorgearbeit für Kinder und Familie weniger flexibel sind.²²⁴ Durchschnittlich sind in Afrika fast neun von zehn (87 Prozent) der berufstätigen Frauen prekär beschäftigt.²²⁵ Eine von vier Frauen in Subsahara-Afrika arbeitet im familieneigenen, häufig landwirtschaftlichen Betrieb und verfügt so über kein eigenes Einkommen.²²⁶

Der Indikator NEET (Not in Education, Employment or Training) zeigt, wie viele 15- bis 24-Jährige sich nicht in Schulung, Aus- und Weiterbildung oder Beschäftigung befinden. In Afrika liegt der NEET-Anteil bei jungen Frauen mit 30 Prozent deutlich höher als bei jungen Männern, bei denen es 17 Prozent sind.²²⁷ Dieser regionale Durchschnitt versteckt allerdings große Unterschiede zwischen den Ländern. So sind in Tansania und Uganda „nur“ um die 17 Prozent junger Frauen NEET, in Äthiopien und Kenia um die 25 Prozent, in Marokko, Mauretanien, Tschad und Somalia um die 50 Prozent und im Sudan über 60 Prozent.²²⁸ Diese Zahlen verdeutlichen die Hürden für junge Frauen beim Zugang zu Bildung und Arbeit. Wenn formelle Jobs fehlen, bleibt oft nur der informelle Sektor – meist schlecht bezahlt und ohne Absicherung.²²⁹

Jugendliche berichteten uns, wie schwierig es ist, ohne Bargeld über die Runden zu kommen. Manche suchen sich daher eine informelle Beschäftigung. Mit einer solchen Arbeit verdienen junge Menschen manchmal höchstens einen US-Dollar am Tag, doch nicht alle von ihnen erhalten einen monetären Lohn – manche arbeiten lediglich für einen Teller Essen.

Vor allem für Mädchen und junge Frauen, die nie zur Schule gegangen sind oder nur die Grundschule abgeschlossen haben, sind die Optionen, ein Einkommen zu erwirtschaften, äußerst begrenzt. Manche sehen sich gezwungen, aus Mangel an Alternativen Sex zu verkaufen, um das Nötigste zu sichern. „Die Entscheidungsfreiheit wird unterdrückt, wenn man nicht wirtschaftlich stabil [und selbstbestimmt] ist,“ sagte uns ein Jugendaktivist in Uganda. Diese fehlende Selbstbestimmung hat auch zur Folge, dass junge Frauen, die Sex verkaufen, den Risiken ausgesetzt werden, sich mit HIV oder einer anderen STI zu infizieren, GBV zu erleben oder ungewollt schwanger zu werden. So verstärkt sich der Teufelskreis: Wer ums tägliche Überleben kämpft, kann weder in Bildung investieren noch sich Verhütungsmittel oder Gesundheitsversorgung leisten.



„ Sexuelle und reproduktive Gesundheit kann nicht ohne die Einbeziehung von GBV und der Komponente des wirtschaftlichen Empowerments behandelt werden. Sie gehören alle zusammen.“

Mitarbeiterin, DSW Tansania

4

Handlungsempfehlungen



Die Herausforderungen für afrikanische Länder sind enorm und erfordern vielseitige und sektorübergreifende Ansätze und Investitionen, um nachhaltige Entwicklung sowie soziale und Geschlechtergerechtigkeit zu sichern. Die Gewährleistung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte für alle Afrikaner*innen ist eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung dieser Ziele. Jugendliche auf dem Kontinent fordern ihre Rechte diesbezüglich zunehmend ein: Sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, aber auch mehr soziale, politische und wirtschaftliche Beteiligung sowie Perspektiven für die Zukunft. Aus diesem Grund muss die Förderung der SRGR junger Menschen zusammen mit Armutsbekämpfung weiter in der Entwicklungszusammenarbeit priorisiert werden. Aus den Ergebnissen dieser Studie ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen an die deutsche Entwicklungszusammenarbeit, um den Bedürfnissen junger Menschen in Afrika einerseits und den Volkswirtschaften andererseits gerecht zu werden:

... zur Entwicklungsfinanzierung

- Die Bundesregierung sollte **den Etat des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) um mindestens zwei Milliarden Euro aufstocken.** Außerdem fordert die DSW die Bundesregierung und den Bundestag auf, die bi- und multilateralen Mittel für SRGR zu erhöhen: 50 Millionen Euro für UNFPA, 2,5 Millionen Euro für die UNFPA Supplies Partnership und 20 Millionen Euro für die International Planned Parenthood Federation (IPPF); 50 Millionen Euro für die Global Financing Facility (GFF); und mindestens 100 Millionen Euro jährlich für bilaterale SRGR-Maßnahmen. Darüber hinaus sollten auch multilaterale Organisationen, die an der Schnittstelle von globaler Gesundheit, HIV/AIDS und SRGR arbeiten, stärker unterstützt werden. Dazu zählt insbesondere der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (Globaler Fonds), für dessen Wiederauffüllung (Förderzyklus 2027–2029) mindestens 1,4 Milliarden Euro (Deutschlands Fair Share liegt sogar bei 1,8 Milliarden Euro) bereitgestellt werden sollten. Ebenso sollten das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS) mit 15 Millionen Euro und die Impfallianz Gavi mit jährlich 150 Millionen Euro unterstützt werden.
- Die Bundesregierung und das BMZ sollten in der bilateralen Zusammenarbeit gemeinsam **mit den Partnerländern auf eine stabile Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme hinwirken.** Damit afrikanische Regierungen der Schuldenfalle entkommen und in ihre öffentlichen Gesundheits-, Bildungs- und sozialen Sicherungssysteme investieren können, ist die Unterstützung von europäischen Regierungen notwendig.
- Die Bundesregierung sollte **im Zusammenhang mit Investitionen in SRGR sektorübergreifend in die Armutsbekämpfung investieren.** Maßnahmen der Armutsbekämpfung sollten vor allem zum Ziel haben, Jugendlichen in von Armut betroffenen Haushalten einen gesunden und fairen Start ins Leben zu ermöglichen. Um dies zu ermöglichen sind Investitionen in Ernährungssicherheit, Bildungssysteme, Beschäftigungsförderung sowie in Klimaanpassung und -resilienz dringend erforderlich.



... auf strategischer Ebene

- Das BMZ sollte in der bilateralen Zusammenarbeit **auf die Schnittstellen von SRGR, Mädchenbildung, Ausbildung und Beschäftigungsförderung für junge Frauen hinweisen**. Der Abbau von SRGR-bezogenen Barrieren, die es Mädchen erschweren, in der Schule zu bleiben und eine Ausbildung abzuschließen, muss dringend beschleunigt werden, um Geschlechtergerechtigkeit und Armutsbekämpfung voranzutreiben. Zu diesen Barrieren zählen unbeabsichtigte Schwangerschaft, frühe Mutterschaft, fehlender Zugang zu adäquaten Menstruationsprodukten und notwendigen Hygieneeinrichtungen in der Schule. Universelle Sekundarschulbildung könnte Frühverheiratungen beenden und hätte enorme positive Auswirkungen auf die Bildung, Gesundheit, SRGR und Zukunftschancen von allen Jugendlichen – aber vor allem von Mädchen und Frauen.
- Institutionen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sollten **Partnerländer darin unterstützen, ihre sozialen Sicherungssysteme auszubauen und inklusiv zu gestalten**. Soziale Sicherungssysteme unterstützen die Umverteilung von Ressourcen und reduzieren Ungleichheit. **Sie sollten anpassungsfähig an veränderte Lebensumstände sein und neben Armut und Krankheit auch Umweltschäden und Klimarisiken adressieren**. Damit alle Menschen erreicht werden, müssen soziale Sicherungssysteme gendersensibel sein und intersektionale Formen von Diskriminierung berücksichtigen.
- In multilateralen Organisationen sollte die Bundesregierung darauf hinwirken, dass **Armutsbekämpfung, SRGR und soziale Sicherung** in den Strategien und Gesundheitskonzepten stärker integriert, systematisch miteinander verknüpft und als Querschnittsthemen verankert wird. Dazu zählt auch eine allgemeine Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC), die dazu beitragen kann für alle Menschen, das Recht auf den höchsten erreichbaren Stand an körperlicher und geistiger Gesundheit zu erreichen – ohne finanzielle Not zu erleiden.
- **Die Bundesregierung sollte sich in multilateralen Foren für eine stärkere Integration von SRGR und HIV/AIDS einsetzen**. Um den Rechten und Bedürfnissen von Jugendlichen und besonders vulnerablen Gruppen gerecht zu werden, müssen HIV-Prävention, -Testung, -Behandlung und -Versorgung systematisch mit SRGR-Maßnahmen verknüpft werden. Programme sollten gezielt geschlechtersensibel gestaltet und an den Lebensrealitäten von jungen Menschen – insbesondere Mädchen, jungen Frauen und LSBTIQ*-Jugendlichen – ausgerichtet sein. Hierbei kommen den multilateralen Organisationen wie UNAIDS, der Globale Fonds und der Impfallianz Gavi eine besondere Bedeutung zu.
- Das BMZ sollte in Projekten und Finanzierungsentscheidungen **die Inklusion und Beteiligung von marginalisierten jungen Menschen auf allen Ebenen stärker fördern**. Dazu gehört auch die Förderung von Jugendorganisationen, die von jungen Menschen aus marginalisierten Gruppen geleitet werden, die beispielsweise mit einer Behinderung oder mit HIV leben, die von Armut betroffen sind, oder von LSBTIQ*-Jugendlichen – und die sich für die SRGR in ihrer Gemeinschaft einsetzen.

Glossar

binär/nicht-binär – Weltweit dominiert ein binäres Geschlechtersystem, das zwischen zwei Geschlechtern – Mann und Frau – unterscheidet. In diesem System werden Männern und Frauen bestimmte Eigenschaften und Rollen zugeschrieben. Dabei sind auch biologische Grenzen zwischen Männern und Frauen willkürlich bestimmt. Nicht-binär ist ein Überbegriff für alle Menschen, die nicht nur bzw. weder männlich noch weiblich sind. Viele nicht-binäre Menschen verstehen sich als trans*, manche aber auch nicht. Im vorherrschenden Geschlechtersystem, werden nicht-binäre Menschen als andersartig und von der vermeintlichen Norm abweichend angesehen.

Früh- und Zwangsverheiratungen – Eine Frühverheiratung ist solche, wenn mindestens eine*r der Verheiratenden jünger als 18 Jahre alt ist, oft auch als Kinderehe bezeichnet. Oft betrifft das Mädchen, sobald sie ihre Menstruation bekommen und als heiratsfähig gelten. Eine Zwangsheirat bedeutet, dass eine*r oder beide Partner*innen – altersunabhängig – ohne freie Zustimmung heiraten.

Geburtenrate – Die Anzahl der Lebendgeburten pro 1.000 Einwohnende pro Jahr.

Geschlechtsspezifische Gewalt (GBV) – Geschlechtsspezifische Gewalt ist eine Menschenrechtsverletzung. Sie umfasst jede Form von Gewalt und Missbrauch, das heißt körperliche, sexualisierte, psychische und wirtschaftliche Gewalt, die einer Person aufgrund ihres Geschlechts oder ihrer wahrgenommenen Geschlechterrollen und -erwartungen zugefügt wird. Frauen, Mädchen und Personen, die nicht den traditionellen Geschlechternormen entsprechen, sind unverhältnismäßig stark von GBV betroffen.

Gleichberechtigung der Geschlechter/

Geschlechtergerechtigkeit – Gleichberechtigung bedeutet, dass jeder Mensch die gleichen Rechte, Pflichten und Chancen hat. Gleichberechtigung zielt vor allem auf juristische Gleichbehandlung ab (vor dem Gesetz gleich sein). In der Praxis jedoch bedeutet rechtliche Gleichbehandlung nicht immer auch faktische Gleichbehandlung. Vor diesem Hintergrund ist Gleichstellung ein politischer Prozess, beziehungsweise Maßnahmen, um eine faktische Gleichbehandlung zu erreichen. Dies bedeutet, dass alle Personen ihre Rechte tatsächlich wahrnehmen und gleichberechtigt politisch, wirtschaftlich und sozial teilhaben können, ohne diskriminiert zu werden. Diese Geschlechtergerechtigkeit ist eine zentrale Voraussetzung für nachhaltige Entwicklung.

HIV und AIDS – HIV steht für „Humanes Immundefizienz-Virus“, also menschliches Abwehrschwäche-Virus. Das Virus schädigt das Immunsystem und kann ohne die richtige Behandlung langfristig zu AIDS („Acquired Immune Deficiency Syndrome“) führen, eine lebensbedrohliche Erkrankung. HIV-Medikamente unterdrücken das Virus und verhindern den Ausbruch von Aids, sodass Betroffene heute lange und gut leben können.

Intersektionalität – Beschreibt, wie verschiedene Diskriminierungsformen aufgrund von beispielsweise Herkunft, Alter, Geschlechtsidentität, sexueller Orientierung, Behinderungen, sozioökonomischem Status, ethnischer oder religiöser Zugehörigkeit oder Zuschreibung, und/oder Hautfarbe sich überschneiden und gegenseitig verstärken können, wodurch neue Diskriminierungsformen entstehen.

Jugendliche – Im Einklang mit der Definition der Vereinten Nationen bezeichnet diese Studie Mädchen und Jungen von 0 bis 18 Jahren als Kinder und 15- bis 24-Jährige als Jugendliche.

LSBTIQ* – Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queere Menschen. Das Sternchen steht als Öffnung und Platzhalter für weitere, nicht benannte Identitäten.

Marginalisierung – Bezeichnet die geografische, wirtschaftliche, soziale und/oder kulturelle Verdrängung einer Person oder Bevölkerungsgruppe an den Rand der Gesellschaft. Marginalisierte Personen und Gruppen werden als weniger wichtig oder minderwertig behandelt. Dies geschieht aufgrund von Merkmalen wie beispielsweise sexueller Orientierung, Hautfarbe, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, sozialer Schicht, Bildungsniveau, ökonomischem Status und/oder Behinderung. Marginalisierte Personen erleben den Verlust von Ressourcen, Einflussmöglichkeiten und Status sowie negative Gesundheitsauswirkungen.

Moderne Verhütungsmittel – Zu modernen Verhütungsmitteln zählen unter anderem die Pille, Verhütungstäbchen, Verhütungsspritzen, Spiralen, Kondome (für Mann oder Frau), die Pille danach, Diaphragma, Sterilisation und die Laktationsamenorrhö-Methode.

Patriarchat – Ist ein gesellschaftliches System, in dem Männer herrschen und die Werte, Normen und Verhaltensweisen bestimmen. Es umfasst die Kontrolle über Ressourcen, Traditionen, Gesetze, Arbeitsteilung und die Rolle der Frau dabei. Selbst in vermeintlich gleichberechtigten Gesellschaften können patriarchale Strukturen vorhanden sein.

Reproduktive Jahre – Die Jahre, in denen Frauen in der Lage sind, Kinder zu bekommen, in der Regel zwischen 15 und 49 Jahren.

Safer Sex – Methoden, die vor Übertragung von STIs (sexuell übertragbaren Infektionen), insbesondere von HIV, schützen. Safer Sex beinhaltet u.a. die Verwendung von Lecktüchern, Kondomen und Femidomen, HIV-Therapie, um die Virusvermehrung zu stoppen und eine Ansteckung zu verhindern, sowie Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP). Bei der PrEP nehmen Risikopersonen vorbeugend Medikamente ein, um sich vor HIV zu schützen. Da immer ein Restrisiko bleibt, sich beim Sex mit STIs anzustecken, wird von Safer Sex und nicht von Safe Sex gesprochen.

Sexarbeiter*in – Eine volljährige Person, die in der Sexindustrie arbeitet und sexuelle Dienstleistungen gegen Geld oder Waren anbietet. Sexarbeit ist Arbeit und die Einkommensquelle von Millionen Menschen weltweit. Bei Personen unter 18 Jahren sprechen wir von Jugendlichen, die Sex verkaufen.

Trans* / transgender/ Transgeschlechtlichkeit – Trans* ist ein Sammelbegriff für verschiedene geschlechtliche Identitäten, der in queer-feministischen Kreisen verwendet wird. Er vereint eine Vielfalt von Identitäten und Lebensweisen, einschließlich solcher, die sich nicht geschlechtlich festlegen möchten.

Transgeschlechtlichkeit hingegen bezieht sich auf den Zustand, wenn das Geschlecht, mit dem eine Person sich identifiziert, nicht mit dem Geschlecht übereinstimmt, das bei der Geburt zugewiesen wurde.

Methodische Anmerkungen

Allgemeine Konzeption

Die vorliegende Studie setzt sich zusammen aus einer online Literatur- und Datenrecherche sowie einer digitalen, qualitativen Datenerhebung über leitfadengestützte Interviews in vier Fokusländern (Kenia, Tansania, Uganda und Äthiopien). Untermauert von konkreten Beispielen aus den vier ostafrikanischen Fokusländern wird beleuchtet, wie die Zusammenhänge zwischen Armut und der SRGR junger Menschen aussehen und wie der Zugang zu SRGR-Dienstleistungen die sozioökonomischen Chancen von Jugendlichen beeinflusst. Zunächst haben wir eine Analyse bestehender Literatur und Datenquellen zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit von jungen Menschen in Afrika durchgeführt. Hierbei haben wir verschiedene Datenerhebungen genutzt, darunter die des Demographic and Health Surveys (DHS) Programms, Datenbanken der Vereinten Nationen sowie Datensammlungen von internationalen Forschungsinstitutionen wie dem US-amerikanischen Guttmacher Institute. Im Anschluss wurden zehn leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen der DSW sowie offizieller Partnerorganisationen der DSW in den vier Fokusländern geführt. Die Interviews fanden digital statt.

Auswahl der Fokusländer und Interviewpartner*innen

Um den Kontakt zu Expert*innen vor Ort zu gewährleisten, folgte die Auswahl der Fokusländer den Programmschwerpunkten der DSW, die nur in Afrika arbeitet. Expert*innen sind unserer Definition nach junge Menschen, die sich im Bereich SRGR engagieren, Aktivist*innen und Mitarbeitende in (internationalen) NGOs. Den Kontakt zu den Expert*innen hat die DSW hergestellt. Alle Interviewpartner*innen bleiben im Text anonym, um ihre Identität zu schützen. Wir haben nur mit volljährigen Personen ab 18 Jahren gesprochen.

Durchführung der Interviews und Auswertung der Ergebnisse

Insgesamt haben wir zehn Interviews mit 12 Gesprächspartner*innen geführt, die jeweils zwischen 30 und 80 Minuten gedauert haben. Alle Interviews wurden zu zweit im Team durchgeführt, mit je ein bis zwei Gesprächspartner*innen. Wir haben einen Interviewleitfaden mit mehreren Kernfragen genutzt, die wir jeweils nach Kontext, Gesprächsverlauf und verfügbarer Zeit angepasst haben. Alle Teilnehmenden gaben ihre informierte Zustimmung zum Interview. Die Teilnehmenden haben keinerlei Vergütung für die aufgewandte Zeit oder sonstige Anreize erhalten, um an den Gesprächen teilzunehmen. Wir haben alle Gespräche – vorausgesetzt einer Zustimmung – aufgenommen. Außerdem haben wir bei jedem Gespräch detaillierte Notizen verfasst. Wir haben alle Informationen aus den Interviews anonymisiert. Auf Grundlage der ausführlichen Notizen sowie der Aufnahmen haben wir die Ergebnisse der Literaturrecherche ergänzt und validiert.

Quellen

- 1 CDU, CSU, SPD, *Verantwortung für Deutschland: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 21. Legislaturperiode* (Berlin, 2025), 133.
- 2 United Nations, „THE 17 GOALS“, 2025, <https://sdgs.un.org/goals>.
- 3 Ann Starrs u.a., „To Achieve Development Goals, Advance Sexual and Reproductive Health and Rights“, *The Lancet* 403, Nr. 10429 (2024): 787–89, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02360-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02360-7).
- 4 Ann M Starrs u. a., „Accelerate Progress – Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission“, *The Lancet* 391, Nr. 10140 (2018): 2642–92, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9).
- 5 Guttmacher-Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health and Rights, *Fortschritt beschleunigen: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle – Kurzfassung* (Guttmacher Institute, 2018).
- 6 Ebd.
- 7 World Bank, *Poverty, Prosperity, and Planet Report 2024: Pathways Out of the Polycrisis* (World Bank, 2024), 1–2.
- 8 UNAIDS, *Global HIV Statistics – Fact Sheet 2024* (2025).
- 9 UNICEF DATA, „Early Childbearing“, November 2024, <https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/>.
- 10 World Bank, *Poverty, Prosperity, and Planet Report 2024: Pathways Out of the Polycrisis*, 64–65.
- 11 Welthungerhilfe (WHH) u.a., *2024 Global Hunger Index: How Gender Justice Can Advance Climate Resilience and Zero Hunger* (Berlin, Bonn, Dublin, Bochum, 2024).
- 12 Emily R. Smith u.a., „Clinical Risk Factors of Adverse Outcomes among Women with COVID-19 in the Pregnancy and Postpartum Period: A Sequential, Prospective Meta-Analysis“, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 228, Nr. 2 (2023): 161–77, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.08.038>.
- 13 International Planned Parenthood Federation, *The climate crisis and sexual and reproductive health and rights*, Position Paper (London, 2021).
- 14 Ueli Staeger und Hubert Kinkoh, *African Union Summit 2025 Outlook: Rising Geopolitical Stakes in the Face of Multiplying Conflicts* (MEIS, 2025), <https://meiswitzerland.ch/en/themes-loc/african-union-summit-2025-outlook-rising-geopolitical-stakes-in-the-face-of-multiplying-conflicts>.
- 15 Countdown 2030 Europe, *The European Funding Gap: How Slashed Cooperation Budgets Can Jeopardise Global Sexual and Reproductive Health and Rights* (2025).
- 16 Elizabeth A. Sully u.a., *Family Planning Impact of the Trump Foreign Assistance Freeze* (Guttmacher Institute, 2025).
- 17 Jen Kates u.a., *The Trump Administration's Foreign Aid Freeze and Global Health: The Biggest Gaps Left on the Donor Landscape* (KFF, 2025).
- 18 Gilda Sedgh u.a., „Sexual and Reproductive Health and Rights and Global Development“, *Studies in Family Planning*, 56 (2025): 232–242, <https://doi.org/10.1111/sifp.70016>.
- 19 UN DESA, Population Division, „World Population Prospects: The 2024 Revision“, 2024, population.un.org/dataportal/.
- 20 UNFPA, *Fertilität im Fadenkreuz: Das Ringen um reproduktive Selbstbestimmung in einer sich wandelnden Welt*, Weltbevölkerungsbericht 2025: Deutsche Kurzfassung (DSW, 2025)
- 21 ICF, „Unmet need for family planning“, The DHS Program STATcompiler, 2025, <https://www.statcompiler.com/en/#>.
- 22 UN DESA, Population Division, „World Population Prospects: The 2024 Revision“.
- 23 Ebd.
- 24 Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, *Bevölkerungsdynamik und Ernährungssicherung*, BI-Factsheets (Berlin, 2024).
- 25 Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, *Bevölkerungsdynamik und Beschäftigungsförderung*, BI-Factsheets (Berlin, 2024).
- 26 Olumide Abimbola u. a., *Racism and Climate (In)Justice: How Racism and Colonialism Shape the Climate Crisis and Climate Action* (Heinrich Böll Stiftung, 2021).
- 27 Anjela Taneja u.a., *Takers, Not Makers: The Unjust Poverty and Unearned Wealth of Colonialism* (Oxfam International, 2025).
- 28 BMZ, *Feministische Entwicklungspolitik: Für gerechte und starke Gesellschaften weltweit* (Berlin, Bonn, 2023), 10–11.
- 29 UN Trade and Development (UNCTAD), *A World of Debt 2024: A Growing Burden to Global Prosperity* (2024).
- 30 UN DESA, Population Division, „World Population Prospects: The 2024 Revision“.
- 31 Ebd.
- 32 UNICEF, „Are we on track to end child marriage by 2030? Global trends & SDG progress. Child Marriage Data Portal“, 2024, <https://childmarriedata.org/global-trends/>.
- 33 UNICEF, *Is an End to Child Marriage Within Reach? Latest trends and future prospects. 2023 update* (New York, 2023).
- 34 Guttmacher Institute, *Adding It Up: Investing in Contraceptive Services in the African Union* (2021).
- 35 Elizabeth Sully u.a., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019 Appendix Tables* (Guttmacher Institute, 2020).
- 36 World Health Organization (WHO), *World Report on Social Determinants of Health Equity* (Geneva, 2025), 37.
- 37 UN Women, *Harnessing Social Protection for Gender Equality, Resilience and Transformation*, World Survey on the Role of Women in Development (UN Women, 2024), 21.
- 38 World Health Organization (WHO), *World Report on Social Determinants of Health Equity*, 34.
- 39 World Bank, *Poverty, Prosperity, and Planet Report 2024: Pathways Out of the Polycrisis*, 62.
- 40 Daylan Salmeron Gomez u.a., *Global Trends in Child Monetary Poverty According to International Poverty Lines* (World Bank, Washington, DC, 2023), <https://doi.org/10.1596/1813-9450-10525>.
- 41 United Nations Development Programme (UNDP) und Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), *Global Multidimensional Poverty Index 2024: Poverty Among Conflict* (UNDP, OPHI, 2024), 8.
- 42 Owen O'Donnell, „Health and Health System Effects on Poverty: A Narrative Review of Global Evidence“, *Health Policy* 142 (April 2024): 105018, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105018>.
- 43 Colette Rose u.a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen* (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2024), 33–35.
- 44 UNFPA, *Fertilität im Fadenkreuz: Das Ringen um reproduktive Selbstbestimmung in einer sich wandelnden Welt*, 10.
- 45 Jennifer Kates Kates u.a., *U.S. Foreign Aid Freeze & Dissolution of USAID: Timeline of Events* (KFF, 2025).
- 46 Marco Rubio, „Making Foreign Aid Great Again“, U.S. Department of State, 1. Juli 2025, <https://statedept.substack.com/p/making-foreign-aid-great-again>.
- 47 Kates u.a., *The Trump Administration's Foreign Aid Freeze and Global Health: The Biggest Gaps Left on the Donor Landscape*.
- 48 Daniella Medeiros Cavalcanti u.a., „Evaluating the Impact of Two Decades of USAID Interventions and Projecting the Effects of Defunding on Mortality up to 2030: A Retrospective Impact Evaluation and Forecasting Analysis“, *The Lancet* 406, Nr. 10500 (2025): 290 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01186-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01186-9).
- 49 Kates u.a., *The Trump Administration's Foreign Aid Freeze and Global Health: The Biggest Gaps Left on the Donor Landscape*.
- 50 Adam Wexler u.a., *Donor Government Funding for Family Planning in 2023* (KFF, 2024).

- 51 KFF, *The Trump Administration's Foreign Aid Review: Status of U.S. Family Planning and Reproductive Health Efforts*, Fact Sheet (2025).
- 52 KFF, „U.S. Global Health Country-Level Funding Tracker“, KFF Global Health Policy, 21. Mai 2025, <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/u-s-global-health-country-level-funding-tracker/>.
- 53 Nelson K. Sewankambo u.a., „Africa's Renaissance amid Declining Overseas Health Aid“, *The Lancet* 406, Nr. 10498 (2025), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00729-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00729-9).
- 54 Kates u.a., *The Trump Administration's Foreign Aid Freeze and Global Health: The Biggest Gaps Left on the Donor Landscape*.
- 55 UNAIDS, *Impact of US Funding Cuts on HIV Programmes in East and Southern Africa 15 March – 1 April 2025* (2025).
- 56 DSW, *Donors Delivering for SRHR Report 2025* (DSW, 2025), 98–99, <https://donorsdelivering.report/>.
- 57 Elizabeth A. Sully u.a., *Just the Numbers: The Impact of US International Family Planning Assistance, 2024* (Guttmacher Institute, 2025).
- 58 IPPF, *Impacts of the Trump Administration's Actions for IPPF: A Federation wide survey – April 2025* (2025).
- 59 World Health Organization (WHO), „The impact of suspensions and reductions in health official development assistance on health systems“, 10. April 2025.
- 60 UNAIDS, *Impact of US Funding Cuts on HIV Programmes in East and Southern Africa 15 March – 1 April 2025*.
- 61 UNAIDS, *AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025* (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2025), 8–9.
- 62 UNAIDS, *A snapshot on HIV commodity availability and management risks*, Fact Sheet (2025).
- 63 KFF, *The Trump Administration's Foreign Aid Review: Status of PEPFAR*, Fact Sheet (2025).
- 64 Sara Jerving, „Senate Blocks \$400M Cut to PEPFAR, but It's a Shell of Its Former Self“, *Devex*, 16. Juli 2025, <https://www.devex.com/news/sponsored/senate-blocks-400m-cut-to-pepfar-but-it-s-a-shell-of-its-former-self-110521>.
- 65 KFF, *The Trump Administration's Foreign Aid Review: Status of PEPFAR*.
- 66 UNAIDS, *Impact of US Funding Cuts on HIV Programmes in East and Southern Africa 15 March – 1 April 2025*.
- 67 Global Black Gay Men Connect (GBGMC), *FROZEN OUT: Impact Of The PEPFAR Funding Freeze On Programs For Key Populations* (2025).
- 68 Ebd., 7.
- 69 Jennifer Kates u.a., „Overview of President Trump's Executive Actions on Global Health“, KFF, 9. Juli 2025, <https://www.kff.org/global-health-policy/overview-of-president-trumps-executive-actions-on-global-health/>.
- 70 UNAIDS, *AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025*, 22–23.
- 71 John Stover u.a., „The Effects of Reductions in United States Foreign Assistance on Global Health“, *Preprint with The Lancet*, advance online publication, 30. März 2025, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5199076.
- 72 Lucie Cluver u.a., „Protecting Africa's Children from Extreme Risk: A Runway of Sustainability for PEPFAR Programmes“, *The Lancet* 405, Nr. 10490 (2025): 10, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00401-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00401-5).
- 73 Stover u.a., „The Effects of Reductions in United States Foreign Assistance on Global Health“, 11.
- 74 Jessie Jane Khaki u.a., „When health data go dark: the importance of the DHS Program and imagining its future“, *BMC Medicine* 23, Nr. 1 (2025): 241, <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04062-6>.
- 75 Cluver u.a., „Protecting Africa's Children from Extreme Risk“, 10.
- 76 Stover u.a., „The Effects of Reductions in United States Foreign Assistance on Global Health“, 11–12.
- 77 Countdown 2030 Europe, *The European Funding Gap: How Slashed Cooperation Budgets Can Jeopardise Global Sexual and Reproductive Health and Rights*.
- 78 DSW, *Donors Delivering for SRHR Report 2025*, 56.
- 79 CDU, CSU, SPD, *Verantwortung für Deutschland: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 21. Legislaturperiode*, 133.
- 80 Tanja Siebenbrodt, „Bundshaushaltsentwurf 2025“, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, 25. Juni 2025, <https://www.dsw.org/bundshaushaltsentwurf-2025-2/>.
- 81 Countdown 2030 Europe, *The European Funding Gap: How Slashed Cooperation Budgets Can Jeopardise Global Sexual and Reproductive Health and Rights*, 7.
- 82 BMZ, „Öffentliche Entwicklungsleistungen (ODA) der Bundesrepublik Deutschland“, 2025, <https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen-fakten/oda-zahlen>.
- 83 Sewankambo u.a., „Africa's Renaissance amid Declining Overseas Health Aid“.
- 84 Marjorie Namara Rugunda, „As Aid Ends, Empire Endures“, *Africa Is a Country*, 29. April 2025, <https://africasacountry.com/2025/04/as-aid-ends-empire-endures>.
- 85 Peter Fabricius, „Is the Loss of Aid an Opportunity for Africa?“, *ISS Africa*, 4. April 2025, <https://issafrica.org/iss-today/is-the-loss-of-aid-an-opportunity-for-africa>.
- 86 Susheela Singh u.a., „Protecting Global Sexual and Reproductive Health and Rights in the Face of Retrograde US Policies and Positions“, *The Lancet* 405, Nr. 10490 (2025): 1650–53, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00618-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00618-X).
- 87 Cluver u.a., „Protecting Africa's Children from Extreme Risk“.
- 88 KFF, „U.S. Global Health Country-Level Funding Tracker“.
- 89 ActionAid International, *The Human Cost of Public Cuts in Africa* (Johannesburg, 2025).
- 90 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *World AIDS Day report 2024: take the rights path* (Geneva, 2024), 97.
- 91 Ebd.
- 92 UNAIDS, *AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025*, 3.
- 93 Robert Maces und Rorisang Lekalake, *Decade of Destitution? Severe Lived Poverty Is Surging in Many African Countries*, Afrobarometer Dispatch No. 943 (Afrobarometer, 2025), 1–2.
- 94 International Labour Organization. Employment, Labour Markets and Youth Branch, *Global Employment Trends for Youth 2024: Decent Work, Brighter Futures*, [1st ed.] (ILO, 2024), 17–24, <https://doi.org/10.54394/ZUUI5430>.
- 95 International Organization for Migration, *Africa Migration Report: Challenging the Narrative* (IOM, 2022), 41–44.
- 96 Nicola Banks, „Youth Poverty, Employment and Livelihoods: Social and Economic Implications of Living with Insecurity in Arusha, Tanzania“, *Environment & Urbanization* 28, Nr. 2 (2016): 437–54, <https://doi.org/10.1177/0956247816651201>.
- 97 World Bank, *Poverty, Prosperity, and Planet Report 2024: Pathways Out of the Polycrisis*, 74–76.
- 98 Rose u.a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, 34.
- 99 Sarah Neal u.a., „Trends in adolescent first births in sub-Saharan Africa: a tale of increasing inequity?“, *International Journal for Equity in Health* 19, Nr. 1 (2020): 151, <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01251-y>.
- 100 Dessalegn Y. Melesse u.a., „Inequalities in Early Marriage, Childbearing and Sexual Debut among Adolescents in Sub-Saharan Africa“, *Reproductive Health* 18, Nr. S1 (2021): 117, <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01125-8>.

- 101 Rose u.a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, 20, 32–34.
- 102 Jörg Dittmann und Jan Goebel, „Armutskonzepte“, in *Handbuch Armut: Ursachen, Trends, Maßnahmen*, hg. von Petra Böhnke u.a., UTB Sozialwissenschaften 4957 (Verlag Barbara Budrich, 2018), 22 f., <https://doi.org/10.36198/9783838549576>.
- 103 The DHS Program, „Research Topics: Wealth Index“, zugegriffen 16. Juni 2025, <https://dhsprogram.com/topics/wealthindex/>.
- 104 Mattes und Lekalake, AD943.
- 105 Dittmann und Goebel, „Armutskonzepte“, 27.
- 106 Ebd., 28.
- 107 Thomas Altgeld u.a., „Verwirklichungschancen/Capabilities“, in *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, hg. von BZgA, Leitbegriffe (2024), <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i126-2.0>.
- 108 Martha Nussbaum, „Human Rights and Human Capabilities“, *Harvard Human Rights Journal* 20 (2007).
- 109 United Nations Development Programme (UNDP) und Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), *Global Multidimensional Poverty Index 2024: Poverty Among Conflict*, 2–4.
- 110 Ebd., 10.
- 111 Francesco Burchi und Daniele Malerba, *The Gendered Nature of Poverty: Data, Evidence and Policy Recommendations*, Policy Brief 24/2023 (IDOS, 2023), 1.
- 112 Ebd.
- 113 UN Women, *Harnessing Social Protection for Gender Equality, Resilience and Transformation*, 22.
- 114 Caitlin S. Brown u.a., *Are Poor Individuals Mainly Found in Poor Households? Evidence Using Nutrition Data for Africa*, NBER Working Paper No. 24047 (National Bureau of Economic Research (NBER), 2017), 26.
- 115 UN Women, *Harnessing Social Protection for Gender Equality, Resilience and Transformation*, 24–27.
- 116 Tanja Gordon u.a., „Socio-Economic Inequalities in the Multiple Dimensions of Access to Healthcare: The Case of South Africa“, *BMC Public Health* 20, Nr. 1 (2020): 6, <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8368-7>.
- 117 Stefania Ilinca u.a., „Socio-Economic Inequality and Inequity in Use of Health Care Services in Kenya: Evidence from the Fourth Kenya Household Health Expenditure and Utilization Survey“, *International Journal for Equity in Health* 18, Nr. 1 (2019): 4, 10, <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1106-z>.
- 118 Ebd., 10.
- 119 Rose u.a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, 32–33.
- 120 Ebd., 24–28.
- 121 Ebd., 26–30.
- 122 Ebd., 24–28.
- 123 Renata Tallarico u.a., „Age of Consent: A Case for Harmonizing Laws and Policies to Advance, Promote and Protect Adolescents' Sexual and Reproductive Health Rights“, *African Journal of Reproductive Health* 25, Nr. 2 (2021): 94–102, <https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i2.9>.
- 124 Rose u.a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, 42–43.
- 125 Linet Okoth u.a., „Policy and Practices Shaping the Delivery of Health Services to Pregnant Adolescents in Informal Urban Settlements in Kenya“, *Health Policy and Planning* 38, Nr. Supplement_2 (2023): 30, <https://doi.org/10.1093/heapol/czad070>.
- 126 Angela Oketch, „Clash over Age of Consent for Giving Adolescents Contraceptives“, *Daily Nation*, 1. Juli 2024, <https://nation.africa/kenya/health/clash-over-age-of-consent-for-giving-adolescents-contraceptives-4674876>.
- 127 Justine N. Bukenya u.a., *Young People's Access to Sexual and Reproductive Health Services in Uganda: Understanding Barriers and Facilitators* (Guttmacher Institute, 2025), <https://doi.org/10.1363/2025.300621>.
- 128 European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF), *Contraception Policy Atlas Africa 2023: Tracking countries on government policies regarding access to contraception*.
- 129 Gaby I. Ooms u.a., „Access to sexual and reproductive health commodities in East and Southern Africa: a crosscountry comparison of availability, affordability and stock-outs in Kenya, Tanzania, Uganda and Zambia“, *BMC Public Health* 20, Nr. 1 (2020): 1053, <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09155-w>.
- 130 UNAIDS, *AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025*, 19.
- 131 Ebd.
- 132 UNICEF DATA, „Adolescent HIV Prevention“, 2024, <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/adolescents-young-people/>.
- 133 Ebd.
- 134 UNAIDS, *AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025*, 17.
- 135 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *The urgency of now: AIDS at a crossroads, 2024 Global AIDS Update* (Geneva, 2024), 58–59.
- 136 UNAIDS, *A snapshot on HIV commodity availability and management risks*, 8.
- 137 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *The urgency of now: AIDS at a crossroads*, 75.
- 138 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS u.a., *Equity in the HIV Response: Assessing Progress and Charting a Way Forward* (Geneva and Washington D.C., 2024), 23.
- 139 Ebd., 29.
- 140 UNAIDS, *A snapshot on HIV commodity availability and management risks*.
- 141 Global Network of Young People Living with HIV (Y+ Global), *Devastating Impact of the US Government Stop-Work Order on Youth, HIV and Sexual and Reproductive Health Services*, Fact Sheet (2025).
- 142 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS u.a., *Equity in the HIV Response: Assessing Progress and Charting a Way Forward*, 29.
- 143 IDMC, *2025 Global Report on Internal Displacement* (Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC), 2025), 27, <https://doi.org/10.55363/idmc.xtgw2833>.
- 144 Ebd., 27, 41.
- 145 IOM, *North-East Nigeria: Mobility Tracking Round 48: IDP and Returnee ATLAS (November 2024)* (2024), 5.
- 146 Rose u.a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, 36.
- 147 International Center for Research on Women, *The Sexual and Reproductive Health Needs and Challenges of Adolescent Girls and Young Women in Humanitarian Settings in Nigeria and Uganda: A Quantitative Report* (International Center for Research on Women, 2022).
- 148 Heather M. Marlow u.a., „The Sexual and Reproductive Health Context of an Internally Displaced Persons' Camp in Northeastern Nigeria: Narratives of Girls and Young Women“, *Frontiers in Reproductive Health* 3 (2021): 779059, <https://doi.org/10.3389/frph.2021.779059>.

- 149 International Center for Research on Women, *The Sexual and Reproductive Health Needs and Challenges of Adolescent Girls and Young Women in Humanitarian Settings in Nigeria and Uganda: A Quantitative Report*.
- 150 Marlow u.a., „The Sexual and Reproductive Health Context of an Internally Displaced Persons' Camp in Northeastern Nigeria“.
- 151 Elizabeth A. Sully u.a., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019* (Guttmacher Institute, 2020).
- 152 Starrs u.a., „Accelerate Progress – Sexual and Reproductive Health and Rights for All“.
- 153 Akinrinola Bankole u.a., *From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress* (Guttmacher Institute, 2020), 28, <https://doi.org/10.1363/2020.32446>.
- 154 Naomi Lince-Deroche u.a., „The Health System Costs of Post Abortion Care in Tanzania“, *BMC Health Services Research* 21, Nr. 1 (2021): 6, <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06688-7>.
- 155 Guttmacher Institute, *Adding It Up: Investing in Contraceptive Services in the African Union*.
- 156 Sully u.a., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019 Appendix Tables*.
- 157 Guttmacher Institute, *Sexual and Reproductive Health Investment Needs in the African Union*, Fact Sheet, (Guttmacher Institute, 2021).
- 158 UNESCO, *Investing in girls' and women's education: a smart investment to accelerate development*, Fact Sheet (UNESCO, 2024), <https://doi.org/10.54676/WTPE4528>.
- 159 UNESCO, *Spotlight Report on Basic Education Completion and Foundational Learning in Africa: Learning Counts* (UNESCO, 2024), 23, <https://doi.org/10.54676/TBRB1563>.
- 160 Ebd., 26.
- 161 Ebd., 24.
- 162 UNESCO, *Global Education Monitoring Report: Gender report – Women lead for learning* (Paris, 2025), 15–16, <https://doi.org/10.54676/DEOD4878>.
- 163 UNESCO Institute for Statistics and Global Education Monitoring Report, „World Inequality Database on Education (WIDE)“, 2025, <https://www.education-inequalities.org/>.
- 164 Ebd.
- 165 Neal u.a., „Trends in adolescent first births in sub-Saharan Africa“.
- 166 World Health Organization, *WHO guideline on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in low- and middle-income countries* (WHO, 2025), 1.
- 167 ICF, „Teenagers who are mothers“, The DHS Program STATcompiler, 2025.
- 168 Ugandan Bureau of Statistics, *Uganda Demographic and Health Survey* (Government of Uganda, 2023), <https://www.ubos.org/wp-content/uploads/publications/UDHS-2022-Report.pdf>.
- 169 Alice McCool, „Tanzania to lift ban on teenage mothers returning to school“, *The Guardian*, 26. November 2021, <https://www.theguardian.com/global-development/2021/nov/26/tanzania-to-lift-ban-on-teenage-mothers-returning-to-school>
- 170 Center for Reproductive Rights, *African Committee Recommends Tanzania Reform Policies That Barred Pregnant Girls from School*, 20. September 2022, <https://reproductiverights.org/acerwc-ruling-tanzania-pregnant-schoolgirls/>.
- 171 Msichana Initiative, *Implications of Re-Entry Policy in Tanzania*, 14. März 2023, <https://msichana.or.tz/implication-of-re-entry-policy-in-tanzania/>.
- 172 Bakari Ngaza und Prosperity M. Mwila, „Secondary School Re-Entry Programme of Teenage Mothers: Views of Stakeholders in Zanzibar, Tanzania“, *Journal of Educational and Management Studies*, 2022, 65–78, <https://doi.org/10.54203/jems.2022.9>; Msichana Initiative, *Implications of Re-Entry Policy in Tanzania*.
- 173 World Bank, „The Social and Educational Consequences of Adolescent Childbearing – World Bank Gender Data Portal“, 2022, <https://genderdata.worldbank.org/en/data-stories/adolescent-fertility>.
- 174 Government of Tanzania und UNICEF, *Menstrual Health and Hygiene among School Girls in Tanzania* (UNICEF, 2021), 109, <https://www.unicef.org/tanzania/reports/mhh-school-girls-tanzania>.
- 175 UNICEF und WHO, *Progress on drinking water, sanitation and hygiene in schools 2015–2023: special focus on menstrual health* (New York, 2024).
- 176 UNICEF, *Guidance on Menstrual Health and Hygiene* (New York, 2019), 56.
- 177 Andrew Method u.a., „Challenges Faced by Adolescent Girls on Menstrual Hygiene Management: School-Based Study, Siha, Kilimanjaro, Tanzania“, *PLOS Global Public Health* 4, Nr. 6 (2024): 9, 12, 14, <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002842>.
- 178 Lucy C Wilson u.a., „Seeking Synergies: Understanding the Evidence That Links Menstrual Health and Sexual and Reproductive Health and Rights“, *Sexual and Reproductive Health Matters* 29, Nr. 1 (2021): 44–56, <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1882791>.
- 179 Method u.a., „Challenges Faced by Adolescent Girls on Menstrual Hygiene Management“.
- 180 UNICEF und WHO, *Progress on drinking water, sanitation and hygiene in schools 2015–2023: special focus on menstrual health*, 63–65.
- 181 Method u.a., „Challenges Faced by Adolescent Girls on Menstrual Hygiene Management“.
- 182 Government of Tanzania und UNICEF, *Menstrual Health and Hygiene among School Girls in Tanzania*, 3–4.
- 183 Global Education Monitoring Report Team, *Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education*, Policy Paper no. 39 (UNESCO, 2019), <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231>.
- 184 Rose u.a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, 20–23.
- 185 Y+ Global, *Informed and Empowered: Why young people want access to Comprehensive Sexuality Education in Tanzania and Cameroon* (2024).
- 186 International Telecommunication Union (ITU), *Measuring Digital Development: Facts and Figures 2024* (ITU, 2024).
- 187 Rose u.a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, 23.
- 188 Global Education Monitoring Report Team, *Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education*.
- 189 ICF, „First sexual intercourse by exact age“, The DHS Program STATcompiler, 2025, <https://www.statcompiler.com/en/>.
- 190 Ugandan Bureau of Statistics, *Uganda Demographic and Health Survey*, 66.
- 191 ICF, „Unmet need for family planning“.
- 192 Ugandan Bureau of Statistics, *Uganda Demographic and Health Survey*, 82.
- 193 UNESCO, *Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education* (UNESCO, 2018), 18.
- 194 Global Education Monitoring Report Team, *Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education*, 3.
- 195 Ebd.

- 196 Eva S. Goldfarb und Lisa D. Lieberman, „Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education“, *Journal of Adolescent Health* 68, Nr. 1 (2021): 22, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>.
- 197 UNESCO u. a., *The journey towards comprehensive sexuality education: global status report* (UNESCO, 2021), 50, <https://doi.org/10.54675/NFEK1277>.
- 198 Quentin Wodon u. a., *Educating Girls and Ending Child Marriage in Africa: Investment Case and the Role of Teachers and School Leaders*, IICBA Study 2024-2 (UNESCO International Institute for Capacity Building in Africa, 2024), 5.
- 199 Ebd., 11–12.
- 200 Bankole u. a., *From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa*, 34.
- 201 UNICEF, *Towards Ending Child Marriage: Global trends and profiles of progress* (UNICEF, 2021), 20.
- 202 Ebd., 19.
- 203 Stephanie R. Psaki u. a., „What Are the Drivers of Child Marriage? A Conceptual Framework to Guide Policies and Programs“, *Journal of Adolescent Health* 69, Nr. 6 (2021): S13–22, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.09.001>.
- 204 Bukenya u. a., *Young People's Access to Sexual and Reproductive Health Services in Uganda*.
- 205 Rose u. a., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, 40.
- 206 WHO, „Violence against Women“, World Health Organization, 25. März 2024, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- 207 UNICEF, „Intimate Partner Violence“, 2025, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/intimate-partner-violence/>.
- 208 UNICEF DATA, „Early Childbearing“.
- 209 WHO, „Adolescent Pregnancy“, 2024, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.
- 210 UNICEF DATA, „Early Childbearing“.
- 211 Ebd.
- 212 Tadesse Tolossa u. a., „Association between Quality of Antenatal Care Service Utilisation and Adverse Birth Outcomes among Adolescent Women in 22 Sub-Saharan African Countries. A Mixed-Effects Multilevel Analysis“, *Sexual & Reproductive Healthcare* 42 (Dezember 2024): 101036, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101036>.
- 213 Tadesse Tolossa u. a., „Adolescent Maternal Health Services Utilization and Associated Barriers in Sub-Saharan Africa: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis before and during the Sustainable Development Goals“, *Heliyon* 10, Nr. 15 (2024), <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35629>.
- 214 Eugene Budu u. a., „Early age at first childbirth and skilled birth attendance during delivery among young women in sub-Saharan Africa“, *BMC Pregnancy and Childbirth* 21, Nr. 1 (2021): 834, <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04280-9>.
- 215 UNFPA, „Obstetric Fistula“, 2025, <https://www.unfpa.org/obstetric-fistula>.
- 216 Saifuddin Ahmed und Özge Tunçalp, „Burden of Obstetric Fistula: From Measurement to Action“, *The Lancet Global Health* 3, Nr. 5 (2015): e243–44, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70105-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70105-1).
- 217 Ebd.
- 218 UNFPA, „Obstetric Fistula“.
- 219 Sennen Hounton, „Unseen and Unheard: A Call to End the Agony of Women Living with Obstetric Fistula in Poor Countries“, *UNFPA West and Central Africa*, 23. Mai 2024, <https://wcaro.unfpa.org/en/news/unseen-and-unheard-call-end-agony-women-living-obstetric-fistula-poor-countries>.
- 220 Laura van der Krogt u. a., „Eclampsia among Adolescent Mothers in Low- and Middle-Income Countries“, *PLOS Global Public Health* 5, Nr. 3 (2025): e0003890, <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003890>.
- 221 Audrey Kalindi u. a., „Comparative Evidence of Years Lived with Reproductive-Age Morbidity in Sub-Saharan Africa (2010–2019)“, *Demographic Research* 49 (Juli 2023): 109–42, <https://doi.org/10.4054/DemRes.2023.49.6>.
- 222 International Labour Organization (ILO), „Share of youth not in employment, education or training (NEET) by sex -- ILO modelled estimates, Aug. 2024 (%) -- Annual“.
- 223 Mehjabeen Alarakhia u. a., *Why Women Earn Less: Gender Pay Gap and Labour Market Inequalities in East and Southern Africa* (UN Women, 2023).
- 224 ILO, Department of Statistics, *The Jobs Gap: Measuring Labour Underutilisation beyond Unemployment*, ILO Brief, Spotlight on Work Statistics N°13 (Geneva, 2024), <https://doi.org/10.54394/JWPM3037>.
- 225 ILO, „Proportion of informal employment in total employment by sex and sector“, ILOSTAT Data Explorer, 2025, <https://ilostat.ilo.org/data/>.
- 226 Carolina Alban Conto und Alessia Forti, *Education and skills for women's integration into the labour market: a comparative analysis of eight sub-Saharan African countries* (UNESCO, 2022), <https://doi.org/10.54675/BEQO1617>.
- 227 ILO, „Share of youth not in education, employment or training (NEET)“, ILOSTAT Data Explorer, 2025, <https://ilostat.ilo.org/data/>.
- 228 ILO, „Share of youth not in employment, education or training (NEET) by sex -- ILO modelled estimates, Aug. 2024 (%) -- Annual“, ILOSTAT Data Explorer, 2025, <https://ilostat.ilo.org/data/>.
- 229 ILO, Employment, Labour Markets and Youth Branch, *Global Employment Trends for Youth 2024: Sub-Saharan Africa* (ILO, 2024), 23–24, <https://doi.org/10.54394/QJUV5544>.

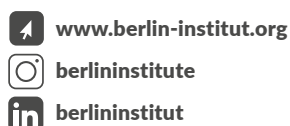
Danksagung

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung bedankt sich bei all den Personen, ohne deren Unterstützung, Zeit und wertvolle Einsichten und Kommentare diese Studie nicht möglich gewesen wäre. Insbesondere möchten wir uns bei den Jugendaktivist*innen in Kenia, Uganda, Tansania und Äthiopien bedanken, die mit uns für diese Studie gesprochen haben. Darüber hinaus bedanken wir uns bei den Mitarbeitenden und Gesprächspartner*innen der folgenden Organisationen: Youth for a Sustainable World, Action 4 Health Uganda, DSW Ethiopia und DSW Tanzania.



ÜBER DAS BERLIN-INSTITUT

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung ist ein unabhängiger Thinktank, der sich mit Fragen regionaler und globaler demografischer Veränderungen beschäftigt. Das Institut wurde 2000 als gemeinnützige Stiftung gegründet und hat die Aufgabe, das Bewusstsein für den demografischen Wandel zu schärfen, nachhaltige Entwicklung zu fördern, neue Ideen in die Politik einzubringen und Konzepte zur Lösung demografischer und entwicklungspolitischer Probleme zu erarbeiten. In seinen Studien, Diskussions- und Hintergrundpapieren bereitet das Berlin-Institut wissenschaftliche Informationen für den politischen Entscheidungsprozess auf.





ÜBER DIE DEUTSCHE STIFTUNG WELTBEVÖLKERUNG (DSW)

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

 www.dsw.org

 [dsw_de](https://www.instagram.com/dsw_de)

 [deutsche-stiftung-weltbevölkerung](https://www.linkedin.com/company/deutsche-stiftung-weltbevölkerung)

 [deutschestiftungweltbevölkerung](https://www.facebook.com/deutschestiftungweltbevölkerung)