

Afrikas Zukunft ist jung!

Welche Prioritäten junge Menschen für ihre
reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen



Afrikas Zukunft ist jung!

Welche Prioritäten junge Menschen für ihre
reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen

Impressum

Originalausgabe
August 2024

© Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Sämtliche, auch auszugsweise Verwertung bleibt vorbehalten.

Herausgegeben von

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Schillerstraße 59

10627 Berlin

Telefon: (030) 22 32 48 45

E-Mail: info@berlin-institut.org

www.berlin-institut.org

Das Berlin-Institut (@berlin_institut) finden Sie auch bei Facebook, Instagram und LinkedIn.

Autor:innen: Colette Rose, Kristin Neufeld, Constantin Wazinski,
Catherina Hinz
Projektassistentz: Nele Disselkamp, Walabe Dimiti, Hannah Weiss,
Hannah Krenzel
Lektorat: Christine Hieb
Layout und Design: Jörg Scholz
Coverillustration: Elena Sunagatova
Druck: Heenemann Druck

ISBN: 978-3-946332-73-2

Die vorliegende Studie wurde durch finanzielle Mittel des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) gefördert und durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Sektorvorhaben Bevölkerungsdynamik/sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, unterstützt. Die Verantwortung für den Inhalt der Studie liegt beim Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

Die in der Studie vertretenen Auffassungen entsprechen nicht not-

Die Autor:innen

Colette Rose, Master of Science in Political Sociology an der London School of Economics. Projektkoordinatorin Internationale Demografie am Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

Kristin Neufeld, Master of Arts in Internationale Studien / Friedens- und Konfliktforschung an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

Constantin Wazinski, Master of Arts in Urbane Geographien-Humangeographie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

Catherina Hinz, Magister in Germanistik, Geschichte und Südasienswissenschaften an den Universitäten Hamburg und Heidelberg. Geschäftsführende Direktorin des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung.

Gefördert durch



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung

INHALT

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE	4
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	6
1. AFRIKAS JUGEND, AFRIKAS ZUKUNFT	7
WAS BEDEUTET EIGENTLICH SRGR?.....	11
2. WIE STEHT ES UM DIE SRGR JUNGER MENSCHEN IN AFRIKA?.....	12
3. IM GESPRÄCH MIT JUNGEN MENSCHEN VOR ORT	18
3.1. WENN MÄDCHEN KINDER BEKOMMEN	20
3.1.1. GROSSE LÜCKEN IN DER SEXUALAUFKLÄRUNG	20
3.1.2. IST „JUGENDFREUNDLICHE“ GESUNDHEITSVERSORGUNG WIRKLICH SO JUGENDFREUNDLICH?.....	24
3.1.3. WENN MEDIZINISCHES PERSONAL VORURTEILE HAT	26
3.1.4. WER WIRD ZURÜCKGELASSEN?	29
3.1.5. ARMUT MITDENKEN: WIE PREKÄRE LEBENSBEDINGUNGEN SRGR BEEINFLUSSEN	32
3.2. UNTER DER LUPE: EIN BLICK AUF DIE FOKUSLÄNDER	36
3.2.1. NIGERIA: SRGR JUNGER BINNENGEFLÜCHTETER SIND STARK GEFÄHRDET	36
3.2.2. TANSANIA: JUNGE MÜTTER BENÖTIGEN UNTERSTÜTZUNG.....	39
3.2.3. SAMBIA: WIE GESETZE DEN GESUNDHEITZUGANG FÜR JUNGE MENSCHEN BEEINFLUSSEN.....	42
4. WAS TUN?.....	44
4.1. WISSEN, WAS WIRKT: BEST PRACTICES	44
4.2. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	48
METHODIK.....	50
DANKSAGUNG	52
GLOSSAR	54
QUELLEN.....	56

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

In Afrika wächst heute die größte Jugendgeneration der Welt heran: Knapp 60 Prozent der Bevölkerung sind unter 25 Jahre alt – rund 890 Millionen Kinder und Jugendliche. Laut UN-Schätzungen werden es im Jahr 2050 mehr als 1,2 Milliarden sein und noch bis zum Ende des Jahrhunderts wird die Zahl der jungen Menschen auf dem Kontinent weiter zunehmen.

Es liegt auf der Hand, dass diese Jugendgenerationen die Zukunft der Region maßgeblich prägen werden. Als Geschäftsführende, Politikmachende, Ärzt:innen, Landwirt:innen, aber auch Eltern von morgen entscheiden sie, wie sich die 54 Länder Afrikas in diesem Jahrhundert sowohl sozioökonomisch als auch demografisch entwickeln. Was muss heute getan werden, damit junge Menschen dieser Generation selbstbestimmte und aufgeklärte Entscheidungen für sich, ihre Familien und Gemeinschaften treffen können?

Ein Schlüsselfaktor für ein gesundes und selbstbestimmtes Leben junger Menschen ist die Erfüllung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR). SRGR sind wiederum eine unerlässliche Grundlage für nachhaltige und gerechte Entwicklung. Vor allem für Mädchen und junge Frauen sind SRGR eine Voraussetzung dafür, dass sie Schule und Ausbildung abschließen, frei von geschlechtsspezifischer Gewalt aufwachsen und ein selbstbestimmtes Leben führen können.

Die Herausforderungen, denen sich Regierungen in afrikanischen Ländern gegenübersehen, um SRGR für alle jungen Menschen auf dem Kontinent zu gewährleisten, sind enorm.

Als Weltregion hat Afrika in den letzten Jahrzehnten in diesem Bereich bereits große Fortschritte gemacht, aber es besteht weiterhin erheblicher Handlungsbedarf. Statistiken weisen darauf hin, dass beispielsweise geschlechtsspezifische und sexuelle Gewalt, Kinderehen, ungeplante Schwangerschaften und junge Mutterschaft unter jungen Afrikaner:innen noch weit verbreitet sind.

Doch wo werden Investitionen am dringendsten gebraucht? Wie können die SRGR von Jugendlichen am besten gestärkt werden? Projekte und Initiativen auf lokaler, nationaler und regionaler Ebene, um die SRGR von jungen Afrikaner:innen zu fördern, gibt es inzwischen wie Sand am Meer. Allzu oft werden Projekte für Jugendliche jedoch ohne Jugendliche konzipiert, geplant und umgesetzt. Dies gilt vor allem für besonders marginalisierte Jugendliche, wie junge Menschen mit Behinderung, LSBTIQ*-Personen oder Geflüchtete. Dies hat zur Folge, dass nicht alle Initiativen den Menschen helfen, die am dringendsten Unterstützung benötigen. Diese Studie leistet einen Beitrag, die Kluft zwischen Programmplanung und den Bedarfen der Zielgruppen zu schließen.

➔ Was denken junge Menschen vor Ort?

Wir haben mit Jugendaktivist:innen, Jugendorganisationen und anderen Expert:innen in drei Fokusländern – Nigeria, Sambia und Tansania – über die Prioritäten, Bedürfnisse und Wünsche von jungen Afrikaner:innen bezüglich ihrer SRGR gesprochen. Sie haben uns von verschiedenen Versorgungslücken und möglichen Lösungsansätzen berichtet.

➔ Mangelnde Sexuaufklärung

Umfassende Sexuaufklärung 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. Aufgrund von vorherrschenden kulturellen und religiösen Tabus rund um das Thema Sexualität erhalten junge Menschen in Nigeria, Tansania und Sambia in der Regel jedoch keine beziehungsweise nur unzureichende Sexuaufklärung. Weder in der Schule noch zuhause bekommen junge Menschen notwendige Informationen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit – ob es nun darum geht, wie sie sich vor einer HIV-Infektion oder einer ungewollten Schwangerschaft schützen können, oder um Mädchen auf ihre erste Regel vorzubereiten. Daher muss das Angebot an Sexuaufklärung dringend ausgebaut werden.

➔ Jugendfreundliche Gesundheitsversorgung weist Lücken auf

Damit junge Menschen Vorsorgeuntersuchungen und medizinische Behandlungen wahrnehmen und Verhütungsmittel verschrieben bekommen können, müssen Angebote und Einrichtungen jugendfreundlich gestaltet werden. Zwar gibt es in jedem der Fokusländer dieser Studie nationale Richtlinien für jugendfreundliche Gesundheitsversorgung, doch in der Praxis ist das entsprechende Angebot häufig nicht wirklich jugendfreundlich oder erst gar nicht vorhanden.

Um von Jugendlichen angenommen zu werden, müssen Gesundheitseinrichtungen eine Versorgung bereitstellen, die besonders auf die Bedürfnisse von jungen Menschen zugeschnitten ist, ihnen Vertraulichkeit und Privatsphäre bietet und in denen sie von ausgebildeten und sensibilisierten Mitarbeitenden betreut werden.

➔ **Provider Bias verhindert gute Gesundheitsversorgung**

In allen drei Fokusbereichen hat Gesundheitspersonal in der Regel vorurteilsbehaftete und bevormundende Einstellungen gegenüber jungen Patient:innen, vor allem wenn es um deren sexuelle und reproduktive Gesundheit geht. Auf Englisch als *Provider Bias* bezeichnet, ist diese Haltung ein wichtiger Grund, warum die Gesundheitsversorgung nicht jugendfreundlich ist. Wenn junge Menschen sich von medizinischem Personal für ihre Anliegen verurteilt und stigmatisiert fühlen, hat das zur Folge, dass sie bei der nächsten gesundheitlichen Beschwerde – ob bei einer sexuell übertragenen Infektion (STI) oder unregelmäßiger Regelblutung – womöglich nicht in die Klinik zurückkehren. Gezielte Schulungen für Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen sind ein wichtiger Ansatz, um sie für einen respektvollen Umgang mit Jugendlichen im Behandlungsraum zu sensibilisieren.

➔ **Marginalisierte Jugendliche werden zurückgelassen**

Verschiedene Gruppen, darunter junge Menschen mit Behinderung, junge LSBTIQ*-Personen und Jugendliche mit HIV werden auf unterschiedliche Weisen diskriminiert und ausgegrenzt. Queere oder HIV-positive Personen werden manchmal den ganzen Tag im Wartezimmer einer Gesundheitsklinik sitzen

gelassen, während Jugendliche mit Behinderung es möglicherweise nicht einmal in eine Klinik schaffen, da diese in den meisten Fällen nicht barrierefrei sind. Die Bedürfnisse und Inklusion von vulnerablen jungen Menschen müssen in der Planung neuer Projekte oder Einrichtungen von Anfang an mitgedacht werden – idealerweise in direkter Absprache mit Mitgliedern von marginalisierten Gruppen.

➔ **Keine Selbstbestimmung ohne Armutsbekämpfung**

Wer sich mit Lücken in der sexuellen oder reproduktiven Gesundheitsversorgung junger Menschen beschäftigt, muss das Thema Armut mitdenken. Jugendliche müssen sich SRGR leisten können: Sie dürfen sich nicht entscheiden müssen, ob sie ihren Stundenlohn für einen Sack Reis, einen STI-Test oder eine Packung Menstruationsbinden ausgeben. Sie müssen in der Lage sein, ihre Existenz zu sichern und ihr Leben unabhängig zu gestalten. Daher ist die Integration von SRGR-Angeboten und wirtschaftlichem Empowerment eine gute Praxis, die ausgebaut werden sollte.

Was zu tun ist

Um den Bedürfnissen und Forderungen junger Menschen in Afrika gerecht zu werden, sollten Institutionen in der Entwicklungszusammenarbeit und andere Fördermittelgebende:

- ... Partnerländer unterstützen, ihre Gesundheitseinrichtungen besser an die Bedürfnisse junger Menschen anzupassen;
- ... im Dialog mit den Partnerländern auf die Schnittstellen von SRGR, Mädchenbildung, Ausbildung und Beschäftigungsförderung für junge Frauen hinweisen;

- ... in Projekten und Finanzierungsentscheidungen die Inklusion und Beteiligung von marginalisierten jungen Menschen auf allen Ebenen stärker fördern;

- ... sich vor der Entwicklung ihrer Prioritäten in Gesprächen und Zusammenarbeit mit lokalen Jugendexpert:innen und Organisationen informieren, wo der größte Bedarf ist und welche Lösungsansätze aus lokaler Perspektive am vielversprechendsten sind;

- ... in der Förderung von lokalen Organisationen und Projekten nachhaltige finanzielle Förderung sicherstellen;

- ... Fördermittelanträge und Berichterstattung weniger komplex gestalten und lokalen afrikanischen Organisationen Unterstützung bei komplizierten Finanzierungsprozessen anbieten;

- ... in der Förderung von Partnerschaften zwischen internationalen und lokalen Nichtregierungsorganisationen (NRO) Machtverhältnisse berücksichtigen und proaktiv eine gerechte Machtverteilung unterstützen;

- ... helfen, die Datengrundlage zu verbessern, in gemeinschaftsbasierte Forschung (*community-led research*) investieren und Analysekapazitäten vor Ort stärken, um die Bedarfe insbesondere von marginalisierten Jugendlichen besser erfassen zu können;

- ... langfristig lokale Jugendorganisationen fördern, die Advocacy-Arbeit leisten.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome Erworbenes Immunschwächesyndrom	NRO	Nichtregierungsorganisation(en)
ART	Antiretrovirale Therapie	PrEP	Prä-Expositions-Prophylaxe
AU	Afrikanische Union	SRGR	Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	STI	Sexually Transmitted Infection Sexuell übertragbare Infektion
CSE	Comprehensive Sexuality Education Umfassende Sexualaufklärung	UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV
DHS	Demographic and Health Surveys	UN DESA	United Nations Department of Economic and Social Affairs Hauptabteilung der Vereinten Nationen für wirtschaftliche und soziale Angelegenheiten
FGM	Female Genital Mutilation Weibliche Genitalverstümmelung	UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Kommunikation
GBV	Gender-Based Violence Geschlechtsspezifische Gewalt	UNFPA	United Nations Population Fund Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH	UNICEF	United Nations Children's Fund Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus	WHO	World Health Organization Weltgesundheitsorganisation
IDP	Internally Displaced Person Binnenvertriebene/Binnengeflüchtete		
LSBTIQ*	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und andere queere Menschen		
MSM	Men who have sex with men Männer, die Sex mit Männern haben		

1 | AFRIKAS JUGEND, AFRIKAS ZUKUNFT

„Junge Menschen können kein glückliches und gesundes Leben genießen, wenn ihr Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit nicht verwirklicht wird.“

Cotonou Youth Action Agenda¹

Mit Freund:innen über Sex oder die erste Periode sprechen, erste romantische Beziehungen haben, die eigene Geschlechtsidentität zum Ausdruck bringen – all dies und noch viel mehr gehört für junge Menschen weltweit einfach zum Leben mit dazu. Denn die Neugier über körperliche Veränderungen in der Pubertät und eine intensivere Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und Identität sind normale Entwicklungen im Übergang von der Kindheit zum Erwachsensein, auch **Adoleszenz** (siehe Glossar) genannt.²

Doch um gesunde, selbstbestimmte und verantwortungsvolle Entscheidungen über ihren Körper, ihr Sexualeben und Familienplanung treffen zu können, benötigen junge Menschen eine umfassende Aufklärung und den Zugang zu jugendfreundlichen Gesundheitsdiensten. Wenn **Jugendliche** (siehe Glossar) mit verlässlichen Informationen und einem unterstützenden Umfeld ausgestattet sind, können sie ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) wahren. Vor allem für Mädchen und junge Frauen sind SRGR erst die Voraussetzung dafür, dass sie Schule und Ausbildung abschließen, frei von **geschlechtsspezifischer Gewalt** (siehe Glossar) aufwachsen und ein selbstbestimmtes Leben führen können.

In keiner Region und keinem Land der Welt sind universelle SRGR bisher Realität. In den letzten Jahren hat sich immer mehr die Erkenntnis durchgesetzt, dass sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung die Basis für nachhaltige Entwicklung, Geschlechtergerechtigkeit und auch den demografischen Wandel sind. Daher ist SRGR heute auch ein Schwerpunktthema in der (deutschen) Entwicklungspolitik.

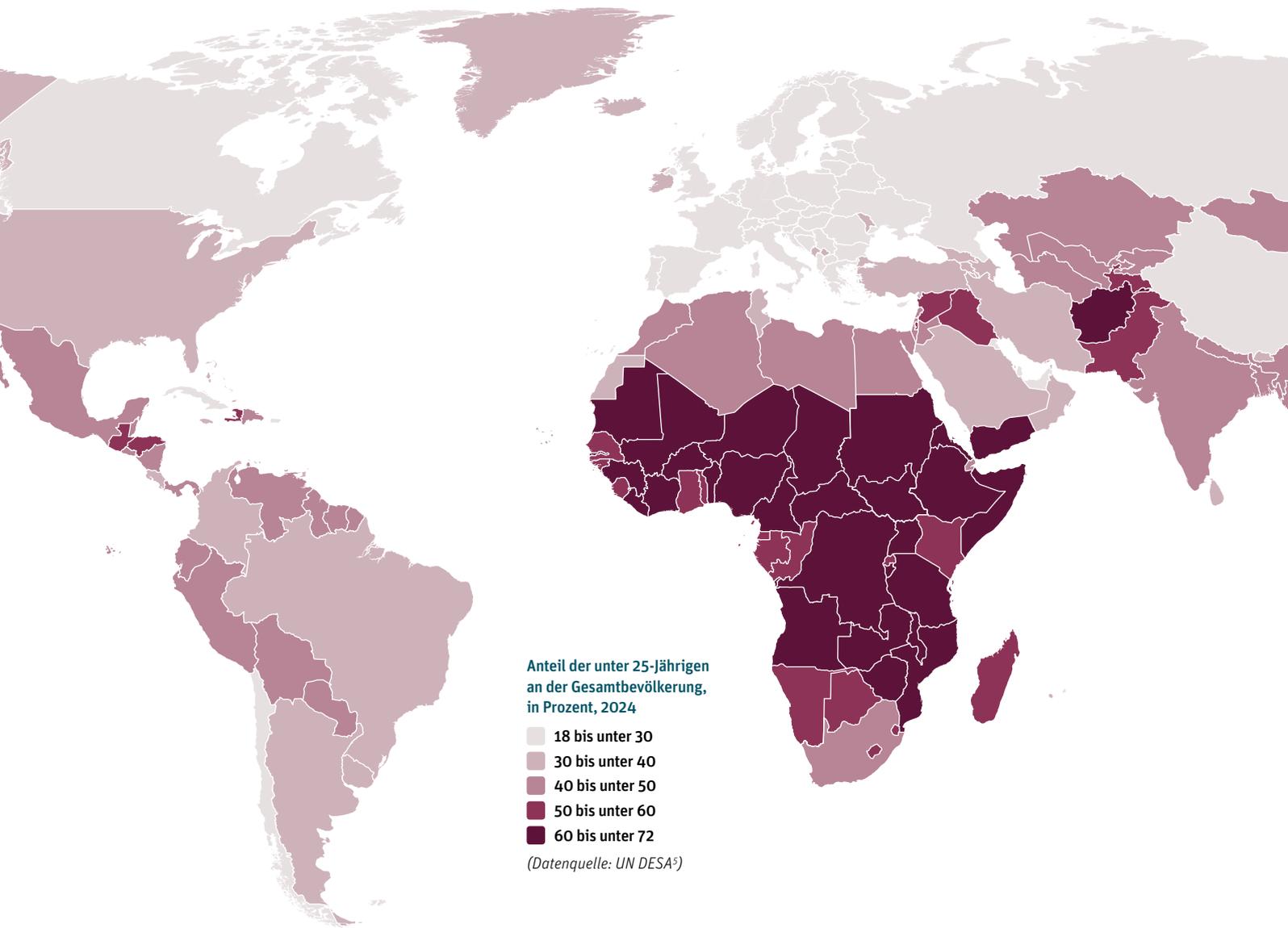
Afrikas Jugendgeneration

In Afrika wächst heute die größte Jugendgeneration der Welt heran. Knapp 60 Prozent der Bevölkerung Afrikas sind unter 25 Jahre alt. In Europa hingegen ist nur jeder vierte Mensch jünger als 25. Und im Gegensatz zu anderen Weltregionen wird die Zahl der jungen Menschen in Afrika bis zum Ende des Jahrhunderts weiter deutlich zunehmen.³ Bereits heute leben rund 890 Millionen Kinder und Jugendliche auf dem afrikanischen Kontinent.³ Laut UN-Schätzungen werden es im Jahr 2050 mehr als 1,2 Milliarden sein.⁴

³ 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.

Eine Anmerkung zu geschlechtsspezifischer Sprache

In dieser Studie wird bei Themen wie Schwangerschaft, Menstruation und geschlechtsspezifischer Gewalt oft 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 identifiziert werden. Wenn wir aus Interviews zitieren, geben wir zudem die Sprache wieder, die unsere Gesprächspartner:innen benutzt haben. Es ist jedoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass auch trans* und nicht-binäre Menschen Schwangerschaft, Menstruation und geschlechtsspezifische Gewalt erleben. Ebenso ist zu vermerken, dass trans* und nicht-binäre Menschen unverhältnismäßig oft geschlechtsspezifische Gewalt sowie Diskriminierung und andere Barrieren in der Gesundheitsversorgung erleben.



Afrika hat die jüngste Bevölkerung der Welt

Wer durch Afrikas Straßen läuft, blickt mehrheitlich in junge Gesichter – vor allem in West-, Zentral- und Ostafrika. Insgesamt sind in Afrika sechs von zehn aller Menschen unter 25 Jahre alt. Weltweit sind es 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.



Afrikas Jugend in internationalen und regionalen Vereinbarungen

Afrikanische Regierungen und auf dem Kontinent tätige Organisationen haben die Chancen und Herausforderungen, die mit einer großen jugendlichen Bevölkerung einhergehen, bereits erkannt. So setzt sich die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen mit ihren Nachhaltigkeitszielen zu Gesundheit, **Geschlechtergleichstellung** (siehe Glossar) und Bildung dafür ein, gerade in die Bereiche zu investieren, die sowohl für die demografische als auch die sozioökonomische Entwicklung von zentraler

Bedeutung sind.⁶ Auch die Afrikanische Union (AU) hat Strategien entwickelt, um die Potenziale ihrer jugendlichen Bevölkerung für die sozioökonomische Entwicklung des Kontinents auszuschöpfen. So wird im AU-Fahrplan zur Erreichung der demografischen Dividende durch Investitionen in Jugendliche explizit betont, dass in die sexuelle und reproduktive Gesundheit junger Menschen investiert werden muss.⁷ Auch Ziel 6 der *Agenda 2063: The Africa We Want*, mit der die AU die sozioökonomische Entwicklung auf dem Kontinent vorantreiben möchte, widmet sich ausdrücklich den Zukunftsaussichten junger Menschen in Afrika.⁸

Die Frage, die sich uns heute stellt, ist, was jetzt getan werden muss, damit die Jugendlichen auch in der Lage sind, selbstbestimmt, aufgeklärt und gesund Entscheidungen für sich, ihre Familien und Gemeinschaften in Zukunft zu treffen.

afrikanischen Ländern.^{11,12,13} Bis heute gibt es globale Macht- und Ungleichheitsverhältnisse, sodass zum Beispiel viele afrikanische Länder in einer Schuldenfalle stecken und jedes Jahr mehr Geld dafür ausgeben müssen, ihre internationalen Schulden zu begleichen, als sie in ihre Gesundheitssysteme investieren.^{14,15}

Keine Zukunft ohne mehr Investitionen in junge Menschen

Die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen, denen afrikanische Länder entgegenwirken müssen, sind enorm. Allein das starke Bevölkerungswachstum auf dem Kontinent, das noch bis Ende des Jahrhunderts anhalten könnte,⁹ bereitet schon heute vielen Regierungen Schwierigkeiten, ihre Bevölkerungen angemessen mit Schulen, Krankenhäusern, Lebensmitteln, sauberem Wasser oder auch Arbeitsplätzen zu versorgen. Dazu kommen die Auswirkungen der globalen Klimakrise, Gesundheitskrisen wie die COVID-19-Pandemie und eine wachsende Anzahl von gewaltsamen Konflikten auf dem afrikanischen Kontinent.¹⁰ Auch das Erbe der europäischen Ausbeutung Afrikas durch Sklaverei und Kolonisierung hat bis heute verheerende Auswirkungen in vielen

Diese enormen Herausforderungen zu überwinden, liegt nicht in der alleinigen Verantwortung junger Afrikaner:innen, aber junge Menschen müssen von Entscheidungstragenden ermächtigt werden, Lösungen mitzugestalten, und ein Mitspracherecht in der Politik erhalten. Darüber hinaus müssen ihnen Lehrkräfte zur Seite stehen, die sie in der Schule aufs Berufsleben vorbereiten und ihnen ermöglichen, Selbstbewusstsein und die Fähigkeit zum kritischen Denken zu entwickeln. Sie brauchen Ausbildungs- und Arbeitsplätze, die ihnen die Aussicht darauf bieten, einen Beruf zu erlernen und später genügend Geld zu verdienen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

Es liegt auf der Hand, dass diese Jugendgenerationen die Zukunft der Region maßgeblich prägen werden. Als Geschäftsführende, Politikmachende, Ärzt:innen, Landwirt:innen, aber auch Eltern von morgen entscheiden sie, wie sich die 54 Länder Afrikas in diesem Jahrhundert sowohl sozioökonomisch als auch demografisch entwickeln.

Zudem benötigen sie medizinische Beratung und Versorgung durch geschultes und respektvolles Personal, um den eigenen Körper zu verstehen und Krankheiten sowie ungewollten Schwangerschaften vorbeugen zu können.

Insofern bleibt die Förderung von SRGR ein Kernelement, um das Empowerment und die Selbstbestimmung von jungen Menschen – und damit auch eine nachhaltige und sozial gerechte Entwicklung für zukünftige Generationen – zu erreichen. Die Stärkung von SRGR treibt außerdem den demografischen Wandel voran: Wenn Mädchen und jungen Frauen ermöglicht wird, frei zu entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder sie haben, sinken in der Regel die Kinderzahlen. Die Gesundheitsversorgung und Sexualaufklärung für junge Menschen brauchen daher dringend mehr Investitionen und den Ausbau von wirksamen Ansätzen.

Was sind die Prioritäten?

Doch wo werden Investitionen am dringendsten gebraucht? Wie können die SRGR von Jugendlichen am besten gestärkt werden? Projekte und Initiativen auf lokaler, nationaler und regionaler Ebene, um die SRGR von jungen Afrikaner:innen zu fördern, gibt es inzwischen wie Sand am Meer. Allzu oft werden Projekte für Jugendliche jedoch ohne Jugendliche konzipiert, geplant und umgesetzt. Dies gilt vor allem für besonders **marginalisierte Jugendliche** (siehe Glossar), wie junge Menschen mit Behinderung, LSBTIQ*-Personen, Geflüchtete oder die **Sex verkaufen** (siehe Glossar). Mit der Folge, dass nicht alle Initiativen auch immer den Menschen helfen, die am dringendsten Unterstützung benötigen. Gleichzeitig setzen Menschen, Gremien oder Organisationen für Projekte in der Entwicklungszusammenarbeit oft Prioritäten, ohne diese vorab mit den Zielgruppen abzustimmen. So kann es zum Beispiel passieren, dass ein neues „jugendfreundliches“ Gesundheitszentrum gebaut wird, dass für Menschen mit Behinderungen nicht zugänglich ist oder in dem die Privatsphäre von Jugendlichen nicht gewährleistet werden kann.

Mit dieser Studie wollen wir einen Beitrag leisten, die Kluft zwischen Programmplanung und den Bedarfen der Zielgruppen zu schließen. Dazu liefert das folgende Kapitel zunächst einen ersten Überblick, wie es aktuell um die sexuelle und reproduktive Gesundheit von jungen Menschen in Afrika steht: von der Versorgung mit modernen Verhütungsmitteln und HIV-Behandlung bis hin zu Themen wie schädliche traditionelle Praktiken und sexuelle Gewalt.

Um die Versorgungslücken und mögliche Lösungsansätze aus der Perspektive junger Menschen zu verstehen, haben wir mit Jugendaktivist:innen, Jugendorganisationen und anderen Expert:innen in drei Fokuländern über die Prioritäten, Bedürfnisse und Wünsche von jungen Afrikaner:innen bezüglich ihrer SRGR gesprochen.³⁾ In unseren Interviews in Nigeria, Sambia und Tansania Anfang 2024 haben wir so Antworten auf unsere Fragen von erfahrenen jungen Menschen erhalten: Was lernen und denken sie über Geschlechterrollen, Familienplanung, Verhütung und Sexualität? Wie bewerten sie das aktuelle Angebot der Gesundheitsdienste und die politischen Rahmenbedingungen rund um SRGR für junge Menschen? Im dritten Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse aus diesen Gesprächen aufgezeigt.

In den Interviews mit diversen Jugendexpert:innen in den Fokuländern konnten wir außerdem wirksame Maßnahmen (sogenannte *Best Practices*) ermitteln, mit denen es gelingen kann, den Bedürfnissen junger Menschen besser gerecht zu werden. Die Handlungsempfehlungen, die sich daraus ergeben, haben wir im vierten Kapitel zusammengefasst.

³⁾ Siehe Methodik-Kapitel für nähere Erläuterung zu unserem Vorgehen.

WAS BEDEUTET EIGENTLICH SRGR?

Wir beziehen uns in dieser Studie auf die integrierte Definition von **Sexueller und Reproduktiver Gesundheit** und **Rechte der Guttmacher-Lancet Commission**.^{b),16}

„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, die auf den folgenden Menschenrechten aller Individuen beruhen:

- Respekt für ihre körperliche Unversehrtheit, ihre Privatsphäre und ihre persönliche Autonomie

^{b)} Die *Guttmacher-Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health and Rights* – ein internationales Gremium globaler Gesundheits-, Entwicklungs- und Menschenrechtsexpert:innen – hat in ihrem Bericht, der 2018 in *The Lancet* veröffentlicht wurde, eine evidenzbasierte Agenda für universelle SRGR vorgestellt und eine neue integrierte Definition von SRGR aufgestellt.

- Freie Definition ihrer eigenen Sexualität, einschließlich ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Geschlechtsidentität und deren Ausdruck

- Freie Entscheidung, ob und wann sie sexuell aktiv sein möchten
- Freie Auswahl ihrer Sexualpartner:innen
- Ungefährliche und befriedigende sexuelle Erlebnisse
- Freie Entscheidung, ob, wann und wen sie heiraten möchten
- Freie Entscheidung, ob, wann und mit welchen Mitteln sie ein Kind oder mehrere Kinder bekommen, und wie viele Kinder sie haben möchten
- Lebenslanger Zugang zu Informationen, Ressourcen, Dienstleistungen und Unterstützung, die notwendig sind, um all dies zu erreichen, frei von Diskriminierung, Zwang, Ausbeutung und Gewalt

Elementare Dienstleistungen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit, die sich an der neuen Definition orientieren, müssen globalen Standards für medizinische Ethik, Öffentliche Gesundheit und Menschenrechte entsprechen, einschließlich des Rahmens ‚Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität‘ des Rechts auf Gesundheit.

Paket elementarer Maßnahmen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit

- Umfassende Sexuaufklärung
- Beratung und Dienstleistungen für eine Reihe moderner Verhütungsmittel mit definierter Mindestanzahl der Art der angebotenen Methoden
- Pränatale, Geburts- und postnatale Betreuung, einschließlich geburtshilfliche Notfallversorgung und Neugeborenenversorgung
- Sichere Abtreibung und Behandlung von Komplikationen bei unsicherer Abtreibung
- Prävention und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen
- Prävention, Aufdeckung, Sofortmaßnahmen und Weiterleitung von Fällen sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt
- Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krebserkrankungen der Reproduktionsorgane, insbesondere Gebärmutterhalskrebs
- Information, Beratung und Dienstleistungen bei Subfertilität und Infertilität
- Information, Beratung und Dienstleistungen für sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden¹⁷

2 | WIE STEHT ES UM DIE SRGR JUNGER MENSCHEN IN AFRIKA?

Als Weltregion hat Afrika in den letzten Jahrzehnten teils große Fortschritte in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) von jungen Menschen gemacht. Zum Beispiel ist der Anteil aller Mädchen und jungen Frauen, die von **weiblicher Genitalverstümmelung** (*Female Genital Mutilation*, FGM; siehe Glossar) betroffen sind oder als Kinder verheiratet werden, zurückgegangen.^{18,19} Doch innerhalb Afrikas sind die Fortschritte mit Blick auf einzelne Länder ungleich verteilt, stagnieren teilweise, oder kommen nicht allen jungen Menschen gleichermaßen zugute.²⁰ Zudem hat das anhaltende Bevölkerungswachstum in vielen Ländern Afrikas zur Folge, dass die absolute Zahl an Schwangerschaften und Geburten unter 15- bis 19-jährigen Frauen weiter steigt, auch wenn die **Geburtenrate** (siehe Glossar) in dieser Altersgruppe zurückgeht.²¹ Wie es aktuell um die sexuelle und reproduktive Gesundheit von jungen Frauen und Männern in Afrika steht, zeigt ein Blick in regionale Analysen und Statistiken.

Erste sexuelle Erfahrungen im Teenageralter

Wie auch im Rest der Welt sind viele junge Frauen und Männer in Afrika bereits als Teenager:innen sexuell aktiv.^{22,23} Es ist daher umso wichtiger, dass Mädchen und Jungen möglichst vor diesen ersten sexuellen Erfahrungen eine umfassende Aufklärung erhalten, damit sie selbstbestimmte und gesunde Entscheidungen treffen können.²⁴

Aktuelle Erhebungen mittels der *Demographic Health Surveys* (DHS)^{a)} zeigen, dass 20- bis 24-jährige Frauen in den meisten Regionen Afrikas durchschnittlich im Alter zwischen 16 und 20 Jahren zum ersten Mal Geschlechtsverkehr haben, in einem Großteil der Länder bereits vor dem 19. Geburtstag. In Burundi liegt das durchschnittliche Alter für das sexuelle Debüt bei 20 Jahren, in Mosambik deutlich darunter bei 16 Jahren.²⁵ In einigen Ländern Subsahara-Afrikas wie Liberia oder Sierra Leone legen Umfragen der letzten Jahre jedoch nahe, dass ungefähr jede vierte Frau bereits vor dem 15. Geburtstag das erste Mal Sex hatte.²⁶ Unter den befragten 20- bis 24-jährigen Männern ist das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr ähnlich wie bei Frauen. Jedoch haben im Geschlechtervergleich junge Männer in einigen Ländern deutlich später den ersten Geschlechtsverkehr: In Mali zum Beispiel liegt der Wert für junge Männer bei knapp 20 Jahren, für Frauen bei etwa 17 Jahren.²⁷

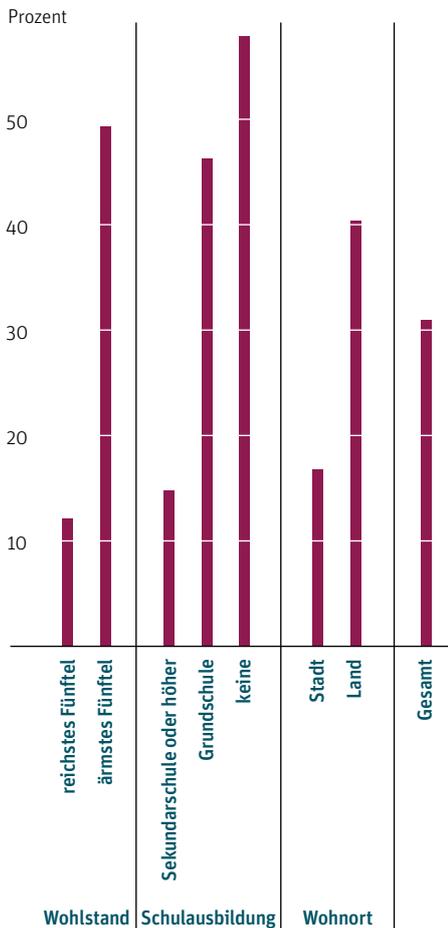
Es gibt keinen definitiven Indikator, anhand dessen der Wissensstand zu Themen in der Sexualaufklärung abgelesen werden kann. Allerdings gibt es in den DHS-Erhebungen einige relevante Daten zu dem Wissensstand zu einzelnen SRGR-Themen: Zum Beispiel wird der Anteil junger Menschen im Alter von 15 bis 24 mit umfassendem akkuratem Wissen zu HIV bemessen.^{b)} DHS-Daten aus 35 Ländern in Subsahara-Afrika zeigen, dass im Durchschnitt nur etwa ein Drittel von 15- bis 24-jährigen Männern und Frauen über das entsprechende Wissen verfügt. Dabei gibt es große Unterschiede je nach Land: In Mauretanien sind es weniger als einer von zehn jungen Menschen, in Ruanda hingegen verfügen fast zwei von drei Jugendlichen über dieses Wissen.²⁸

^{a)} Das *Demographic and Health Surveys (DHS) Program* erhebt mittels Befragungen regelmäßig detaillierte repräsentative Daten zu Bevölkerung und Gesundheit in mehr als 90 Ländern. Das DHS-Programm wird von der US-amerikanischen Behörde für Entwicklungszusammenarbeit (*U.S. Agency for International Development*, USAID) finanziert. Aufgrund von seiner umfassenden und kleinteiligen Datenverfügbarkeit zur Gesundheitssituation in vielen afrikanischen Ländern eignet sich das DHS-Programm besonders gut für einen statistischen Überblick SRGR junger Menschen.

^{b)} Umfassendes akkurates Wissen zu HIV wird in den DHS-Befragungen definiert als: die korrekte Benennung der beiden wichtigsten Methoden, um sich beim Sex vor HIV zu schützen (Kondome nutzen und nur Sex mit einer oder einer treuen, nicht infizierten Partner:in haben); die Zurückweisung der beiden häufigsten lokalen Missverständnisse über HIV-Übertragung; und die Erkenntnis, dass eine gesund aussehende Person HIV haben kann.

Kinderehen sind vor allem in West- und Zentralafrika weit verbreitet

Wenn bei einer Eheschließung mindestens eine:r der Heiratenden jünger als 18 Jahre ist, spricht man von einer **Kinderehe** (siehe Glossar). Sie stellt somit eine Menschenrechtsverletzung dar und gefährdet vor allem die Gesundheit und Rechte junger Frauen. Denn Kinderehen betreffen meist eher Mädchen als Jungen: In der Regel wird ein Mädchen mit einem älteren Mann verheiratet.²⁹ Frauen, die bereits als Kinder heiraten, haben ein höheres Risiko schwanger zu werden, bevor sie physisch oder psychisch bereit dafür sind, und auch, sich mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen anzustecken.³⁰



Nach Schätzungen des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (*United Nations Children's Fund*, UNICEF) leben in Subsahara-Afrika 127 Millionen Frauen und Mädchen, die vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet wurden. Im globalen Vergleich ist das Risiko, als Kind verheiratet zu werden, heutzutage in Subsahara-Afrika höher als in allen anderen Weltregionen.³¹ In West- und Zentralafrika ist Kinderehe am weitesten verbreitet. Hier heiraten fast vier von zehn Mädchen, bevor sie 18 Jahre alt werden.³² Obwohl der Anteil von Frauen, die im Kindesalter verheiratet werden, seit den 1990er Jahren in allen Teilen Afrikas langsam sinkt, profitieren von diesem Trend Mädchen aus den reichsten Haushalten eher als Mädchen aus den ärmsten Haushalten. Wenn man die Statistiken nach Haushaltseinkommen differenziert, wird schnell deutlich, dass der Anteil von Kinderehen in den ärmsten Haushalten in einigen Regionen Afrikas sogar ansteigt.³³

Armut ist eine der Hauptursachen für Kinderehe

In Subsahara-Afrika werden jedes Jahr fast vier Millionen Mädchen im Teenageralter verheiratet. Auch wenn weltweit die Praktik der Kinderehe mehr und mehr an Rückhalt verliert, muss in Subsahara-Afrika fast jedes dritte Mädchen unter 18 Jahren die Ehe eingehen – jedes zehnte schon vor ihrem 15. Geburtstag. Dabei ist das Risiko als Kind verheiratet zu werden besonders hoch für Mädchen, die von Armut betroffen sind oder in ländlichen Regionen leben.^{34, 35}

Anteil von 20- bis 24-jährigen Frauen in Subsahara-Afrika, die vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet wurden, in Prozent, 2023, nach soziodemografischen Merkmalen
(Datenquelle: UNICEF³⁶)

Fast jede zweite Schwangerschaft ist ungeplant

43 Prozent aller Schwangerschaften unter 15- bis 49-jährigen Frauen in Afrika sind ungeplant. Das sind pro Jahr etwa 27 Millionen ungeplante Schwangerschaften insgesamt – davon entfallen knapp über vier Millionen auf die Gruppe der 15- bis 19-jährigen Frauen.³⁷ Im Durchschnitt ist in Afrika fast jede zweite Schwangerschaft in dieser Altersgruppe ungeplant, doch auch hier gibt es enorme regionale Unterschiede. In Nordafrika ist nur jede dritte Schwangerschaft von 15- bis 19-jährigen ungeplant, aber im südlichen Afrika sind es drei von vier Schwangerschaften.³⁸

Schon im jungen Alter ungeplant schwanger zu werden, kann sich auf viele Weisen negativ auf das Leben einer jungen Frau auswirken – mitunter auf ihre Bildungschancen, beruflichen Perspektiven und Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Doch auch gesundheitlich birgt eine Schwangerschaft erhebliche Risiken für Jugendliche. Schon im Vergleich zu Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren sind Schwangerschaft und Geburt für Frauen im Teenageralter mit erhöhten Gesundheitsrisiken wie Eklampsie⁴⁾ oder schweren Verletzungen wie Geburtsfisteln⁴⁾ verbunden. Zudem sind Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt für 15- bis 19-jährige Mädchen weltweit die zweithäufigste Todesursache.^{39, 40}

⁴⁾ Eklampsie ist eine lebensbedrohliche Krankheit, die mit Krampfanfällen einhergeht und ausschließlich im Rahmen einer Schwangerschaft vorkommt. Mit guter Schwangerenvorsorge ist es möglich, das Vorstadium der Krankheit, Präeklampsie, zu diagnostizieren und die Krankheit zu überwachen.

⁴⁾ Geburtsfisteln sind eine vermeidbare schwerwiegende Geburtsverletzung, bei der ein Loch zwischen Vagina und Darm und/oder Vagina und Blase entsteht. Geburtsfisteln sind die Folge einer schwierigen Geburt, die sich oft über Tage ohne medizinische Hilfe hinzieht. Die Verletzung führt oft zu lebenslangen körperlichen Beschwerden, Depression und sozialer Ausgrenzung.

Schwangerschaftsabbrüche sind trotz restriktiver Gesetze üblich

Obwohl der Zugang zu Abtreibung in vielen afrikanischen Ländern gesetzlich eingeschränkt ist,⁴¹ gibt es jedes Jahr insgesamt elf Millionen Schwangerschaftsabbrüche auf dem Kontinent. Davon sind knapp drei Viertel – acht Millionen – unsicher.⁴² Restriktive Gesetze tragen direkt dazu bei, dass die Mehrzahl der Schwangerschaftsabbrüche unsicher ist. Wenn Abtreibung hingegen legal ist, nach medizinischen Standards der Weltgesundheitsorganisation und von einer geschulten Person durchgeführt wird, ist ein Abbruch eine sichere und einfache medizinische Intervention.⁴³

Ein großer Anteil von Abtreibungen weltweit ist auf ungeplante Schwangerschaften zurückzuführen, so auch in Afrika. Etwa die Hälfte aller ungeplanten Schwangerschaften unter 15- bis 19-jährigen Mädchen enden mit einem Abbruch. Auch hier gibt es regionale Unterschiede – in Ost-, Zentral- und Nordafrika sind es etwa ein Drittel der ungeplanten Schwangerschaften, im südlichen Afrika die Hälfte und in Westafrika fast 60 Prozent.⁴⁴ Dabei sind gerade in Westafrika fast neun von zehn Schwangerschaftsabbrüchen unsicher.⁴⁵ Da Abtreibungen in Afrika häufiger unter jungen Frauen vorkommen als unter älteren Frauen, gehen Expert:innen davon aus, dass junge Frauen auch ein erhöhtes Risiko für unsichere Eingriffe haben.⁴⁶

Hoher ungedeckter Bedarf an modernen Verhütungsmitteln

In Afrika haben junge Frauen, die sexuell aktiv sind (ob nun verheiratet oder unverheiratet), einen besonders hohen ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln.⁴⁷ 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 ungeplanten Schwangerschaften in Afrika.⁴⁷

Im Durchschnitt haben 42 Prozent der afrikanischen Frauen, die eine Schwangerschaft vermeiden möchten, solch einen ungedeckten Bedarf – bei Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren liegt der Wert sogar bei 55 Prozent.⁴⁸ Das sind Millionen von jungen Frauen, die sich nur unzureichend vor einer ungeplanten Schwangerschaft schützen können. Die Situation für Jugendliche ist in West- und Zentralafrika am schlechtesten, wo zwei Drittel der Betroffenen einen ungedeckten Bedarf haben, im südlichen Afrika hingegen nur jede Fünfte.⁴⁹

⁴⁷ Zu modernen Verhütungsmitteln zählen unter anderem die Pille, Verhütungsstäbchen, Verhütungsspritzen, Spiralen, Kondome (für Mann oder Frau), die Pille danach, Diaphragma, Sterilisation und die Laktationsamenorrhö-Methode.

Viele Mädchen werden schon früh Mutter

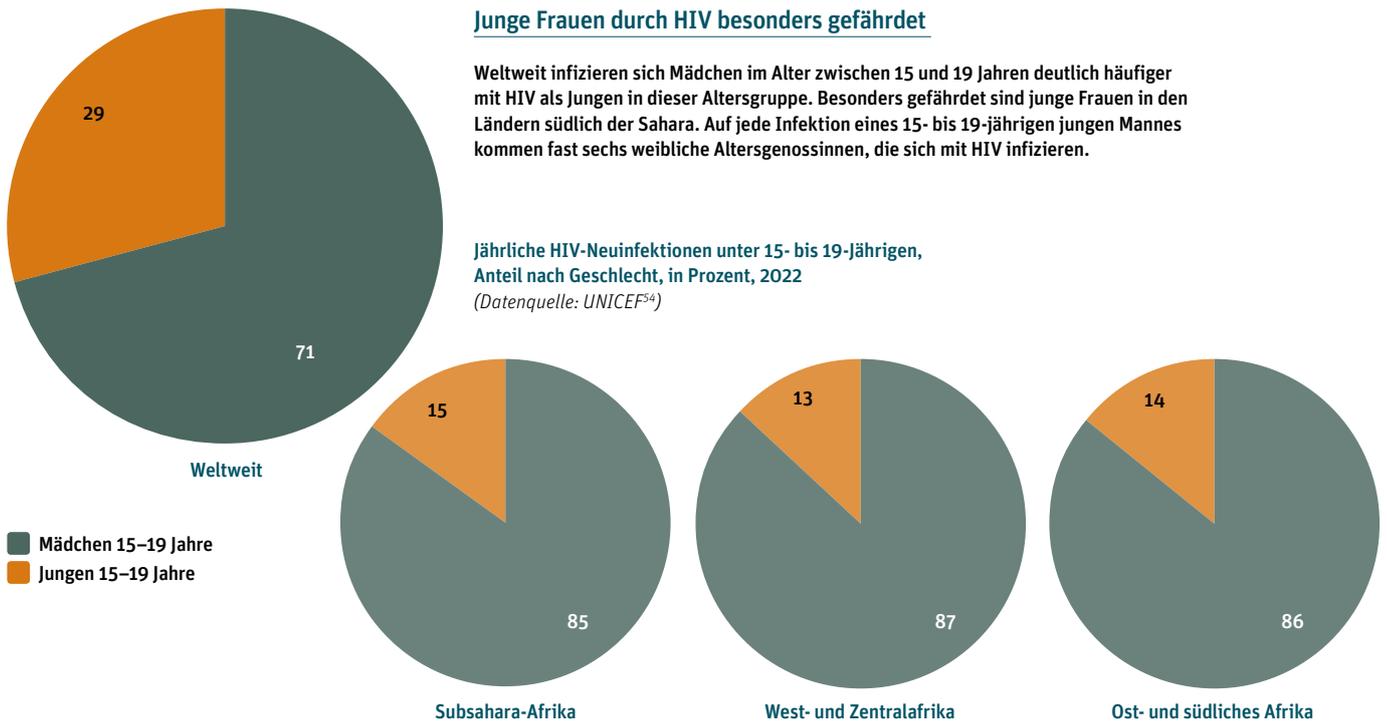
In keiner Weltregion bekommen Frauen im Schnitt mehr Kinder als in Afrika. Nach aktuellen Schätzungen bringen sie durchschnittlich knapp vier Kinder zur Welt, fast doppelt so viele wie im globalen Durchschnitt.⁵⁰ Das hängt unter anderem auch damit zusammen, dass viele von ihnen bereits in sehr jungen Jahren ihr erstes Kind bekommen. In Subsahara-Afrika bringt jede vierte Frau ihr erstes Kind zur Welt, noch bevor sie ihr 18. Lebensjahr vollendet hat. Im Jahr 2022 haben elf Millionen afrikanische Mädchen unter 18 Jahren ein Kind gekriegt.⁵¹

Neben den gesundheitlichen Risiken einer frühen Schwangerschaft und Geburt für junge Frauen selbst sind auch die Kinder von Teenagermüttern höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt als Kinder von Frauen, die erst in ihren Zwanzigern das erste Kind kriegen.⁵² Außerdem werden Schwangere und Mütter im Teenageralter in Afrika oft sozial ausgegrenzt. Dies hat schwerwiegende Auswirkungen auf die körperliche und mentale Gesundheit sowie das Sozialleben und die wirtschaftliche Situation der betroffenen jungen Frauen.⁵³

Junge Frauen durch HIV besonders gefährdet

Weltweit infizieren sich Mädchen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren deutlich häufiger mit HIV als Jungen in dieser Altersgruppe. Besonders gefährdet sind junge Frauen in den Ländern südlich der Sahara. Auf jede Infektion eines 15- bis 19-jährigen jungen Mannes kommen fast sechs weibliche Altersgenossinnen, die sich mit HIV infizieren.

Jährliche HIV-Neuinfektionen unter 15- bis 19-Jährigen, Anteil nach Geschlecht, in Prozent, 2022
(Datenquelle: UNICEF⁵⁴)



Zu wenig Fortschritte bei der Eindämmung von HIV und anderen STI

Bei sexuell übertragbaren Infektionen (*Sexually Transmitted Infections*, STI) handelt es sich um Infektionen, die vor allem durch sexuellen Kontakt übertragen werden. Einige STIs wie HIV und Syphilis können außerdem während der Schwangerschaft und bei der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Viele STIs können langfristig gut behandelt und andere durch medizinische Behandlung sogar geheilt werden.

Bleiben STIs jedoch unbehandelt, kann dies schwerwiegende Folgen haben wie zum Beispiel Unfruchtbarkeit, Gebärmutterhalskrebs oder gar den Tod eines Neugeborenen.⁵⁵ Laut neuesten Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation steigt zurzeit die Zahl der Neuinfektionen mit STIs wie Syphilis weltweit, unter anderem auch in Afrika.⁵⁶ Es gibt relativ wenige Daten zu der genauen Altersverteilung dieser Neuinfektionen mit STI, doch mit großer Sicherheit werden auch junge Menschen in Afrika stark davon betroffen sein.⁵⁷

Obwohl die Zahl neuer HIV-Infektionen weltweit zurückgeht, machen junge Menschen einen größer werdenden Anteil an allen Menschen aus, die mit HIV leben. Der Großteil junger HIV-Infizierter lebt in Subsahara-Afrika: 85 Prozent aller weltweit mit HIV lebenden 10- bis 19-Jährigen. Das entspricht 1,4 Millionen Kinder und Jugendliche (600.000 Jungen und 810.000 Mädchen).^{58, 59}

Junge Frauen sind besonders gefährdet: In den afrikanischen Ländern südlich der Sahara entfielen im Jahr 2022 mehr als drei Viertel der Neuinfektionen unter jungen Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren auf Mädchen und junge Frauen. Dort war die Wahrscheinlichkeit, sich mit HIV zu infizieren, für junge Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren mehr als dreimal so hoch wie für ihre männlichen Altersgenossen. Weltweit infizieren sich jede Woche 4.000 junge Frauen in diesem Alter mit HIV, 3.100 dieser Infektionen entfallen auf Subsahara-Afrika.⁶⁰

Die Zahlen zu jungen Menschen, die mit HIV leben, müssen jedoch differenziert betrachtet werden. Schätzungsweise wurden in den letzten Jahren nur 25 Prozent der 15- bis 19-jährigen Mädchen und 17 Prozent der 15- bis 19-jährigen Jungen in Ost- und im südlichen Afrika auf HIV getestet – obwohl diese Region weltweit am höchsten von HIV betroffen ist.⁶¹ In Subsahara-Afrika wissen nur 10 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren von ihrem HIV-Status.⁶²

Ebenso 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), jedoch sind Kinder unter 15 Jahren mit HIV deutlich seltener in Behandlung als Erwachsene. Dies gilt für alle Regionen Afrikas. Die größte Kluft besteht in West- und Zentralafrika, wo über 80 Prozent der über 15-jährigen Menschen mit HIV in Behandlung sind, aber weniger als 40 Prozent der betroffenen Kinder unter 15 Jahren.⁶³ Die verfügbaren Daten zu 15- bis 19-jährigen Jugendlichen sind begrenzt, doch laut Schätzungen aus 21 Ländern in Subsahara-Afrika waren 2021 nur 55 Prozent der jungen Menschen in dieser Altersgruppe in Behandlung.⁶⁴

Jede dritte Frau erlebt geschlechtsspezifische Gewalt

Geschlechtsspezifische Gewalt (*Gender Based Violence*, GBV) ist eine der am meisten verbreiteten Menschenrechtsverletzungen weltweit. Global erlebt eine von drei Frauen im Laufe ihres Lebens GBV – am häufigsten in Form von Gewalt in Partnerschaften oder sexueller Gewalt.⁶⁵ GBV hat schwerwiegende Auswirkungen auf die körperliche, psychische, sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen.⁶⁶

Auch in Afrika erlebt jede dritte Frau im Laufe ihres Lebens GBV. Statistiken belegen, dass die körperliche und sexuelle Gewalt größtenteils von ihren Partnern ausgeht. Gewalt in der Partnerschaft hat zahlreiche kurz- und langfristige Auswirkungen auf die körperliche und mentale Gesundheit von Frauen und ihren Kindern. Das schließt Verletzungen, Depressionen, Angstzustände, ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen bis hin zum Tod ein.⁶⁷

In Subsahara-Afrika hat etwas mehr als jedes fünfte 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.⁶⁸ Am höchsten sind die Zahlen in der Demokratischen Republik Kongo: Dort haben vier von zehn der 15- bis 19-jährigen Mädchen bzw. die Hälfte der 20- bis 24-jährigen Frauen bereits Partnergewalt erlebt.⁶⁹ Darüber hinaus haben Befragungen in weiteren Ländern in Subsahara-Afrika wie zum Beispiel in Ruanda und Gabun gezeigt, dass hier ungefähr jede Zehnte der 18- bis 29-jährigen Frauen schon vor ihrem 18. Geburtstag sexuelle Gewalt erfahren hat.⁷⁰

Weibliche Genitalverstümmelung in einigen Ländern noch gängig

Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) ist eine besonders schädliche traditionelle Praktik, die in ungefähr 30 Ländern in Afrika, Asien und im Mittleren Osten verbreitet ist. FGM kann auf verschiedene Weisen durchgeführt werden und umfasst laut WHO „alle Verfahren, die eine teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder eine sonstige Verletzung der weiblichen Genitalien aus nichtmedizinischen Gründen beinhalten“.⁷¹ FGM wird hauptsächlich an Mädchen zwischen Geburt und dem 15. Lebensjahr vorgenommen. Sie stellt eine gravierende Verletzung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit dar. Das Verfahren verursacht sowohl kurzfristige als auch langfristige körperliche und psychologische Gesundheitsschäden.⁷²

In Afrika ist die Praxis vor allem in einer Reihe von Ländern von der Atlantikküste bis zum Horn von Afrika, von Mauretanien bis Somalia, verbreitet. Insgesamt 144 Millionen Mädchen und Frauen sind von FGM betroffen.⁷³ In einigen Ländern, darunter Somalia, Guinea und Mali, wurden fast alle 15- bis 49-jährigen Frauen beschnitten.⁷⁴ Ein Blick auf die jüngere Generation zeigt, dass Mädchen in vielen Ländern heutzutage seltener beschnitten werden als noch vor 30 Jahren. Doch während viele Länder Fortschritte verzeichnen, stagnieren die FGM-Raten in Somalia und einigen Ländern in Westafrika.⁷⁵

Daten weisen blinde Flecken auf

Auch wenn gängige Indikatoren wie oben beschrieben eine erste Einschätzung ermöglichen, wie es um die SRGR junger Menschen in Afrika bestellt ist, weisen die vorhandenen Daten vielfach blinde Flecken auf. Die Statistiken sind stark vereinfacht und in Bezug auf spezifische Bevölkerungsgruppen grobkörnig. Die Erhebungen, auf denen die Statistiken basieren (vor allem die Demographic Health Surveys), enthalten zwar teilweise Informationen zu jungen Menschen, allerdings unterscheidet ein Großteil der öffentlich verfügbaren Statistiken nicht ausreichend zwischen unterschiedlichen sozioökonomischen, demografischen Merkmalen oder Lebenssituationen. Für viele Personengruppen mit bestimmten Merkmalen innerhalb der jungen Bevölkerung liegen darüber hinaus nicht ausreichend überregional vergleichbare Daten vor. Unterschiede in Bezug auf den Zustand der SRGR etwa nach Geschlecht, Bildungsstatus, Stadt-Land oder Einkommen sind nicht ausreichend untersucht.⁷⁶ Um Auskunft über den SRGR-Status beispielsweise von jungen Müttern, jungen Binnengeflüchteten oder Menschen mit Behinderung zu erhalten, müssen zusätzlich Studien betrachtet werden. Lücken in der Datenlage ergeben sich zusätzlich dadurch, dass in einigen Ländern Afrikas aufgrund der COVID-19-Pandemie in den letzten Jahren weniger umfassende Erhebungen durchgeführt wurden.

Im folgenden Kapitel versuchen wir einige dieser blinden Flecken zu beleuchten und Lücken zu füllen. Durch eine Vertiefung in die drei Fokusländer, vor allem auf Basis der Interviews, die wir mit Expert:innen vor Ort geführt haben, ist es möglich, ein differenziertes Bild der Lage zu erhalten – und die Geschichten hinter den Zahlen zu hören. Was sind die Bedürfnisse und Perspektiven junger Menschen?

3 | IM GESPRÄCH MIT JUNGEN MENSCHEN VOR ORT

Was bedeutet sexuelle und reproduktive Gesundheit konkret für junge Menschen in Afrika? Was ist ihnen wichtig? Was lernen sie über Sexualität und wo bekommen sie Verhütungsmittel? Finden sie die Gesundheitsversorgung an ihren Wohnorten gut? Und was könnte verbessert werden?

Um diese Fragen zu beantworten, sind wir im Januar und Februar 2024 in drei Länder gereist: Tansania, Sambia und Nigeria. Wir wollten mit Expert:innen vor Ort sprechen und ihre Perspektiven kennenlernen. Unsere qualitative Befragung setzt da an, wo quantitative Daten unzureichend sind. Dafür haben wir uns mit jungen Menschen und mit Mitarbeitenden von Nichtregierungsorganisationen (NROs), die in der Jugendarbeit tätig sind, getroffen. Während wir uns in Dar es Salaam und Lagos an einem festen Standort mit unseren Gesprächspartner:innen verabredet haben, sind wir in Lusaka mit dem Auto quer durch die Stadt gefahren. Wir haben in einer lokalen Gesundheitseinrichtung mit jungen Multiplikator:innen, so genannten Peer Educators, gesprochen und Menschen und Organisationen in ihren Büros besucht. Von Dar es Salaam aus sind wir mit der Fähre nach Sansibar übersetzt und haben auch dort mit Expert:innen gesprochen.

Wir haben versucht, so viele verschiedene Perspektiven wie möglich einzufangen und darauf Wert gelegt, sowohl mit Menschen aus der Stadt als auch vom Land zu sprechen, mit den großen, international tätigen Organisationen genauso wie mit Freiwilligen, die neben ihrem Studium eigene kleine Initiativen gegründet haben. Auch LSBTIQ*-Aktivist:innen, Sexarbeiter:innen und junge Menschen mit Behinderung haben uns von ihren Erfahrungen berichtet und erzählt, was für eine bessere Gesundheitsversorgung getan werden müsste.^{a)}

Ein Blick auf die drei Fokustländer

In allen drei Fokustländern sind mehr als 60 Prozent der Bevölkerung unter 25 Jahre alt. Während das Binnenland Sambia mit knapp 21 Millionen Einwohnenden und Tansania mit rund 69 Millionen verhältnismäßig klein erscheint, ist Nigeria mit 233 Millionen Menschen das bevölkerungsreichste Land Afrikas und zugleich eine der größten Volkswirtschaften des Kontinents.⁷⁷ Lagos im Süden des Landes zählt zu den sogenannten Mega-Cities und ist eine der am schnellsten wachsenden Städte weltweit mit über 16 Millionen Einwohner:innen. Auch die Bevölkerung in Dar es Salaam hat sich seit 2010 von 3,8 auf 8,1 Millionen Einwohner:innen mehr als verdoppelt. Auch die größte Stadt in Sambia, Lusaka, wird Schätzungen zufolge in

den nächsten zehn Jahren um zwei Millionen Einwohner:innen anwachsen – auf insgesamt über fünf Millionen in 2035.⁷⁸ Nigeria, Sambia und Tansania standen alle unter britischer Kolonialherrschaft – Überbleibsel dieser Zeit finden sich zum Beispiel in den Gesetzgebungen der drei Länder. Das Festland Tansanias war zudem über 30 Jahre (von 1885 bis 1918) Teil der deutschen Kolonie Deutsch-Ostafrika.⁷⁹

Festland-Tansania und Sansibar

Die heutige Vereinigte Republik Tansania entstand 1964 aus dem Zusammenschluss von Tanganjika und Sansibar.⁸⁰ Sansibar ist bis heute ein halbautonomer Teilstaat und unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von „Festland-Tansania“. Dies zeigt sich zum Beispiel beim Thema Religion: Während Schätzungen zufolge 99 Prozent der Einwohnenden auf Sansibar Muslim:innen sind, bekennen sich in der Gesamtbevölkerung Tansanias nur rund 34 Prozent zum Islam. Etwa 63 Prozent der Menschen sind christlich und fünf Prozent gehören anderen Glaubensrichtungen an.⁸¹

^{a)} Die Auswahl unserer Fokustländer, wie wir unsere Gesprächspartner:innen ausfindig gemacht haben und Informationen zu Durchführung der Interviews finden sich im [Methodik-Kapitel](#).



Kurzüberblick der Fokusländer Nigeria, Tansania, Sambia

		AFRIKA	Nigeria	Tansania	Sambia
Gesamtbevölkerung	2024 (Millionen)	1.515	233	69	21
	2050 (Millionen)	2.466	359	130	38
Wachstum der Gesamtbevölkerung (2024–2050) (Prozent)		63	54	89	79
Junge Bevölkerung (unter 25-Jährige)	2024 (Millionen)	890	143	43	13
	2050 (Millionen)	1.217	180	70	19
Anteil junger Bevölkerung	2024 (Prozent)	59	62	63	62
Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau	2024	4,0	4,4	4,5	4,0
Anteil der Menschen in extremer Armut* lebend (Prozent)		37** (2019)	31 (2018)	45 (2018)	64 (2022)
Anteil der Stadtbevölkerung	2024 (Prozent)	45	55	38	47

* unter \$2,15 pro Kopf und Tag, nach Kaufkraftparität 2017

** Subsahara-Afrika

(Datenquelle: UN DESA^{82, 83}, World Bank⁸⁴)

3.1 Wenn Mädchen Kinder bekommen

Auch wenn sich die drei Länder in vielerlei Hinsicht unterscheiden, stehen sie was die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für junge Menschen angeht vor ähnlichen Herausforderungen. Dazu gehört zum Beispiel die hohe Anzahl an Teenagerschwangerschaften. Nach Angaben der Vereinten Nationen haben 2023 allein in Nigeria über eine Million Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren ein Kind bekommen, in Tansania waren es knapp unter einer halben Million, und in Sambia etwa 135.000.⁸⁵ Auf Basis von Erhebungen aus den letzten Jahren kann davon ausgegangen werden, dass in Nigeria und Tansania jede sechste Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren bereits Mutter ist, in Sambia sogar ungefähr jede vierte.⁸⁶

Erst Anfang 2024 machten die hohen Zahlen von Teenagerschwangerschaften in Sambia Schlagzeilen. Die Behörden der Eastern Province hatten allein im Januar fast 3.000 Teenagerschwangerschaften gemeldet.⁸⁷ Was diese Zahlen nicht erzählen: Wie viele der Mädchen sind nach einer Vergewaltigung schwanger geworden? Wie viele von ihnen wurden mit sexuell übertragbaren Krankheiten angesteckt? Wie viele von ihnen werden eine unsichere Abtreibung durchführen? Und wie viele werden nach einer Geburt nicht in die Schule zurückkehren? In Sambia entbrannte daraufhin eine mediale Debatte,⁸⁸ in der unter anderem ein Männernetzwerk³⁾ die Polizei aufforderte, die männlichen „Täter“ ins Gefängnis zu bringen.⁸⁹ Strukturelle Probleme wie Armut und mangelnde

Sexualaufklärung an Schulen – zwei der Faktoren, die zu den hohen Zahlen ungeplanter Schwangerschaften führen, – werden dadurch nicht gelöst.

Vor allem im ländlichen Afrika kommt es nicht selten vor, dass Jugendliche bereits mehrere eigene Kinder haben, erzählten unsere Gesprächspartner:innen in den drei Fokusländern. Immer noch werden Mädchen – vor allem in ländlichen Regionen – jung verheiratet oder nutzen keine Verhütungsmittel. Dass viele von ihnen dann ungeplant schwanger und früh Mütter werden, wurde von unseren Gesprächspartner:innen als zentrales Problem genannt.

Armut, unzureichende Sexualaufklärung oder auch ein erschwelter Zugang zu Verhütungsmitteln und Gesundheitsversorgung führen in vielen Fällen dazu, dass jugendliche Mädchen ungeplant schwanger werden. Fast die Hälfte aller Schwangerschaften bei 15- bis 19-Jährigen in Afrika ist unbeabsichtigt und viele dieser Schwangerschaften enden in unsicheren Abtreibungen.^{90,91}

Nicht nur erleben jugendliche Mütter während der Schwangerschaft und Geburt häufiger Komplikationen – Tausende von ihnen beenden zudem die Schule nicht.⁹² In Sambia zeigen nationale Daten, dass nur weniger als die Hälfte der jungen Mütter nach der Geburt in die Schule zurückkehrt.⁹³ Diejenigen, die die Schule nicht beenden, haben ein höheres Risiko, als Erwachsene kein gesichertes Einkommen zu haben. So setzt sich im schlimmsten Fall Armut von Generation zu Generation fort.⁹⁴

3.1.1. Große Lücken in der Sexualaufklärung

Sexualaufklärung ist Voraussetzung für körperliche Selbstbestimmung

Jeder Mensch trifft im Laufe des Lebens Entscheidungen, die sowohl die eigene sexuelle und reproduktive Gesundheit betreffen als auch die von seinen Mitmenschen. Umfassende Sexualaufklärung 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.

Umfassende und altersgerechte Sexualaufklärung sollte laut der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Kommunikation (UNESCO) schon in der Grundschule anfangen, damit Kinder bereits vor der Pubertät ihren Körper, ihre Familie und soziale Beziehungen verstehen und Kindesmissbrauch erkennen können. Und damit Jugendliche informierte Entscheidungen über **Safer Sex** (siehe Glossar), Verhütung und einvernehmliche sexuelle Beziehungen treffen können, müssen sie hierzu Wissen und Aufklärung erhalten, bevor sie sexuell aktiv werden.⁹⁵ Denn junge Menschen weltweit sind oft bereits im Teenageralter sexuell aktiv – so auch in Afrika. In den drei Fokusländern hat knapp eines von zehn Mädchen das erste Mal vor ihrem 15. Geburtstag Sex und mehr als die Hälfte vor ihrem 18. Geburtstag.⁹⁶ In Nigeria und Tansania beginnt jede fünfte Teenagerin als 15- bis 19-Jährige mit dem Kinderkriegen, in Sambia fast jede dritte.⁹⁷

³⁾ Zambia National Men's Network for Gender and Development

Eine an den Menschenrechten orientierte und gendersensible Sexuaufklärung ist auch wichtig, um teils gängigen Konzepten von Sexualität entgegenzuwirken, die auf der Unterdrückung von Frauen basieren. Einige schädliche traditionelle Praktiken wie zum Beispiel weibliche Genitalverstümmelung (FGM) dienen unter anderem dazu, Frauen die Lust und Freude am Sex zu rauben.⁹⁸ In diesem Kontext kann Aufklärung, die Themen wie Lust und Vergnügen am Sex (*sexual pleasure*) für Frauen und Männer gleichermaßen ansprechen, dazu beitragen, schädliche Geschlechternormen abzubauen.⁹⁹

Junge Menschen erhalten zu wenig Informationen

Aufgrund von vorherrschenden kulturellen und religiösen Tabus rund um das Thema Sexualität, erhalten junge Menschen in Nigeria, Tansania und Sambia in der Regel jedoch keine beziehungsweise eine nur unzureichende Sexualerziehung. Weder in der Schule noch zuhause bekommen junge Menschen notwendige Informationen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit – ob es nun darum geht, wie sie sich vor einer HIV-Infektion oder ungewollten Schwangerschaft schützen

können, oder um Jugendliche auf ihre Menstruation vorzubereiten. Laut landesweiten Umfragen in Nigeria, Sambia und Tansania, haben weniger als die Hälfte der jungen Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren umfassendes Wissen darüber, wie man sich vor einer HIV-Infektion schützen kann.^{101, 102, 103}

Eine Interviewpartnerin in Tansania erzählte uns von ihrer eigenen Erfahrung, als sie das erste Mal ihre Periode bekam:

„Das Einzige, was meine Mutter mir gesagt hat, war ‚Spiel nicht mit Jungs. Dann wirst du schwanger‘. Und ich habe das so verstanden, dass wenn ich weiter normal mit Jungs [auf dem Spielplatz] spiele, werde ich schwanger.“

Junge Menschen bekommen meist auch nur unzureichende Information über Gesundheitsdienste, die sie in Anspruch nehmen können: wo sie beispielsweise Kondome oder Verhütungsmittel, einen HIV-Test und eine Behandlung für sexuell übertragende Infektionen oder medizinische Versorgung nach einer unsicheren Abtreibung erhalten können.

Mangelhafte Aufklärung in Schulen

In Tansania hat die Regierung zuletzt 2021 im nationalen Aktionsplan zu Gesundheit und Wohlbefinden von Jugendlichen beschlossen, dass ein erweiterter Zugang zu Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit ein wichtiger Schritt ist, um die Zahl der Teenagerschwangerschaften zu verringern.¹⁰⁴ Doch in Gesprächen mit Jugendaktivist:innen in Tansania wurde uns immer wieder berichtet, dass im Sexualkundeunterricht in Schulen lediglich über Bienen und Blumen gesprochen wird und weitere Themen zu Sex und Verhütung in der Regel nicht zur Sprache kommen.



Kernthemen der umfassenden Sexuaufklärung laut UNESCO-Standards, 2018
(Datenquelle: UNESCO¹⁰⁰)

Umfassende Sexuaufklärung ist vielfältig

Die Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Kommunikation (UNESCO) hat 2009 erstmals internationale Standards für umfassende Sexuaufklärung (*comprehensive sexuality education, CSE*) veröffentlicht und zuletzt 2018 aktualisiert. Die Standards bekräftigen, dass CSE untrennbar von Menschenrechten, Geschlechtergerechtigkeit und gesellschaftlicher Vielfalt ist. Dem Zugrunde liegt das Bestreben, positiv, bejahend und am Interesse der jungen Menschen orientiert Lernen zu ermöglichen. Dabei formuliert die UNESCO für alle Kernthemen, die gleichwertig und miteinander verknüpft zu betrachten sind, spezifische altersgerechte Lernziele. Derartige Leitfäden geben Behörden und anderen Akteur:innen im Bildungswesen Unterstützung an die Hand, Lehrpläne zu erstellen, die sich positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden junger Menschen auswirken.

Sambia hingegen war für einige Zeit bezüglich Sexualkunde sogar Vorreiter in der Region und hatte bereits 2014 einen Lehrplan für eine umfassende Sexualaufklärung eingeführt. Die Regierung Sambias arbeitete hierbei eng mit diversen Akteur:innen zusammen und fing Widerstände von Seiten der Kirchen dadurch ein, dass sie sich im offiziellen Lehrplan von LSBTIQ*-Themen distanzieren.¹⁰⁵ Doch auch in Sambia gibt es Probleme bei der Aufklärungsarbeit in der Praxis (siehe Infobox: Sambia schafft umfassende Sexualaufklärung ab). Vor Ort berichteten einige Interviewpartner:innen, dass Lehrkräfte oft individuell entscheiden würden, welche Teile des Lehrplans sie unterrichten. So vermieden sie es über Themen zu sprechen, bei denen sie sich unwohl fühlen. Tabuthemen, über die in der sambischen Gesellschaft grundsätzlich nicht offen gesprochen wird, wie zum Beispiel Verhütung oder sexuell übertragene Infektionen, werden somit übergangen.

In Nigeria betonten viele unserer Gesprächspartner:innen, dass der Sexualkundeunterricht in Schulen nur sehr begrenzte Themen abdeckt und einen Fokus auf Abstinenz legen würde. Der nationale Lehrplan „Familienleben und HIV-Aufklärung“ (*Family Life and HIV Education*) für Aufklärung in Schulen wurde 2004 von der Regierung eingeführt. Frühere Entwürfe hatten eine umfassendere Sexualaufklärung vorgesehen, doch nach Widerstand von Seiten konservativer politischer und religiöser Kräfte wurden bestimmte Inhalte und Themen wieder gestrichen.¹⁰⁶ Außerdem beklagten einige Interviewpersonen, dass es keine nationalen Bemühungen gäbe, Kinder und Jugendliche außerhalb der Schule mit Aufklärungsangeboten zu erreichen. Dies bemängelt auch der UN-Bevölkerungsfonds (UNFPA) mit dem Hinweis, dass circa 18 Millionen Kinder in Nigeria nicht die Schule besuchen.¹⁰⁷

Sambia schafft umfassende Sexualaufklärung ab

Sambia hat kürzlich einen Schritt rückwärts gemacht in Sachen Sexualaufklärung. Nach anfänglichen Gerüchten und Desinformationen zu vermeintlichen Inhalten der Aufklärung an Schulen, die in sozialen Medien kursierten, gab es 2020 einen öffentlichen Aufschrei gegen den bestehenden Lehrplan für umfassende Sexualaufklärung.^{108, 109} Kritik kam vor allem von christlichen Akteur:innen, die die Regierung drängten, Sexualaufklärung an Schulen gänzlich abzuschaffen. Die sambische Regierung rief daraufhin einen übergreifenden Fachausschuss, an dem auch mehrere Ministerien beteiligt waren, zur Überprüfung des Lehrplans ins Leben. Das Ergebnis: 2023 wurde der ursprünglich an den UNESCO-Richtlinien angelehnte Lehrplan durch eine thematisch deutlich abgespeckte Variante namens „Lebenskompetenzen und Gesundheitserziehung“ (*Life Skills and Health Education*) ersetzt.¹¹⁰

Kulturelle Normen verhindern offene Gespräche über sexuelle und reproduktive Gesundheit

Wie in vielen Kulturen und Ländern weltweit, sind Themen rund um reproduktive und sexuelle Gesundheit, Sexualität und vor allem weibliche Körper auch in Nigeria, Sambia und Tansania mit Tabus belegt. Daher fällt es vielen Eltern und älteren Familienmitgliedern schwer, offen mit ihren Kindern und Jugendlichen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu sprechen.

Junge Menschen in den drei Ländern nannten uns verschiedene Gründe, warum es schwierig sei, in der Familie über diese Themen zu sprechen: Manche Eltern schämen sich, offen über Sexualität zu sprechen, andere fühlen sich selbst nicht ausreichend informiert, um ihren Kindern beispielsweise HIV oder Verhütung zu erklären. Manche Erwachsene glauben auch, dass Sexualaufklärung erst dazu führt, dass ihre Kinder sexuell aktiv werden. Einige Interviewpartner:innen erklärten außerdem, dass viele Eltern schlichtweg keine Zeit haben, solche Gespräche mit ihren Kindern zu führen. Denn besonders in von Armut betroffenen Haushalten ist es ein täglicher und zeitraubender Kampf, jeden Tag erneut Essen auf den Tisch zu bringen.

Auch Menstruation ist ein großes Tabuthema. Einige Gesprächspartner:innen berichteten uns, dass viele Mädchen von ihrer ersten Regelblutung völlig überrascht werden. Oft bereiten weder Familienmitglieder noch Sexualkunde-Lehrer:innen Mädchen darauf vor, was Menstruation ist oder wie sie damit umgehen sollen. Die minimalen Informationen, die Jugendliche nach Beginn ihrer Periode erhalten, umfassen häufig keine oder nur zureichende Hinweise darauf, was bei der Menstruationshygiene zu beachten ist, um zum Beispiel Infektionen zu verhindern.

Informationsvakuum bietet Raum für Mythen und Fehlinformation

„Ich glaube, dass die meisten jungen Menschen so oft wie möglich Safer Sex haben wollen, der sich gut anfühlt, befriedigend ist und Spaß macht [...] und viele von ihnen haben wahrscheinlich Schwierigkeiten gute Aufklärung zu finden. Und es ist so einfach, falsche Information zu erhalten, wenn man sich auf Tipps von Freund:innen oder Geschwistern verlassen muss, denn die haben normalerweise auch nicht die richtigen Informationen.“

Mitarbeiter einer Jugendorganisation, Tansania

Wenn Jugendliche nur eine unzureichende Sexualaufklärung in der Schule oder von ihren Eltern erhalten, woher bekommen sie dann Informationen zu Safer Sex, Verhütung und Menstruation? In allen drei Ländern nannten unsere Interviewpartner:innen vor allem ihre Freund:innen und Mitschüler:innen (*peers*) sowie Internet und soziale Medien als wichtige Quellen für Infos rund ums Thema Sexualität, aber auch traditionelle Führungspersonen, religiöse Gemeinschaftszentren, NROs und Gesundheitseinrichtungen.

Während bei NROs, die sich mit SRGR beschäftigen, und Gesundheitszentren davon ausgegangen werden kann, dass sie korrekte und umfassende Informationen an Jugendliche vermitteln, ist das im Freund:innenkreis, in der Kirche oder Moschee und im Internet bei weitem nicht gewährleistet. Mythen über Menstruation, Empfängnis und Verhütung sind vermutlich so alt wie die Menschheit und auch heute weit verbreitet.

In den Bergbauregionen von Tansania glauben manche Menschen zum Beispiel, dass das Erz aus der Mine verschwindet, wenn eine Frau an einem Bergwerk vorbeiläuft, während sie ihre Regel hat. In Sambia (aber auch Nigeria und Tansania) wurde uns berichtet, dass Frauen und Männer teilweise glauben, dass moderne Verhütungsmittel zu Unfruchtbarkeit führen. Und in Nigeria beschrieb ein Jugendaktivist die Einstellung von vielen jungen Männern zu Kondomen so: *„Kondome sind für Trottel. Kondome sind für Leute, die nicht stark genug sind. [...] Wenn du gut im Pull-Out bist, brauchst du dir keine Sorgen um Kondome machen.“*

Ohne ein entsprechendes Korrektiv bietet ein Informationsvakuum außerdem Raum für die Verbreitung von Fehlinformationen etwa von konservativen Akteur:innen, die sich gegen reproduktive und sexuelle Gesundheit und Rechte einsetzen. So wird umfassende Sexualaufklärung teilweise als ausländische beziehungsweise sogenannte „westliche“ Propaganda für die Rechte von LSBTIQ*-Menschen verunglimpft. In Gesprächen in allen drei Ländern wurde uns von einflussreichen christlichen Oberhäuptern berichtet, die mit Fehlinformation in ihren Gemeinschaften Angst vor Aufklärung, Familienplanung und LSBTIQ*-Rechten schürten.

Internet und Soziale Medien: Fluch und Segen zugleich

Junge Menschen im 21. Jahrhundert haben jedoch einen entscheidenden Vorteil, den Generationen vor ihnen nicht hatten: das Internet. Obwohl natürlich nicht alle Jugendlichen Internetzugang oder ein Smartphone haben, vor allem in abgelegenen ländlichen Regionen, sind junge Menschen in Nigeria, Sambia und Tansania vernetzter als je zuvor.^{111, 112} Interviewpartner:innen berichteten uns, dass vor allem in Großstädten wie Dar es Salaam oder Lagos eine Mehrzahl von Jugendlichen Zugang zum Internet und sozialen Medien hat. In Nigeria und Tansania erzählten uns Aktivist:innen, dass junge Menschen auf diese Weise umfassende und korrekte Informationen über ihre SRGR erhalten. Und in allen drei Ländern seien Internet und soziale Medien für junge LSBTIQ*-Menschen Lebensretter: Denn nur hier können sie überhaupt verlässliche Informationen finden, die ihnen eine angemessene Aufklärung bietet, ihren speziellen Bedarfen entgegenkommt und ihnen das Gefühl von „Ich bin nicht allein“ vermittelt.

Doch leider ermöglichen vor allem soziale Medien auch die Verbreitung von Fehlinformation. Und so berichteten viele Interviewpartner:innen in allen drei Ländern, dass junge Menschen auch häufig falsche Information aus dem Internet erhalten. Denn oft wissen Jugendliche – ähnlich wie Erwachsene – nicht zwangsläufig, welche Websites oder Quellen verlässlich sind.

GUTE PRAXIS

Gemeinsam über Tabuthemen sprechen

Der „Join-In Circuit on AIDS, Love and Sexuality“, kurz JIC, ist ein interaktives Tool, um mit jungen Menschen über HIV/Aids, Beziehungen und sexuelle und reproduktive Gesundheit ins Gespräch zu kommen. Die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) implementiert diesen Lern-Parcours in ihrer Arbeit in mehreren Ländern – seit 2015 gemeinsam mit dem nationalen Aids-Rat und der NRO *Afya Mzuri* auch in **Sambia**.

Der Kurs besteht aus elf mobilen und interaktiven Lernstationen, die individuell ausgewählt und kombiniert werden können und dann in Gesundheitszentren und Schulen angewandt werden. Die Teilnehmenden lernen über Bilder, Rollenspiele und Geschichtenerzählen zum Beispiel, was geschlechtsspezifische Gewalt ist und wie sexuell übertragbare Krankheiten übertragen werden. Die Lernstationen wurden in den letzten Jahren mehrfach angepasst, um sicherzugehen, dass der Kurs barrierefrei, inklusiv und gendersensibel ist.

Mehrere Evaluierungen haben gezeigt, dass der JIC sich positiv auf das Wissen und Verhalten von Jugendlichen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit auswirkt. Junge Menschen gingen beispielsweise nach einer Teilnahme am JIC häufiger zum HIV-Test und standen traditionellen Geschlechterrollen und geschlechtsspezifischer Gewalt kritischer gegenüber.^{113, 114}

3.1.2 Ist „jugendfreundliche“ Gesundheitsversorgung wirklich so jugendfreundlich?

Damit junge Menschen Vorsorgeuntersuchungen und medizinische Behandlungen wahrnehmen und Verhütungsmittel verschrieben bekommen können, müssen Angebote und Einrichtungen jugendfreundlich gestaltet werden. Aber was genau heißt eigentlich „jugendfreundlich“? Das Gesundheitsministerium in Nigeria hat bereits vor einigen Jahren nationale Standards für jugendfreundliche Gesundheitsversorgung herausgegeben. Dazu gehört zum Beispiel, dass junge Menschen über die Angebote und Behandlungsmöglichkeiten der nächstgelegenen Gesundheitseinrichtung informiert sind, letztere gut erreichen und Behandlungen problemlos in Anspruch nehmen können. Außerdem sollen die Jugendlichen sich von der Umgebung und

Gestaltung der Gesundheitseinrichtungen angesprochen fühlen und Privatsphäre und Vertraulichkeit genießen können.¹¹⁵ Auch in Sambia steht das Thema jugendfreundliche Gesundheitsversorgung auf dem Papier, denn die Regierung hat ein Strategiedokument dazu veröffentlicht. Darin nimmt sie sich vor, bis 2026 in allen Distrikten jugendfreundliche Bereiche in Gesundheitszentren einzurichten. Bisher seien solche sogenannten „jugendfreundlichen Ecken“ (*youth-friendly corners*) nicht weit genug verbreitet.¹¹⁶

Das Gesundheitsministerium in Tansania sieht hier ebenfalls Verbesserungsbedarf und spricht in seiner Aktions- und Investitionsstrategie für die Gesundheit von jungen Menschen⁹ von Lücken im Gesundheitssystem: In den Gesundheitszentren arbeiten nicht genug Mitarbeitende, die für

⁹ *National Accelerated Action and Investment Agenda for Adolescent Health and Wellbeing*

Welche Eigenschaften hat jugendfreundliche Gesundheitsversorgung?

Diese Wortwolke sammelt Eigenschaften jugendfreundlicher Gesundheitsversorgung und Gesundheitseinrichtungen. Einige Eigenschaften betreffen beispielsweise eher das Gesundheitspersonal, andere Erreichbarkeit und niedrigschwelligem Zugang. Ins Auge fällt auch, dass die Atmosphäre der Gesundheitsversorgung eine zentrale Stellschraube darstellt, um Jugendfreundlichkeit zu gewährleisten.



(Datenquelle: Interviews dieser Studie, angelehnt an CHOICE for Youth and Sexuality¹¹⁷)

die Bedürfnisse von Jugendlichen geschult sind, die Öffnungszeiten sind zu kurz und Bildungsmaterialien und Verhütungsmittel seien auch nicht immer verfügbar.¹¹⁸

Wie sind die Erfahrungen junger Menschen vor Ort?

So ambitioniert einige der nationalen Richtlinien in den drei Ländern sind, so sehr hapert es an der Umsetzung. In der Praxis sind die sogenannten jugendfreundlichen Ecken häufig nicht wirklich jugendfreundlich oder erst gar nicht vorhanden. Die Probleme beginnen bei den Öffnungszeiten: Die Bereiche für Jugendliche haben in manchen Gesundheitszentren nur an bestimmten Wochentagen geöffnet oder nur während der Schulzeit. Wenn eine junge Person zu einem Arzt oder einer Ärztin in die Sprechstunde möchte, ist das nach Schulschluss oft nicht mehr möglich, da die Einrichtung dann schon geschlossen hat. Hinzu kommt, dass die Gesundheitszentren vor allem in ländlichen Gegenden weit verstreut sind. Für einige Menschen ist die nächste Klinik 20 oder sogar 40 Kilometer von ihrem Wohnort entfernt. Auch in größeren Städten, vor allem in schnell wachsenden Stadtgebieten, kann der Fahrtweg zur nächsten Klinik lang sein. Jede Fahrt zum Gesundheitszentrum oder zu einer Klinik ist auch mit Kosten verbunden. Für die Fahrt muss man Zeit einplanen und nicht alle jungen Menschen haben das Geld, um ein Busticket zu kaufen.

Unsere Expert:innen berichteten, dass manchmal nur eine medizinische Fachkraft in den Gesundheitszentren vor Ort sei, die für eine Vielzahl von Patient:innen zuständig ist.

So sähe sich ein:e Mitarbeiter:in gezwungen, Prioritäten zu setzen: Oft erschiene es dann wichtiger einen Malaria-Fall zu behandeln, als dass „Jugendliche ein Kondom anziehen“, erzählt ein:e Interviewpartner:in. Die vorhandenen jugendfreundlichen Ecken bieten darüber hinaus keine umfassenden Dienstleistungen an. Vor allem in ländlichen Regionen gibt es oft nur eine begrenzte Bandbreite an medizinischen Produkten. So gab es beispielsweise beim Besuch einer unserer Interviewpartner:innen in einer Einrichtung im Osten Sambias zwar Kondome, aber weder HIV- noch Schwangerschaftstests. Auch in Nigeria können junge Menschen nicht immer zwischen verschiedenen Verhütungsmitteln wählen, weil oft nur eine bestimmte Verhütungsmethode im Gesundheitszentrum vorrätig ist. In wieder anderen Einrichtungen geben die Mitarbeitenden gar keine Produkte aus, sondern informieren und beraten lediglich zu Familienplanung.

Generell ist der Bestand an Gesundheitsprodukten wie Kondomen, Schwangerschafts- oder HIV-Tests in lokalen Gesundheitszentren so gering, dass die Regale immer wieder auch über längere Zeit leer bleiben. Das medizinische Personal kann die gewünschten Produkte dann nicht aushändigen, sondern alternativ nur ein Rezept ausstellen. Damit können junge Menschen die Artikel in einer Apotheke kaufen. Dies ist für diejenigen ohne Einkommen oder mit geringen finanziellen Mitteln aber keine Alternative. In Tansania sind viele essenzielle Behandlungen kostenpflichtig oder es gibt versteckte Kosten. So müssen Patient:innen zum Beispiel für die Behandlung verschiedener STIs oder für Krebsvorsorge selbst bezahlen (siehe Kapitel 3.1.5).

Selbst wenn eine junge Person die Zeit hat, während der Öffnungszeiten zu einem Gesundheitszentrum zu gehen oder zu fahren, sowie das Geld hat, für den Transport, die Behandlung und Medikamente zu bezahlen, bleibt noch eine Frage offen: Wie steht es mit der Vertraulichkeit?

Viele der vorgeblich jugendfreundlichen Ecken haben keinen eigenen Eingang und auch keinen eigenen Wartebereich. Gesprächspartner:innen berichteten uns, dass manchmal eine Bank unter einem Baum die einzige Sitzmöglichkeit sei. Was wenn dort auch der Nachbar von gegenüber oder die Tante mütterlicherseits sitzt und wartet, die zufällig auch in dieses – das einzige – Gesundheitszentrum gehen. Das Jugendliche Sex haben, ist immer noch ein großes Tabu. Junge Menschen nutzen das Gesundheitsangebot aus Angst, entdeckt zu werden, nicht, wenn sie bei jedem Besuch in der Sprechstunde riskieren müssen, auf bekannte Gesichter zu treffen. Viele Gesprächspartner:innen berichteten uns, dass in vielen Gesundheitseinrichtungen auch nicht immer die notwendige Privatsphäre von Jugendlichen und jungen Menschen gewahrt werde. Mit der medizinischen Fachkraft unter vier Augen sprechen zu können, sei keine Selbstverständlichkeit – manchmal finden Beratungen einfach zwischen Tür und Angel statt. Einige junge Menschen, nehmen daher einen weiteren Weg in Kauf und fahren zu Kliniken, die weit genug weg sind, sodass sie niemand persönlich kennt. Auch junge Patient:innen mit HIV bevorzugen es, in weiter entfernte Gesundheitseinrichtungen zu fahren, da sie sonst eine Stigmatisierung fürchten. Die dadurch entstehenden zusätzlichen Transportkosten können so, auch wenn die antiretrovirale Therapie selbst gratis ist, eine finanzielle Belastung sein.

Daher ist es besonders wichtig, dass entsprechende Bereiche in Gesundheitseinrichtungen nicht nur jugendfreundlich, sondern *nur für Jugendliche* sind und abgetrennte Eingänge und Wartebereiche haben.

Jugendgesundheit wird nicht priorisiert

Die Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Menschen erhalten längst nicht immer die notwendige Priorität, die ihnen gebührt. Wie sich in den letzten Jahren gezeigt hat, fallen beim Ausbruch von Pandemien oder anderen Krisen schnell Angebote in der Gesundheitsversorgung zum Opfer, die sich gezielt an Jugendliche richten. So wurden beispielsweise in Sambia die „jugendfreundlichen Ecken“ in den frühen Jahren der Covid-19-Pandemie geschlossen oder während des Cholera-Ausbruchs Ende 2023 für die Behandlung von Cholera-Patient:innen genutzt. Für junge Menschen wurden in dieser Situation keine alternativen Räumlichkeiten angeboten. Die Schließung von jugendfreundlichen Bereichen in der Gesundheitsversorgung blieb in der Vergangenheit nicht ohne Konsequenzen: Während der ersten Jahre der COVID-19-Pandemie verloren Millionen Menschen den Zugang zu Verhütungsmitteln. Mitarbeitende mobiler Kliniken berichteten in dieser Zeit von einem deutlich höheren Bedarf an Familienplanung bei jugendlichen Mädchen und einer gestiegenen Anzahl an Teenagerschwangerschaften.¹¹⁹

Als weiteren großen Kritikpunkt an den bestehenden Gesundheitsdienstleistungen und „jugendfreundlichen Ecken“ nannten Interviewpartner:innen, dass sie nicht inklusiv seien. Junge Menschen mit Behinderung und LSBTIQ*-Jugendliche könnten die Angebote daher oft nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen (siehe Kapitel 3.1.4).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die sogenannten „jugendfreundlichen Ecken“ Orte sein sollten, die besonders auf die Bedürfnisse von jungen Menschen zugeschnitten sind, ihnen Vertraulichkeit und Privatsphäre bieten und in denen sie von ausgebildeten und sensibilisierten Mitarbeitenden betreut werden. Dazu gehört auch, dass Jugendliche sich dort wohlfühlen und die Bereiche ansprechend gestaltet sind. Wenn junge Menschen die „jugendfreundlichen“ Angebote nicht nutzen – also gar nicht erst kommen –, ist das ein eindeutiges Zeichen dafür, dass etwas nicht stimmt.

GUTE PRAXIS

Wie eine App die Gesundheitsversorgung für Jugendliche verbessert

Die Organisation *SAFAIDS* hat eine App entwickelt, mit der Jugendliche in **Sambia** und fünf anderen Ländern im südlichen Afrika Missstände und Probleme in Gesundheitseinrichtungen melden können. Wenn ein Jugendlicher zum Beispiel in eine Klinik geht, um sich zu HIV beraten zu lassen, und die Einrichtung trotz anders lautender Infos geschlossen ist oder keine HIV-Tests vorrätig hat, kann er dies direkt über die App melden. Die Meldung wird dann von einem oder einer Mitarbeitenden der Klinik gelesen und bearbeitet. Mit den anonymisierten Daten, die über die App gesammelt werden, können so die häufigsten Probleme bei der Gesundheitsversorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfasst werden – mit dem Zweck, diese gezielt abzubauen. Gleichzeitig können die Daten genutzt werden, um Advocacy-Kampagnen zu untermauern und so die Gesundheitspolitik zu verbessern.^{120, 121}

3.1.3 Wenn medizinisches Personal Vorurteile hat

In allen Fokusländern wurde uns berichtet, dass Gesundheitspersonal in der Regel vorurteilsbehaftete und bevormundende Einstellungen gegenüber jungen Patient:innen hat, vor allem wenn es um deren sexuelle und reproduktive Gesundheit geht. Auf Englisch als *Provider Bias* bezeichnet, ist diese Haltung ein wichtiger Grund, warum die Gesundheitsversorgung nicht jugendfreundlich ist. Mehrere Interviewpartner:innen bewerteten *Provider Bias* sogar als eines der größten Hindernisse für die Erfüllung der SRGR von jungen Menschen.

Persönliche Überzeugungen statt Bedürfnisse junger Menschen

In allen Fokusländern berichteten Gesprächspersonen, dass medizinisches Personal Jugendliche in der Regel unprofessionell behandle – sowohl im Sinne der medizinischen Grundprinzipien, als auch was die Bedürfnisse der jungen Patient:innen betrifft. Wenn Mitarbeitende morgens die Gesundheitseinrichtung betreten, tragen sie auch ihre persönlichen Überzeugungen und Ansichten herein. Diese werden im Behandlungszimmer nicht abgestreift, sondern fließen häufig in die Behandlung und Beratung mit ein. Das ist zunächst einmal kein Sonderfall, denn Menschen überall auf der Welt agieren nach ihren Überzeugungen und Werten. Problematisch wird es dann, wenn diese Überzeugungen die Gesundheit und Entscheidungsfreiheit junger Menschen beschränken.¹²²

In allen drei Fokusländern hoben die Interviewpartner:innen hervor, dass oftmals religiöse und kulturelle Überzeugungen der Gesundheitsmitarbeiter:innen ihre Beratung und Behandlung von Jugendlichen prägen.

Junge Menschen fühlen sich oft vom Gesundheitspersonal für ihre Anliegen verurteilt und stigmatisiert. Einer Studie zum Thema Stigmatisierung junger Frauen in Sambia zufolge entstehen Vorurteile und Stigmata oft nicht aus Böswilligkeit gegenüber jungen Menschen, sondern setzen sich eher unbeabsichtigt und unreflektiert im Kopf des Gesundheitspersonals fest. Dazu tragen das gesellschaftliche Umfeld und die in der Gesellschaft tief verwurzelten Auffassungen entscheidend bei.¹²³

Junge Menschen werden in Gesundheitseinrichtungen oft gedemütigt

Für eine junge Frau, die sich beispielsweise gerade verliebt hat und anfängt, sich intensiv mit Verhütung auseinanderzusetzen, kann es viel Überwindung kosten, sich zu einer Beratung aufzumachen. Sobald sie einer Krankenschwester gegenüber sitzt und nach Verhütungsmitteln fragt, muss sie möglicherweise zunächst eine Zurechtweisung über ihr Sexualleben über sich ergehen lassen. So kann sich eine Sprechstunde in einer Gesundheitseinrichtung für junge Menschen wie ein Verhör anfühlen. Unsere Gesprächspartner:innen berichteten uns, dass junge Patient:innen häufig Fragen an den Kopf geworfen bekämen wie: Du bist doch viel zu jung, warum denkst du daran, Sex zu haben? Warum brauchst du Kondome? Weiß deine Mutter, dass du hier bist? Im Wartezimmer zu sitzen und davon ausgehen zu müssen, dass das Gesundheitspersonal derartige Fragen stellt, kann bei Jugendlichen verständlicherweise großes Unbehagen auslösen.

„Einige der Gesundheitsdienstleister:innen sind sich darüber im Klaren, dass sie medizinisches Personal sind und keine Moralapostel oder die Moralpolizei, aber bei weitem nicht alle.“

Jugendaktivist, Nigeria

Wenn in der Sprechstunde konkrete Hinweise auftreten, dass ein:e Patient:in im Teenageralter sexuell aktiv ist, beispielweise bei der Frage nach einem Test auf sexuell übertragbare Infektionen, kann es durchaus vorkommen, dass das Gesundheitspersonal aus der Haut fährt. Dies sei darauf zurückzuführen, dass in der Gesellschaft die Überzeugung vorherrsche, dass sexuelle Aktivität junger Menschen eine moralische Verfehlung sei, vor allem für unverheiratete Frauen.

In unseren Interviews in allen drei Ländern wurde deutlich, dass es dem medizinischen Personal oft an professioneller Distanz fehle und Gesundheitsarbeiter:innen ihre jungen Patient:innen so behandelten, als ob sie mit ihren eigenen Kindern sprechen. Jugendliche fühlten sich daher so, als stünden sie maßregelnden und schimpfenden Eltern gegenüber, wenn sie Kondome besorgen oder einen Schwangerschaftstest haben möchten. In manchen Fällen verletze das Gesundheitspersonal sogar die Vertraulichkeit der Behandlung und kontaktiere die Eltern ihrer jungen Patient:innen, um ihnen von deren Klinikbesuch zu berichten.

Wie in einem Interview in Sambia berichtet, komme es auch vor, dass Gesundheitsdienstleister:innen aus religiösen Überzeugungen einzelne Behandlungen – zum Beispiel Schwangerschaftsabbrüche – verweigerten, obwohl sie dazu von Vorgesetzten eigentlich angewiesen seien.¹²⁴ Ähnlich könne es vorkommen, dass Gesundheitspersonal sich weigere, Verhütungsmittel an junge Menschen auszugeben, und diese die Klinik mit leeren Händen verlassen müssten.

Schlechte Erfahrungen mindern das Vertrauen in das Gesundheitssystem

Unter dem weit verbreitetem Provider Bias leidet nicht nur die medizinische Qualität der Versorgung. Jugendliche werden abgeschreckt, Gesundheitskliniken überhaupt zu besuchen. Denn wie sich das Gesundheitspersonal verhält, bestimmt maßgeblich die Zufriedenheit junger Menschen mit ihrer Behandlung. Damit entscheidet sich auch, ob sie bei der nächsten Gelegenheit wiederkommen und medizinische Beratung in Anspruch nehmen.^{125, 126}

Sieht sich eine junge Frau zum Beispiel in der Sprechstunde Vorwürfen ausgesetzt, dass sie sich promiskuitiv und unmoralisch verhält, weil sie sich nach Verhütungsmitteln erkundigt, verlässt sie die Gesundheitseinrichtung gedemütigt – vielleicht auch wütend. Wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt den Verdacht hat, dass sie schwanger ist und dazu Beratung sucht, ist es unwahrscheinlich, dass sie dieselbe Gesundheitseinrichtung wieder aufsucht. Vielleicht versucht sie ihr Glück bei einer anderen Klinik, die weiter von zu Hause entfernt liegt. Oder sie geht grundsätzlich nur noch im Notfall in eine Klinik. Wie mehrere Interviewpartner:innen in allen Fokusländern berichteten, verzichteten viele jungen Menschen aus Angst vor Verurteilung und Diskriminierung auf eine professionelle Gesundheitsversorgung.

In Sambia wurde uns geschildert, dass sich einige junge schwangere Frauen aus diesem Grund für eine unbetreute und riskantere Geburt zu Hause entschieden. Eine Gesprächsperson aus Nigeria erzählte uns von einer jungen Frau, die aus Angst vor einer Stigmatisierung im nahegelegenen Krankenhaus lieber eine:n unprofessionelle:n Gesundheitsdienstleister:in konsultiert habe. Später sei sie an den Folgen einer unsicheren Abtreibung gestorben. Provider Bias kann daher nicht nur gesundheitsschädigend, sondern auch tödliche Auswirkungen haben.

„In einigen Fällen sind die Leute, die diese Servicestellen leiten, nicht gut geschult. Sie wissen nicht, wie sie mit den jungen Leuten umgehen sollen, damit sie wiederkommen. So kann es zum Beispiel sein, dass ein junges Mädchen mit 16, 17 oder 18 Jahren zur Familienplanung kommen möchte. Die Krankenschwester sagt ihr dann: ‚Du solltest auf Sex verzichten! [...] Das Mädchen wird nach Hause gehen und nie wiederkommen! Das ist eine verpasste Chance.“

Vertreter einer Jugendorganisation,
Nigeria

Unzureichende Schulung des Gesundheitspersonals

Viele unserer Interviewpartner:innen vermuten, dass unzureichende Schulung ein Grund dafür ist, warum es dem Gesundheitspersonal so schwer fällt, jugendliche Patient:innen respektvoll und effektiv zu behandeln. Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen sollten daher umfassend dafür geschult werden, ihre persönlichen Überzeugungen während der Behandlung junger Menschen hintenanzustellen – zum Beispiel durch sogenannte *Values Clarification and Attitude Transformation* Workshops (siehe Box Gute Praxis: Erfolgreich Vorurteile abbauen). Zudem verfügten Gesundheitsdienstleister:innen oft nicht über das notwendige Wissen zu den spezifischen Belangen, die junge Menschen rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) haben. Auch dies müsse daher stärker in ihre Ausbildung integriert werden.

Nicht zuletzt sei auch der Altersunterschied zwischen jungen Patient:innen und älterem Gesundheitspersonal, das junge Menschen mit engstirnigen und stigmatisierenden Einstellungen verbindet, häufig eine Vertrauensbarriere. Mehrere Interviewpartner:innen betonten, dass junge Menschen sich leichter öffneten und Vertrauen bildeten, wenn sie gleichaltrigen oder zumindest jüngeren Gesundheitsdienstleister:innen gegenüber saßen.

GUTE PRAXIS

Erfolgreich Vorurteile abbauen

Ein erfolgreicher Weg, um Provider Bias abzubauen, sind Schulungen im Sinne der *Values Clarification and Attitudes Transformation* (VCAT), auf Deutsch „Klärung von Werten und Veränderung von Einstellungen“. Bei VCAT-Formaten führen Moderator:innen Teilnehmende durch einen Prozess, in dem sie ihre persönlichen Werte, Einstellungen und Handlungen kritisch reflektieren.¹²⁷ Die Organisation *MSI Tanzania* führt seit 2015 VCAT-Workshops durch mit dem Ziel, Gesundheitspersonal zu sensibilisieren, unsichtbare Hürden bei der Behandlung junger Menschen aufzudecken und langfristig die Bereitstellung von Verhütungsmitteln für Jugendliche zu verbessern. Evaluationen zeigen, dass diese Formate Vorurteile und eine voreingenommene Haltung reduzieren und sich dadurch Beratungsleistungen zu Verhütung und Familienplanung für junge Menschen verbessern können.¹²⁸

GUTE PRAXIS

Anleitungen für diskriminierungsfreies Arbeiten

Das „MakeWay“ Projekt setzt sich in fünf afrikanischen Ländern sowie auf regionaler und globaler Ebene für eine **intersektionale** (siehe Glossar) Perspektive auf SRGR ein. Das Ziel des Projekts ist es, Barrieren abzubauen für diejenigen, die gleich auf mehrfache Weise, etwa aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Religion, ihrer Behinderung, ethnischen Zugehörigkeit oder ihres sozialen Status diskriminiert werden. Das Projekt wird durch das Außenministerium der Niederlande gefördert und gemeinsam von sechs Organisationen in Äthiopien, Kenia, Ruanda, Uganda und **Sambia** umgesetzt. Ein Teil des Projekts sind intersektionale Handlungsleitfäden, die frei verfügbar auf der MakeWay-Website zu finden sind. Diese bieten anderen NROs, Trainer:innen und allen Interessierten eine Anleitung, wie sie zum Beispiel eine barrierefreie, intersektionale Kommunikationsstrategie entwickeln oder einen Trainingskurs gestalten können.¹²⁹

3.1.4 Wer wird zurückgelassen?

Ein Thema, das in unseren Gesprächen immer wieder aufkam, ist der Mangel an Inklusion in der Gesundheitsversorgung. Verschiedene Gruppen, darunter junge Menschen mit Behinderung, junge LSBTIQ*-Personen und Jugendliche mit HIV, die besonders vulnerabel für geschlechtsspezifische Gewalt sind, werden diskriminiert und ausgegrenzt.

Junge LSBTIQ*-Personen

Als die ugandische Regierung im Jahr 2023 die Gesetzgebung gegen Homosexuelle drastisch verschärfte,¹³⁰ waren die Auswirkungen und der Schock auch in den umliegenden Ländern zu spüren, berichteten auch unsere Gesprächspartner:innen. In Tansania, Sambia und Nigeria sind ebenfalls bereits strenge Gesetze gegen sexuelle Minderheiten in Kraft. Daher sind sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für junge queere Menschen ein besonders heikles Thema. In allen drei Ländern ist gleichgeschlechtlicher Sex illegal. Während in Sambia und Tansania lebenslange Haftstrafen drohen, variieren die Strafen in Nigeria je nach Bundesstaat zwischen 14 und 21 Jahren.^{a)131} Die strengen Gesetzgebungen in den drei Ländern gehen auf die britische Kolonialzeit zurück und sind auch nach der Unabhängigkeit bestehen geblieben.^{132,133} In Tansania hat die Regierung

a) In den meisten Bundesstaaten im Süden Nigerias wird der *Criminal Code Act* (2004) angewendet, wohingegen im Norden des Landes der *Penal Code* (1959) gilt. Darüber hinaus wenden 12 Staaten im Norden den *Sharia Penal Code* an. Je nach Härte der Gesetze wird gleichgeschlechtlicher Sex dort mit Auspeitschen oder sogar der Todesstrafe beahndelt. (Quelle: ILGA World (2024). Legal Frameworks. Criminalisation of consensual same-sex sexual acts (ILGA World Database). <https://database.ilga.org/criminalisation-consensual-same-sex-sexual-acts> (28.06.24).)

die bestehenden Gesetze in den letzten Jahren weiter verschärft. Parlamentsmitglieder tun ihre Abneigung gegen Homosexuelle offen in den Medien kund¹³⁴ – wer sexuelle Minderheiten diskriminiert, muss keine rechtlichen Konsequenzen fürchten.^{135,136} In Sambia entfachte 2022 eine Modenschau eine Debatte in den Medien: Religiöse Organisationen warfen den Veranstaltenden vor, „nationale Werte zu verletzen“, wenn Männer in femininer Kleidung über den Laufsteg gingen.¹³⁷

Das restriktive politische und gesetzliche Umfeld führt dazu, dass junge queere Menschen in Projekten zu SRGR nicht offen in Maßnahmen eingeschlossen und in Gesundheitszentren häufig von Mitarbeitenden diskriminiert werden. Auf unseren Reisen berichteten mehrere Gesprächspartner:innen, dass die Gesundheitszentren und die medizinische Versorgung generell nicht inklusiv, geschweige denn gendersensibel seien. Zwar erzählten uns einzelne Gesprächspartner:innen, dass sie in den Großstädten durchaus Gesundheitszentren kennen würden, in denen sie gut behandelt würden. Dieses Wissen tragen sie innerhalb ihrer Gemeinschaft auch weiter. Generell werden jedoch fast alle marginalisierten Personen regelmäßig diskriminiert, wenn sie eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen wollen. Eine Gesprächsperson in Tansania berichtete beispielsweise, dass man als junge Mutter, queere oder HIV-positive Person manchmal den ganzen Tag im Warteraum sitzen gelassen würde. Im schlimmsten Fall würde man gebeten, am nächsten Tag wieder zu kommen. Dies könne zum Beispiel passieren, wenn man als männlich wahrgenommene Person feminin erscheine.

Medizinisches Personal ist in der Regel nicht darin geschult, mit verschiedenen Geschlechtsidentitäten angemessen umzugehen. In Sambia wurde uns berichtet, dass trans* Personen keine Medikamente bekommen könnten, um ihre Geschlechtsidentität anzugleichen und zu unterstützen. In Nigeria

berichteten Gesprächspartner:innen, dass die Diskriminierung und schlechte Gesundheitsversorgung von trans* Personen dazu führe, dass sie Medikamente auf dem Schwarzmarkt kauften, ohne eine begleitende professionelle medizinische Beratung zu erhalten.

Junge Menschen mit HIV

Auch junge Menschen, die seit ihrer Geburt HIV haben, werden nicht ausreichend in bestehenden Projekten berücksichtigt. Häufig zögern sie, ihren Status offen zu kommunizieren. Immer noch haben viele Menschen Vorurteile und Fehlinformationen über HIV. Einige junge Menschen wissen nicht von ihrer Erkrankung, da ihre Eltern aus Angst davor, stigmatisiert zu werden, es ihnen nicht erzählen.

Mangelnde Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten (STIs) und geringe Verfügbarkeit von Prä-Expositions-Prophylaxe, kurz PrEP, führen dazu, dass die HIV-Raten besonders unter jungen Menschen steigen.¹³⁸ Wird PrEP wie verschrieben eingenommen, schützt es genauso gut wie ein Kondom oder antiretrovirale Therapie vor einer Ansteckung mit HIV.

Für homosexuelle Personen kann die HIV-Behandlung besonders schwierig sein. Wurden sie positiv auf HIV oder eine andere STI getestet, werden sie in der Regel aufgefordert, mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin wiederzukommen, um diese:n ebenfalls zu behandeln. Aufgrund der drohenden hohen Haftstrafen bei Homosexualität und dem generell feindlichen Umfeld können LSBTIQ*-Personen dieser Aufforderung kaum nachkommen.

Zu beachten ist dabei, dass in der Bekämpfung von HIV cis „Männer, die Sex mit Männern haben“ (*men who have sex with men*, MSM) als zentrale Zielgruppe (*key population*) gesehen werden.¹³⁹ In diesem Zusammenhang sind MSM im Gesundheitswesen bedingt adressiert, vor allem in Ländern, in denen Homosexualität sonst kriminalisiert ist. Wenn NROs jedoch über die als MSM definierte Personengruppe hinaus medizinische Versorgung auch explizit für schwule Männer anbieten, drohen ihnen rechtliche Probleme. Beispielsweise entzog die tansanische Regierung einer der größten NROs in diesem Bereich – entgegen internationalen Übereinkommen – aus diesem Grund die Registrierung.^{140, 141}

Junge Menschen mit Behinderung

Schätzungen zufolge hat weltweit eines von zehn Kindern unter 18 Jahren eine Behinderung, in West- und Zentralafrika sind es rund 15 Prozent.¹⁴² Oft sind junge Menschen mit Behinderung allerdings keine klar definierte Bevölkerungsgruppe: Das Konzept von Behinderung ist fluide, es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Arten von Behinderungen, die unterschiedlich lange erlebt werden können, das heißt zeitweise und lebenslange Behinderungen. Vorurteile und Stigma führen dazu, dass Haushalte mit behinderten Familienmitgliedern zögern, an Statistiken oder Erhebungen teilzunehmen. Die Dunkelziffer behinderter Menschen dürfte also groß sein.¹⁴³ Gebäude und Informationen sind in den meisten Fällen nicht inklusiv und barrierefrei. Das macht es jungen Menschen mit Behinderung besonders schwer, an Informationen zu Themen rund um Sexualität zu bekommen und medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Außerdem haben Gesundheitsmitarbeitende oft Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderungen und sind unzureichend im Umgang mit ihnen geschult.

Viele der älteren Gesundheitseinrichtungen sind nicht barrierefrei, das heißt, es gibt keine Rampen oder Fahrstühle, um in einem Rollstuhl ins Gebäude zu gelangen. Schriftliche Informationen gibt es nur sehr selten in Braille, also Blindenschrift. Nur wenige oder gar keine Mitarbeitende beherrschen Gebärdensprache, um mit gehörlosen Patient:innen zu kommunizieren. Dies führt dazu, dass junge Menschen mit Behinderung andere Menschen um Hilfe bitten müssen, wenn sie Informationen oder eine Beratung benötigen. Gerade, wenn es um Sexualität geht, kann das eine hohe Hemmschwelle darstellen. Auch nach Verhütungsmitteln zu fragen, kann sehr unangenehm sein, da medizinisches Personal oft Vorurteile hat und davon ausgeht, dass junge Menschen mit Behinderung sowieso nicht sexuell aktiv sind. Auch viele Eltern glauben, dass junge Menschen mit Behinderung keinen Sex haben (werden) und klären sie daher nicht auf. Dabei sind Personen mit Behinderung mit derselben Wahrscheinlichkeit sexuell aktiv wie Personen ohne Behinderung.^{144, 145} Ob junge Menschen mit Behinderung Aufklärung erhalten und Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können, hängt somit neben barrierefreien Materialien und Infrastrukturen auch von ihren Erziehungsberechtigten, Pflege- und Hilfspersonen ab.¹⁴⁶

Mehrere Gesprächspartner:innen berichteten, dass Ärzt:innen und Pfleger:innen junge Menschen mit Behinderung einfach übergehen: Sie können entscheiden, wen sie zuerst behandeln, und junge Menschen mit Behinderung sind oft nicht willkommen. Gespräche und Beratung finden manchmal über den Kopf der behinderten Patient:in hinweg nur mit der Assistenzperson statt. Weil medizinisches Personal in der Regel nicht die Gebärdensprache beherrscht, sind Begleitpersonen, die die Übersetzung übernehmen, somit automatisch in einer Machtposition, möglicherweise übergriffig gegenüber Patient:innen und könnten so Gewalt reproduzieren.

Fehlende Daten zu marginalisierten Gruppen

Von wie vielen Menschen sprechen wir hier eigentlich? Dazu gibt es leider keine offiziellen Daten. Zu vielen Bevölkerungsgruppen, die eigentlich am dringendsten Unterstützung bräuchten, fehlen disaggregierte Daten. Zum Beispiel ist die vermutete Zahl trans* und intergeschlechtlicher junger Menschen in den drei Ländern nicht bedeutungslos,¹⁴⁷ dennoch werden keine nationalen Daten zu ihnen erhoben. Da es wenig bis keine Forschung zu dieser Gruppe gibt, wissen auch NROs, die zu SRGR arbeiten, wenig über die Bedürfnisse und verschiedenen Gruppen innerhalb der LSBTIQ*-Gemeinschaft. Zwar gibt es auf UN-Ebene Schätzungen zur Größe dieser marginalisierten Gruppen, aber ausreichend ist das nicht. Ohne offizielle Daten ist es für NROs schwieriger, sich über Advocacy-Arbeit für die Belange marginalisierte Menschen einzusetzen, und für Regierungsvertretende einfacher, bestimmte Gruppen zu ignorieren.

Weitere sehr vulnerable Gruppen sind Sexarbeiter:innen und junge Menschen in Gefängnissen. Sie können sich besonders schlecht vor STI schützen. In Sambia berichtete uns eine Person, dass es beispielsweise verboten sei, in Gefängnissen Kondome zu verteilen. Auch zu jungen inhaftierten Menschen gibt es keine Daten. So ist zum Beispiel nicht bekannt, wie viele junge Frauen wegen illegalen Abtreibungen im Gefängnis sitzen.

„Wir werden zurückgelassen“, brachte eine junge Person mit Behinderung es im Gespräch mit uns auf den Punkt. Viele Mitarbeitende in den Gesundheitszentren seien nicht geschult, um mit Menschen mit verschiedenen Behinderungen und Bedürfnissen umzugehen. Wie wichtig Brailleschrift nicht nur für Informationsmaterialien ist, sondern auch für Gesundheitsprodukte, zeigt ein einfaches Beispiel: Auf Kondomverpackungen gibt es keine Informationen in Braille. Ein blinder Jugendlicher, der das erste Mal ein Kondom benutzen möchte, kann die Anleitung nicht lesen. Auch das Ablaufdatum ist für ihn nicht lesbar.

GUTE PRAXIS

Sichere Unterkünfte für LSBTIQ*-Jugendliche

Die Jugendorganisation *Improved Sexual Health and Rights Advocacy Initiative* (ISHRAI) unterstützt LSBTIQ*-Personen in **Nigeria**. Zum einen leistet die NRO psychologische und rechtliche Betreuung, macht Advocacy-Arbeit und bietet Aufklärung zu SRGR-Themen an. Zum anderen bietet sie temporäre Unterkünfte für LSBTIQ*-Personen, die Schutz vor Gewalt und Diskriminierung suchen und ein freundliches und unterstützendes Umfeld benötigen. Über das sogenannte „Safe Shelter“ Programm¹⁴⁸ stellt ISHRAI zwei Unterkünfte für jeweils ca. 25 Personen bereit, in denen eine Person bis zu drei Monate, in Ausnahmefällen auch länger, Zuflucht suchen kann. Damit reagiert die Organisation auf die Unsicherheit und Gewalt, denen LSBTIQ*-Personen in Nigeria ausgesetzt sind.

„Für mich als blinde Person ist das Hauptproblem, dass ich Informationen nicht in der Form erhalte, die für mich zugänglich ist – in Braille.“

Jugendaktivistin, *Sambia*

Hinzu kommt der Kostenfaktor: Da die meisten jungen Menschen mit Behinderung arbeitslos sind und kein eigenes Einkommen haben, können sie es sich häufig nicht leisten, Verhütungsmittel in Apotheken zu kaufen.

Auch auf politischer Ebene und in Programmen der Entwicklungszusammenarbeit gibt es wenige Initiativen, um junge Menschen mit Behinderung in Dienstleistungen der SRGR zu integrieren.¹⁴⁹ Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, dass jede Person mit Behinderung andere Bedürfnisse und Hilfsbedarfe hat – es gibt nicht den einen Lösungsansatz, der für alle passt.

GUTE PRAXIS

Förderung der nächsten Generation von Aktivist:innen

Die *Young and Alive Initiative* ist eine Jugendorganisation in **Tansania**, die unter anderem in die Fortbildung der nächsten Generation von Jugendaktivist:innen investiert.¹⁵⁰ Mit dem „Young and Alive Fellowship“ fördert sie die Führungskapazitäten junger Aktivist:innen – mit Fokus auf Jugendliche aus marginalisierten Gemeinschaften. In diesem Programm lernen Jugendliche über SRGR-Themen und Advocacy-Strategien. Indem sie zum Beispiel in SMART Advocacy¹⁵¹ Methoden geschult werden, soll gesichert werden, dass junge Menschen nachhaltig an politischen Prozessen teilnehmen und ihre Zukunft mitbestimmen können.

GUTE PRAXIS

Die Stimme von marginalisierten jungen Frauen stärken

Die Organisation *Hivos* unterstützt mit dem internationalen Projekt „We Lead“ zivilgesellschaftliche Organisationen in neun Ländern, um die SRGR von besonders marginalisierten jungen Frauen zu stärken. Im Rahmen dieses Projekts organisierte die Jugendorganisation *Sustainable Impact and Development (SID) Initiative* in Lagos, **Nigeria**, einen zweitägigen Workshop für junge Frauen mit Behinderung sowie junge Frauen, die mit HIV leben. Im ersten Schritt vermittelten Fachexpert:innen den jungen Frauen Wissen rund um SRGR. Im zweiten Schritt wurden die Teilnehmerinnen darin geschult, wie sie sich gemeinsam für ihre Belange einsetzen können. In Gruppendiskussionen erarbeiteten sie Empfehlungen für einen verbesserten und inklusiven Zugang zu SRGR-Dienstleistungen. Das Ergebnis war ein gemeinsam erstelltes Strategiepapier, das nun für die Advocacy-Arbeit genutzt wird.^{152, 153}

3.1.5 Armut mitdenken: Wie prekäre Lebensbedin- gungen SRGR beeinflussen

Wer sich mit Lücken in der sexuellen oder reproduktiven Gesundheitsversorgung junger Menschen beschäftigt, muss das Thema Armut mitdenken. Das betonten viele unserer Interviewpartner:innen in den drei Fokusländern. Denn wer jeden Abend hungrig ins Bett geht und sich Tag für Tag bemühen muss, seine oder ihre grundlegendsten menschlichen Bedürfnisse zu erfüllen, wird nicht stundenlang in einer Gesundheitsklinik auf einen Beratungstermin warten können. Aus dieser Perspektive kann Armut zum einen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit schaden und führt zum anderen dazu, dass junge Menschen ihre sexuellen und reproduktiven Rechte unzureichend wahrnehmen können. Je nach ihrer sozioökonomischen Lebenslage haben Jugendliche ganz unterschiedliche Bedürfnisse im Hinblick auf ihre SRGR. Alleinerziehende junge Mütter zum Beispiel, die lediglich ein paar Tütchen Obst pro Tag an einem Marktstand verkaufen, um über die Runden zu kommen, haben ganz andere Probleme als junge Mütter mit Festanstellung oder einem Ehepartner, der ein gesichertes Einkommen hat.

Laut aktuellen Schätzungen der Weltbank lebt in Subsahara-Afrika etwa jeder dritte Mensch unterhalb der Armutsgrenze und ist somit, in anderen Worten, von extremer Armut betroffen.^{a) 154, 155} Das sind weit mehr als in jeder anderen Weltregion und deutlich über dem weltweiten Durchschnitt. Durch die COVID-19-Pandemie wird sich der Anteil der Menschen, die von extremer Armut betroffen

^{a)} Eine Person, die unterhalb der internationalen Armutsgrenze lebt, bzw. von extremer Armut betroffen ist, hat nach Definition der Weltbank weniger als 2,15 US-Dollar pro Tag zur Verfügung (nach der Kaufkraftparität im Jahr 2017).

sind, nach Schätzungen noch erhöht haben – der erste Anstieg der weltweiten Armutsrate seit Jahrzehnten.¹⁵⁶ In Nigeria lebt etwas weniger als ein Drittel der Menschen in extremer Armut, in Tansania knapp die Hälfte und in Sambia fast zwei Drittel der Menschen.¹⁵⁷

Schätzungen zufolge lebt ein Großteil der weltweit von extremer Armut betroffenen jungen Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren in Subsahara-Afrika. Extreme Armut betrifft dort demzufolge dutzende Millionen junge Menschen (80 Millionen im Jahr 2019).¹⁵⁸ Zukünftig wird sich das Problem in mehreren Ländern Subsahara-Afrikas noch weiter verschärfen. Nigeria ist weltweit das Land, in dem aufgrund des Bevölkerungswachstums und zu geringer Fortschritte in der Armutsbekämpfung die absolute Zahl an von extremer Armut betroffener junger Menschen bis 2030 am meisten wachsen könnte.¹⁵⁹

Viele unserer Interviewpartner:innen erklärten, dass wirtschaftliches Empowerment für junge Menschen eine entscheidende Grundlage sei, um ihre SRGR zu gewährleisten. Jugendliche müssen sich SRGR leisten können: Sie dürfen sich nicht entscheiden müssen, ob sie ihren Stundenlohn für einen Sack Reis oder einen STI-Test ausgeben. Sie müssen in der Lage sein, ihre Existenz zu sichern und ihr Leben unabhängig zu gestalten.

Gesundheitsdienste und -produkte belasten den Geldbeutel

Die hohen Kosten von Gesundheitsdiensten und -produkten können junge Menschen stark belasten. Die Mehrzahl unserer Gesprächspartner:innen in den Fokusländern bemängelten, dass Gesundheitsdienste und essentielle Produkte wie Menstruationsbinden oder Kondome für Jugendliche nicht erschwinglich seien. Auch wenn in allen Fokusländern öffentliche Einrichtungen viele Gesundheitsdienste, wie zum Beispiel Beratung und Produkte rund um Familienplanung

und Verhütung, kostenlos bereitstellen (sollen), entstehen dennoch in vielerlei Hinsicht Kosten, die Löcher in die Geldbeutel junger Menschen reißen.

In mehr als einem Fokusland berichteten Interviewpartner:innen von der Praxis, dass eigentlich als kostenlos angedachte Dienste oder Produkte in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen nur gegen Gebühren zu haben seien. Wer in der langen Warteschlange nach vorne rutschen möchte, müsse in einigen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen Geldscheine über den Tresen schieben als „Gebühr für schnellen Service“. Das lange Warten in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen kann junge Menschen dazu zwingen, zähneknirschend diese Extrakosten zu akzeptieren – wenn sie das nötige Geld aufbringen können. Stundenlanges Warten über den gesamten Tag ist nicht selten an der Tagesordnung und Patient:innen müssen dies bei bestimmten Behandlungen mehrere Tage hintereinander in Kauf nehmen. Oder sie warten vergebens, um erst nach mehreren Tagen an die Spitze der Warteschlange zu gelangen und eine Behandlung zu erhalten. Eine Gesprächspartnerin schilderte Warteschlangen von täglich bis zu 500 Menschen. Jungen Menschen können so für ihre Gesundheitsversorgung mehrere Tagelöhne entgehen. Folglich können sich manche Jugendliche, die stark von Armut betroffen sind, den Besuch einer kostenlosen öffentlichen Klinik nicht leisten. Und die, die das notwendige Geld haben, weichen auf teurere private Anbieter aus.

Interviewpartner:innen in den Fokusländern berichteten auch über anhaltend knappe Lagerbestände von Gesundheitsprodukten in öffentlichen Einrichtungen, so dass junge Menschen immer wieder auf private Anbieter zurückgreifen müssen. Allerdings erzählten uns mehrere Expert:innen in Nigeria und Tansania, dass private Gesundheitszentren für die meisten jungen Menschen zu teuer seien.

So entscheidet auch hier der Geldbeutel darüber, was passiert, wenn beispielsweise die bevorzugte Verhütungsmethode einer jungen Frau in einer öffentlichen Klinik nicht vorrätig ist. Wenn sie genug Geld hat, kann sie auf eine private Klinik oder Apotheke ausweichen, wo die Methode vorrätig ist. Falls sie das Geld dafür aber nicht hat, muss sie ohne Verhütungsmittel auskommen oder auf eine andere Verhütungsmethode umsteigen, die möglicherweise unangenehme Nebenwirkungen hat.

Ist die nächste Klinik weit entfernt, so wie in vielen ländlichen Regionen, kostet auch die Anreise Geld. Davon berichteten Interviewpartner:innen in allen drei Fokuständern. Auch in einer der größten Metropolregionen Afrikas, Lagos in Nigeria, kann die Anfahrt eine finanzielle Hürde sein, auch wenn hier die Gesundheitseinrichtungen breiter gestreut sind als auf dem Land. So entstehen zusätzliche Kosten bei als kostenlos angedachten Gesundheitsdiensten wie Beratungsgesprächen für Verhütungsmethoden. Darüber hinaus gibt es viele lebensrettende Gesundheitsdienste wie das Screening für Gebärmutterhalskrebs, die allerdings nicht in allen Ländern gebührenfrei sind. Dasselbe gilt für Behandlungen von STI, die sowohl in Tansania als auch Nigeria kostenpflichtig sind.

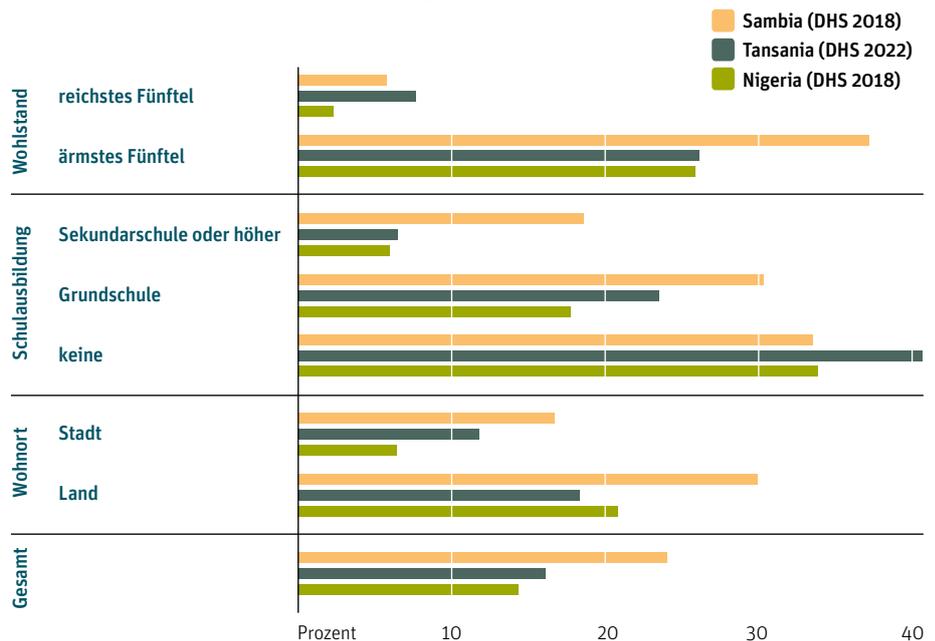
Armutsfalle ungeplante Schwangerschaft

Diese unterschiedlichen Kostenbarrieren beim Zugang zu Beratung und Verhütungsmitteln erschweren es vielen jungen Frauen und Mädchen, die von Armut betroffen sind, eine ungeplante Schwangerschaft zu vermeiden. Für Jugendliche, die bereits ungeplant oder ungewollt schwanger sind, gibt es nur begrenzt Unterstützungsangebote. Denn in den drei Fokuständern ist es schwierig bis fast unmöglich, eine Schwangerschaft legal zu beenden. In Nigeria und Tansania ist eine Abtreibung nur erlaubt, um das Leben der schwangeren Person zu retten.¹⁶⁰ In Sambia ist die Gesetzgebung zwar viel liberaler, doch

auch dort ist der Zugang zu einer legalen Abtreibung mit vielen Barrieren verbunden (siehe Kapitel 3.2.3.). Die Alternative, die den meisten jungen Frauen daher bleibt: Ein Kind bekommen oder ein illegaler und je nach Anbieter unsicherer Schwangerschaftsabbruch.^{161, 162, 163} Illegale sichere Abtreibungen gibt es auch, doch laut unseren Gesprächspartner:innen zu Preisen, die sich viele Schwangere nicht leisten können.¹⁶⁴ Am Beispiel Tansania wird ersichtlich: Alle Gesundheitsdienstleistungen rund um die Geburtshilfe sollten eigentlich kostenlos sein, aber die Hälfte der Patient:innen müsse für die Nachbehandlung eines Schwangerschaftsabbruchs (*post-abortion care*) hohe Beträge zahlen.¹⁶⁵

Junge Frauen brauchen wirtschaftliches Empowerment und Bildungschancen

Wer in Sambia, Tansania und Nigeria vergleicht, welche jungen Frauen schon früh Mütter sind, erkennt dieselben Trends in den drei Fokuständern. In ländlichen Regionen werden Jugendliche oft früher Mütter als in der Stadt. Je höher der Bildungsgrad, desto seltener sind junge Frauen bereits Mütter. Besonders schwer wiegen Unterschiede im Wohlstand auf junge Mutterschaft: Von Armut betroffene junge Frauen haben deutlich häufiger ein Kind als in der wohlhabendsten Bevölkerungsschicht.



Anteil von 15- bis 19-jährigen Frauen, die Mütter sind, in Prozent, nach soziodemografischen Merkmalen (Datenquelle: ICF¹⁶⁶)

Mehrere Gesprächspersonen wiesen darauf hin, dass Jugendliche, die bereits von Armut betroffen sind, durch ungeplante frühe Mutterschaft oft in der Armutsfalle gefangen bleiben. Das liegt unter anderem daran, dass viele junge Schwangere und Mütter die Schulbank verlassen und oft nicht in die Schule zurückkehren können. Nach Schätzungen einer Expertin bleiben in Sambia mehr als die Hälfte der jungen Mütter der Schule für immer fern. Auch wenn in den drei Fokusländern aus rechtlicher Sicht die Schultüren für junge Mütter offen bleiben¹⁶⁷, sieht die Realität anders aus. Junge Frauen ohne abgeschlossene Schulausbildung haben es nicht nur schwer, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und ausreichendes Einkommen zu generieren. Sie seien außerhalb der Schule auch schwierig mit umfassender Sexualaufklärung zu erreichen, schilderte eine Gesprächsperson aus Tansania.

Wenn junge Mütter es sich nicht leisten können, ihre Kinder zur Schule zu schicken, setzt sich der Kreislauf der Armut so von Generation zu Generation fort. Auch wenn öffentliche Schulen in Tansania kostenlos sind, fallen indirekte Kosten wie Schuluniformen oder Schulmahlzeiten an.¹⁶⁸ Die umgerechnet 50 Cent, die Eltern ihren Kindern jeden Tag für die Schulkantine in die Hand drücken müssen, sind für junge Mütter, die unter der Armutsgrenze leben, kaum bezahlbar. Ohne ausreichende Bildung haben ihre Kinder somit schwierige Startbedingungen, um später selbst der Armut zu entfliehen.

Sex verkaufen, um zu überleben

In allen drei Fokusländern wurde uns berichtet, dass junge Menschen – vor allem Mädchen und junge Frauen – aus der Not heraus Sex verkaufen, um Geld zu verdienen und mit dem Einkommen einfachste Grundbedürfnisse zu erfüllen oder ihre Familie zu versorgen.

In Nigeria berichtete uns eine Organisation, dass manche Mädchen für 200 nigerianische Naira (das sind weniger als 20 Cent) Sex mit Fremden haben – für diesen Preis kann man in Lagos eine kleine Wasserflasche am Kiosk kaufen. In einigen Fällen ermutigten Eltern ihre Kinder sogar Sex zu verkaufen, um etwas zum Familieneinkommen beizusteuern. In Tansania wurde uns berichtet, dass manche junge Frauen Sex für Hygieneartikel wie Menstruationsbinden eintauschen, die sie sich sonst nicht leisten können. In Regionen, wo der Schulweg besonders lang ist, kommt es vor, dass Schüler:innen mit Sex für eine Mitfahrgelegenheit „zahlen“. Und für junge Mütter, die weder Ausbildung noch einen unterstützenden Partner haben, bleibt oft keine andere Wahl als Sexarbeit, um die Grundbedürfnisse ihrer Kinder zu decken (siehe Kapitel 3.2.2).

Sex zu verkaufen kann für junge Menschen gefährlich sein. Sie sind besonders gefährdet, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken, ungeplant schwanger zu werden oder gar Gewalt, Raub oder Erpressung zum Opfer zu fallen. Interviewpartner:innen in allen drei Ländern berichteten, dass Überlebende sexueller Gewalt bei der Polizei keine Unterstützung erwarten könnten und Täter:innen keine Strafverfolgung fürchten müssten. Studien bestätigen die große Gewalt^{169, 170} und dass junge Sexarbeiter:innen ein höheres Risiko haben, sich mit HIV anzustecken oder ungeplant schwanger zu werden.^{171, 172, 173} Da Sexarbeit in den drei

Fokusländern auf unterschiedliche Weise kriminalisiert wird¹⁷⁴ und Sexarbeiter:innen von Gesundheitspersonal meist diskriminiert werden¹⁷⁵, trauen sie sich bei körperlichen Beschwerden oft nicht in eine Klinik.

GUTE PRAXIS

Unterstützung für Mädchen ohne Schulabschluss

In dem dreijährigen Pilotprojekt „Adolescent Girls Initiative“ in zwei Bezirken der Region Shinyanga in **Tansania** hat *UNFPA* in Zusammenarbeit mit lokalen Behörden und der NRO *Kiota Women's Health and Development* erfolgreich die SRG von jugendlichen Mädchen, die nicht mehr die Schule besuchen, verbessert. Das Projekt erreichte dieses Ziel im Zusammenhang mit Maßnahmen, die darauf ausgerichtet waren, zusätzlich die Grundausbildung wie Lese- und Schreibfähigkeiten sowie berufliche Ausbildung der Jugendlichen zu fördern. Damit sollte den Mädchen ermöglicht werden, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Darüber hinaus wurden junge Frauen unterstützt, Mikrokredite für unternehmerische Tätigkeiten zu erhalten. Auswertungen zeigen, dass nach dem Projekt nicht nur SRG-Dienstleistungen vermehrt in Anspruch genommen, sondern mehr junge Frauen finanziell unabhängiger wurden. Das Angebot beruflicher Ausbildung und Starthilfe in Verknüpfung mit SRGR-Bildung und Dienstleistung konnte auch die Akzeptanz von SRGR-Programmen in den Gemeinden erhöhen.^{176, 177}

Periodenarmut: Armut erschwert Menstruationshygiene

Wer arm ist, muss oft auf eine angemessene Menstruationshygiene verzichten. In allen drei Fokusländern wurde uns berichtet, dass sich viele Mädchen und junge Frauen Artikel für die Menstruationshygiene wie Binden nicht leisten könnten. Abhilfe könnten wiederverwendbare Menstruationsprodukte schaffen, doch diese werden derzeit nur über vereinzelte Projekte bereitgestellt.

Da sie oft kein Geld haben, um sich Menstruationsbinden im Laden zu kaufen, müssen viele junge Menschen auf improvisierte Ersatzmaterialien ausweichen, die nicht hygienisch sind und oft auch nicht saugfähig sind. Dadurch steigt zum einen das Risiko für vermeidbare Infektionen, zum anderen beeinträchtigt es das Wohlbefinden. Die Periode kann so zu einer starken psychischen Belastung werden. Schüler:innen treten während ihrer Periode mit großem Unbehagen den Schulweg an, weil sie sich vor Spott und Ablehnung der Mitschüler:innen fürchten, sollte zum Beispiel ein Blutfleck auf ihrer Kleidung sichtbar werden. Hinzu kommt, dass viele Schulen nicht ausreichend mit sauberem Wasser oder privaten Toiletten ausgestattet sind, wo sie ihre Binde wechseln oder Hände waschen können.¹⁷⁸ Viele Schüler:innen bleiben deswegen während der Periode zuhause, wenn sie keine angemessenen Menstruationsprodukte zur Hand haben, und verpassen dadurch zahlreiche Schultage.

„Vor allem für Schülerinnen aus benachteiligten Verhältnissen ist es schwierig, jeden Monat ein oder zwei Päckchen Binden zu kaufen. Deshalb benutzen sie oft unhygienische Mittel wie ein Stück Stoff oder Socken oder andere Methoden. Das führt dazu, dass einige Mädchen der Schule fernbleiben. Denn wenn sie Socken oder ein nicht saugfähiges Tuch tragen, ist ihr Rock oder ihr Kleid am Ende des Tages garantiert schmutzig. Um diese Peinlichkeit und Scham zu vermeiden, bleiben sie während ihrer Periode lieber zu Hause.“

Jugendaktivistin, Tansania

GUTE PRAXIS

„Jedes Mädchen verdient eine würdevolle Periodenerfahrung“

So beschreibt die Gründerin der *Whisper A Dream Foundation* in **Sambia** die Mission ihrer Organisation. In den ländlichen Regionen Sambias, wo sie arbeitet, haben viele Mädchen keinen Zugang zu Binden oder ihre Familien können es sich nicht leisten, ihnen Binden zu kaufen. Als Alternative werden oft ungeeignete Stoffe oder andere Materialien genutzt, die nicht immer hygienisch sind. Das Team von *Whisper a Dream* reist in abgelegene Regionen des Landes, um Jugendliche über Menstruationshygiene aufzuklären und wiederverwendbare Binden zu verteilen. Außerdem führen sie in Dörfern Workshops durch, in denen sie Mädchen und jungen Frauen beibringen, wiederverwendbare Stoffbinden zu nähen – aus Materialien, die in jedem Haushalt zu finden sind – und wie man sie reinigt, um Infektionen vorzubeugen.¹⁷⁹

GUTE PRAXIS

Kunst als Therapie

In der südlichen Provinz **Sambias** bietet das Projekt „Art Beyond Schools“, das von der *Contact Trust Youth Association* durchgeführt wird, Kunsttherapie in Schulen und Gesundheitszentren an. Ziel ist, die mentale Gesundheit von jungen Menschen zu verbessern – was auch positive Auswirkungen auf die SRGR junger Menschen haben kann. Sie sollen so niedrigschwellig lernen, ihre Gefühle und Gedanken auszudrücken, die sie nur schwer in Worte fassen können. Das Besondere an dem Projekt ist: Der Kunstunterricht wird von jungen Menschen für junge Menschen gegeben. Bei Bedarf sind ausgebildete medizinische Fachkräfte, die auf Kunsttherapie spezialisiert sind, erreichbar und unterstützen die jungen Trainer:innen. Allein im Jahr 2023 hat das Projekt fast 1.000 junge Menschen zwischen 10 und 24 Jahren erreicht.¹⁸⁰

3.2 Unter der Lupe: Ein Blick auf die Fokusländer

In den vorherigen Kapiteln wurden fünf zentrale Prioritäten vorgestellt, die in unseren Interviews in Nigeria, Sambia und Tansania immer wieder zur Sprache kamen: Sexualaufklärung, jugendfreundliche Gesundheitsversorgung und Inklusion ausbauen, Provider Bias und Armut abbauen. Sie zeigen, dass die Bedürfnisse und Perspektiven von Jugendlichen zu SRGR in den drei Ländern große Ähnlichkeiten aufweisen.

Im Folgenden möchten wir auf jedes einzelne unserer Fokusländer einen genaueren Blick werfen: Welche Probleme haben unsere Gesprächspartner:innen in Nigeria besonders hervorgehoben? Was sind aktuelle politische Entwicklungen, die die jungen Menschen in Sambia beschäftigen? Welches Thema wurde vor allem in Tansania immer wieder erwähnt?

Die folgenden Schlaglichter beleuchten für jedes Land ein bis zwei Themen, die im jeweiligen Land besonders oft aufgekommen sind: Zum Beispiel die Situation von Binnenvertriebenen in Nigeria, restriktive Gesetze in Sambia oder die schwierige Lage junger Mütter in Tansania.

Die hier gesetzten Schwerpunkte spiegeln Eindrücke aus unseren Interviews wider. Das bedeutet keinesfalls, dass etwa GBV nur in Nigeria ein Problem ist – natürlich gibt es in Sambia und Tansania ebenfalls geschlechtsspezifische und sexuelle Gewalt, in jedem der drei Länder spielt die Gesetzgebung eine wichtige Rolle in der Verwirklichung von SRGR und auch in Nigeria und Sambia sehen sich viele junge Mütter mit Schwierigkeiten konfrontiert.

3.2.1 Nigeria: SRGR junger Binnengeflüchteter sind stark gefährdet

In Nigeria kam eine bestimmte Gruppe junger Menschen immer wieder zur Sprache: Junge Binnengeflüchtete – auch als Binnenvertriebene bezeichnet – (*Internally Displaced Persons*, IDP), von denen viele aufgrund von gewalttätigen Konflikten seit dem vergangenen Jahrzehnt in IDP-Camps im Nordosten des Landes leben.¹⁸¹ Weltweit steigt seit Jahren die Zahl an Menschen, die innerhalb ihres Herkunftslandes an einen anderen Ort flüchten müssen. Das gilt auch für Subsahara-Afrika. Zum Ende des Jahres 2022 lebten dort 31,7 Millionen Binnenvertriebene. Nigeria beherbergt mit schätzungsweise 4,5 Millionen gleich hinter der Demokratischen Republik Kongo und Äthiopien die meisten Binnenvertriebene in Subsahara-Afrika.¹⁸² Allein im Nordosten Nigerias konnte die Internationale Organisation für Migration (*The International Organization for Migration*, IOM) im Jahr 2023 2,3 Millionen Binnenvertriebene identifizieren, von denen die Mehrheit (58 Prozent) unter 18 Jahre alt ist.¹⁸³

Mangelhafte SRG-Versorgung

Organisationen, die sich in Nigeria um die SRGR von jungen Binnenvertriebenen bemühen, berichteten uns, dass die Menschen in den Camps räumlich isoliert seien und nur einen sehr erschwerten Zugang zu jeglicher Versorgung hätten. Viele Camps befinden sich in abgelegenen ländlichen Gebieten. Das trägt dazu bei, dass die SRGR von Mädchen und Jugendlichen in den Camps besonders gefährdet sind, wenn sie zum Beispiel medizinische Versorgung nach Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt benötigen oder ungeplant schwanger werden. Interviewpartner:innen beschrieben, dass zwar notdürftige Gesundheitseinrichtungen in den Camps zur Verfügung stünden, aber diese nur unzureichend ausgestattet seien und viele essentielle Gesundheitsdienstleistungen gar nicht zur Verfügung stünden. Sind die Gesundheitsprodukte (wie Menstruationsbinden oder Kondome) aus den Beständen der humanitären Nothilfe in den Camps aufgebraucht, „sind Frauen und Mädchen wieder sich selbst überlassen und müssen von vorne beginnen“, bemängelte eine Vertreterin einer nigerianischen Jugendorganisation. Außerdem mangelte es an angemessenen Sanitäreinrichtungen.

Extreme Armut in IDP-Camps

Für Binnenvertriebene stellt es eine besonders große Herausforderung dar, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten und Einkommen zu generieren. Deswegen muss der besonders prekären Lebenssituation und Versorgungslage von jungen Binnenvertriebenen ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt werden, um die SRGR von allen jungen Menschen zu gewährleisten. Wenn die Gesundheits- und Menstruationsprodukte in den notdürftigen Kliniken beispielsweise aufgebraucht sind, sind Jugendliche gezwungen, sich entsprechende Produkte aus eigener Tasche zu kaufen, doch viele von ihnen können sich nicht einmal Menstruationsbinden leisten.

Eine Studie zu der SRG-Versorgungslage von jugendlichen Frauen in einem IDP-Camp im Nordosten Nigerias bestätigt, dass sich viele junge Binnenvertriebene in prekären Lebenssituationen befinden: Von knapp 500 befragten Mädchen sagten über 90 Prozent, dass sie nicht ausreichend Essen haben. Und eine von fünf Jugendlichen benutzt während ihrer Periode gebrauchte Kleidung anstatt Menstruationsbinden.¹⁸⁴

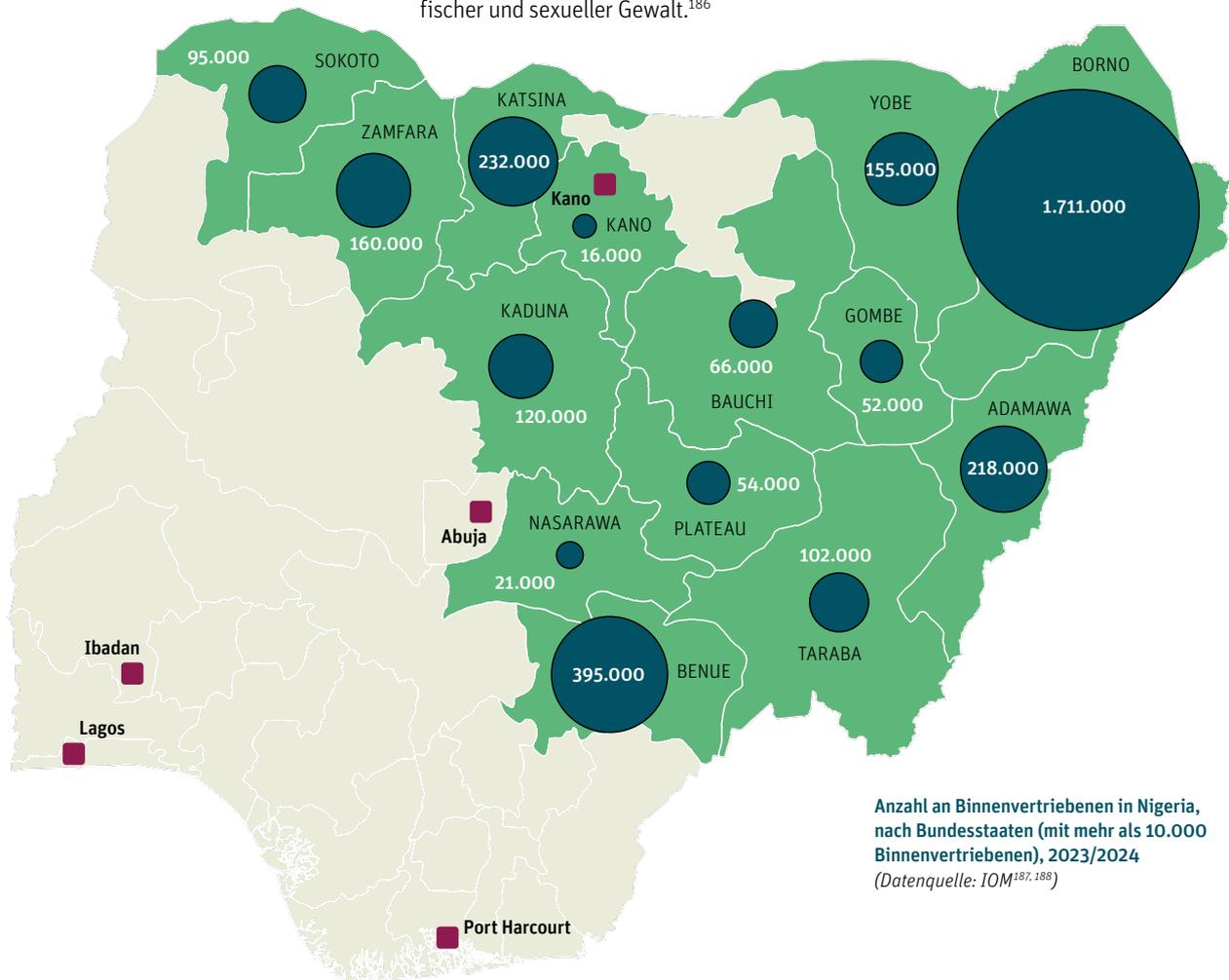
Durch die extreme Armut und schlechte Versorgungslage in den IDP-Camps geraten junge Frauen oft in Abhängigkeit von Männern, zum Beispiel wenn sie eine Heirat eingehen, um ihre Existenz zu sichern. Studien

weisen auch darauf hin, dass manche jungen Frauen in Geflüchtetenlagern im nordöstlichen Nigeria Sex mit Männern im Tausch gegen Essen oder Geld haben.¹⁸⁵

Auch Kinderehen kommen in IDP-Camps häufiger vor, wie uns eine nigerianische Jugendaktivistin berichtete. Manche Eltern zwingen ihre minderjährigen Töchter zu heiraten, weil sie es sich nicht leisten können, all ihre Kinder zu versorgen. Studien belegen, dass junge Frauen und Mädchen in humanitären Lagen wie im nordöstlichen Nigeria Kinder- und Zwangsehen besonders ausgesetzt sind, aber auch ungeplanten Schwangerschaften, unsicheren Abtreibungen, sexuell übertragbaren Infektionen sowie geschlechtsspezifischer und sexueller Gewalt.¹⁸⁶

Wo junge Binnenvertriebene Unterstützung benötigen

Hunderttausende Jugendliche in Nigeria mussten aufgrund von gewaltvollen Konflikten aus ihrem Herkunftsort fliehen. Im Nordosten und Nordwesten des Landes sowie in Nord-Zentral-Nigeria muss dringend auf die besonders benachteiligte Lebenslage von Vertriebenen eingegangen werden. Der nordöstliche Bundesstaat Borno sticht hervor, denn er zählt mit 1,7 Millionen am meisten Binnenvertriebene in Nigeria.



GBV ist ein ernstes Problem

In Nigeria schilderten viele Expert:innen, dass geschlechtsspezifische Gewalt (GBV) weit verbreitet sei, wobei GBV auch in Sambia und Tansania ein ernstes Problem ist. Insbesondere in den IDP-Camps im Nordosten Nigerias sind viele jugendliche Frauen von geschlechtsspezifischer und sexueller Gewalt betroffen.

Eine Vertreterin einer NRO, die junge Menschen in Camps im Nordosten Nigerias unterstützt, berichtete uns, dass die Fälle von GBV und sexueller Gewalt wie Vergewaltigungen gegenüber jungen Frauen alarmierend seien. Junge Binnengeflüchtete sind besonders vulnerabel und in IDP-Camps sei es besonders schwierig, sich vor körperlichen Übergriffen zu schützen. In den Camps gibt es in der Regel nicht genug Rückzugsorte für Mädchen und junge Frauen, wo sie sich mit anderen Frauen aufhalten, austauschen und sicher fühlen können. Berichte von anderen Organisationen im Nordosten Nigerias und auch Studien bestätigen, dass junge Frauen und Mädchen im humanitären Kontext für GBV stark gefährdet sind. Vorbeugung von Gewalt und Unterstützung für Frauen nach Gewalterfahrungen ist daher eine Priorität von humanitären Organisationen – in Nigeria und weltweit.^{189, 190, 191, 192}

GUTE PRAXIS

Junge Frauen im humanitären Kontext gezielt unterstützen

Die NRO *Action Health Incorporated* (AHI) unterstützt die SRGR junger Menschen in **Nigeria**, unter anderem im von gewalttätigen Konflikten betroffenen Nordosten des Landes. Von 2018 bis 2019 führte AHI dort zum Beispiel das Projekt „Sustaining Care“ durch, um gezielt binnervertriebene Mädchen und junge Frauen in IDP-Camps zu unterstützen – finanziert vom Amt der Vereinten Nationen für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten (*United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*, UNOCHA). Ziel des Projekts war es, die reproduktive Gesundheitsversorgung von Mädchen, Jugendlichen und jungen Müttern zu stärken. Da viele Binnervertriebene GBV erleben, wurde Gesundheitspersonal speziell darin geschult, jugendfreundliche Notfallversorgung (zum Beispiel bei Vergewaltigungen) anzubieten. Psychosoziale Berater:innen unterstützten in sogenannten „Safe Spaces“ Mädchen und junge Frauen, ihre Erfahrungen mit geschlechtsspezifischer und sexueller Gewalt zu verarbeiten. Die Projekte von AHI stellen einen wichtigen Ansatz dar, um SRGR junger Menschen in humanitären Krisenkontexten zu fördern und den Auswirkungen von geschlechtsbasierter Diskriminierung und Gewalt zu begegnen.¹⁹³

GUTE PRAXIS

Kritische Auseinandersetzung mit GBV durch Kunst

Die Jugendorganisation *Theatre Arts Feminists* in **Tansania** nutzt darstellende Künste, um vor allem in ländlichen Regionen für das Thema geschlechtsspezifische Gewalt zu sensibilisieren und Normen in Frage zu stellen.¹⁹⁴ Durch Theater- und traditionelle Tanzvorführungen soll dargestellt werden, dass Gewalt nicht normal ist. Die Vorstellungen richten sich an Kinder, sowohl Mädchen als auch Jungen. Durch die Inszenierungen soll auch ein durch Gewalterfahrungen verursachte Trauma-Zyklus durchbrochen werden. Die Vorführungen können jungen Menschen, die GBV erfahren haben, helfen, ihre Erfahrungen erstmals zu benennen und ihnen zeigen, dass sie nicht allein in ihren Erfahrungen sind.

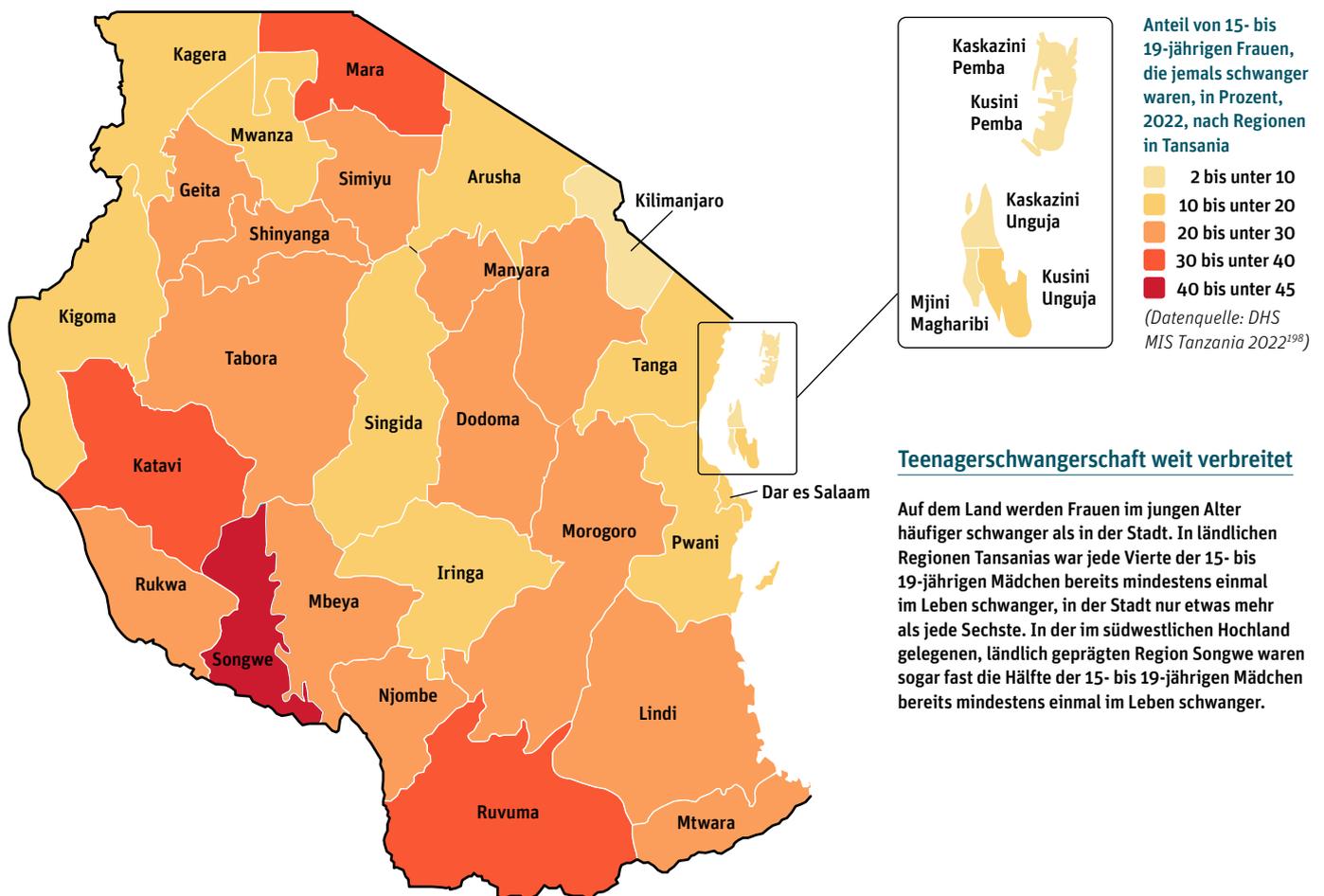
3.2.2 Tansania: Junge Mütter benötigen Unterstützung

„Junge Mütter haben es wirklich schwer“, so brachte es eine Mitarbeiterin einer internationalen Organisation auf den Punkt, die in Tansania Projekte für junge Menschen durchführt. Armut und frühe Mutterschaft hängen eng miteinander zusammen: Je größer die Armut, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Mädchen im Alter zwischen 15 und 19

Jahren schwanger werden.¹⁹⁵ Teenager:innen, die schwanger sind, müssen oft schon während der Schwangerschaft oder spätestens nach der Geburt des Kindes die Schule verlassen. Dies nimmt ihnen und ihren Kindern die Chance auf ein eigenes Einkommen in der Zukunft und trägt wiederum dazu bei, dass der Kreislauf der Armut von Generation zu Generation fortgesetzt wird.¹⁹⁶

In Tansania galt für viele Jahre ein Schulverbot für schwangere Mädchen und junge Mütter. Nach langen Bemühungen von zivilgesellschaftlichen Organisationen hat die tansanische Regierung Ende 2021 diese

Richtlinien teilweise geändert und sich dafür ausgesprochen, dass Mädchen dank einer sogenannten „Wiedereintrittsregel“ (*re-entry policy*), innerhalb von zwei Jahren nach der Geburt zurück in die Schule gehen dürfen. Das Verbot für schwangere Mädchen, die Schule zu besuchen, wurde jedoch beibehalten.¹⁹⁷ 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*)



Teenagerschwangerschaft weit verbreitet

Auf dem Land werden Frauen im jungen Alter häufiger schwanger als in der Stadt. In ländlichen Regionen Tansanias war jede Vierte der 15- bis 19-jährigen Mädchen bereits mindestens einmal im Leben schwanger, in der Stadt nur etwas mehr als jede Sechste. In der im südwestlichen Hochland gelegenen, ländlich geprägten Region Songwe waren sogar fast die Hälfte der 15- bis 19-jährigen Mädchen bereits mindestens einmal im Leben schwanger.

Tansania dazu verpflichtet, auch das Schulverbot für Schwangere abzuschaffen.¹⁹⁹ Expert:innen aus der Zivilgesellschaft beklagen jedoch, dass die *re-entry policy* allein nicht ausreicht.²⁰⁰ 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.^{201,202}

Sexarbeit als letzte Option

Junge Mütter in Dar es Salaam, die von Armut betroffen sind, berichteten uns, dass sie vor allem damit kämpfen, sich selbst und ihre Kinder mit dem Allernotwendigsten zu versorgen. Von den Vätern ihrer Kinder kriegen sie oft keine Unterstützung. Zwar leben viele junge Mütter bei ihren Eltern oder Großeltern, doch hier wird auch erwartet, dass sie zum Haushaltseinkommen beitragen. Ohne eine abgeschlossene Bildung oder Ausbildung ist es schwierig für sie, einen Job zu finden, um selbst finanziell über die Runden zu kommen oder zum Haushaltsgeld beizutragen. Die einzige Möglichkeit, die vielen von ihnen bleibt, um Geld zu verdienen, ist Sexarbeit. Diese Arbeit ist oft mit physischer Gewalt verbunden und bietet keine Garantie auf ein ausreichendes Einkommen, doch es ist oft die einzige Überlebensstrategie, die ihnen bleibt. Eine junge Mutter erzählte uns, dass sie als junge Sexarbeiterin regelmäßig von Männern ausgenutzt werde. Manchmal weigerten sich Männer zu bezahlen und wenn sie darauf bestehe, bezahlt zu werden, werde sie mit Bierflaschen verprügelt.

Finanzielle Hilfe wäre für junge Mütter das Wichtigste, um ihr Überleben und das ihrer Kinder zu sichern. Darüber hinaus wünschten sich die Mütter, mit denen wir gesprochen haben, mehr Unterstützung auf dem Weg zurück in die Schule, da es ohne Bildung schwierig sei, einen Job zu finden. Die meisten von ihnen haben nur die Grundschule abgeschlossen. Sie würden gerne ein Kleinunternehmen gründen, aber selbst wenn sie dafür genug Geld hätten, fehlten ihnen die dafür notwendige Bildung und Kompetenzen.

Der Kreislauf generationsübergreifender Armut

Für junge tansanische Mütter, die von Armut betroffen sind, scheint es schwierig bis unmöglich, den Kreislauf der generationsübergreifenden Armut zu durchbrechen. Gute Gesundheit und Bildung wären hierfür die Voraussetzung – und darum bemühen sich die jungen Mütter, die wir getroffen haben, intensiv. Doch obwohl viele Gesundheitsdienstleistungen wie Kinderimpfungen, Verhütungsmittel und HIV-Behandlungen in öffentlichen Einrichtungen in Tansania kostenlos bereitgestellt werden, bleiben sie für viele marginalisierte Menschen außer Reichweite.

Die voreingenommene Behandlung, die junge Menschen ohnehin in der Regel in Gesundheitseinrichtungen erleben, wird doppelt und dreifach verschärft, wenn sich in der Sprechstunde herausstellt, dass eine junge unverheiratete Frau bereits schwanger oder schon Mutter, mit HIV infiziert oder gar als Sexarbeiterin tätig ist. Unsere Gesprächspartnerinnen berichteten unter anderem von tagelangen Wartezeiten, um eine Impfung für ihr Kind zu erhalten, von Bestechungsgeldern, bzw. „Gebühren für schnellen Service“, um Verhütungsmittel mit Langzeitwirkung (zum Beispiel Spirale oder Implantat) zu erhalten und von Schimpftiraden des Gesundheits-

personals in spezialisierten HIV-Kliniken, wenn sie einige Tage zu spät zur anti-retroviralen Behandlung kommen.

Eine junge Mutter erzählte uns, dass sie alle wichtigen Impfungen für ihr Kind durchführen lassen möchte, auch wenn jeder Besuch in einer Gesundheitseinrichtung für sie ein großes Opfer bedeutet: Geld für die Busfahrt aufbringen, in der Regel eine ganztägige Wartezeit, ohne etwas zu essen und die Respektlosigkeit des Gesundheitspersonals ertragen. Doch als sie zuletzt ihr Kind für eine dritte und letzte Impfung zum Gemeindegesundheitszentrum brachte, stieß sie an ihre Grenzen. Das Personal verlangte 1.000 tansanische Schilling (ungefähr 40 Cent) Schmiergeld für die Kinderimpfung. Da sie das Geld nicht hatte, konnte sie die Routineimpfungen für ihr Kind nicht abschließen. Aus ähnlichen Gründen seien viele Kinder von jungen Müttern nicht vollständig geimpft.

Solche Lücken in der Immunisierung bei Kindern sind auch in der nationalen Statistik belegt. So hatten 2022 nur knapp über die Hälfte aller Kinder im Alter von 12 bis 23 Monaten alle „grundlegenden Antigene“ erhalten. Nach Armutsgrad des Haushalts differenziert liegen die Zahlen vollständig geimpfter Kinder für das ärmste Fünftel der Bevölkerung unter dem nationalen Durchschnitt bei lediglich 42,5 Prozent.²⁰³ Insgesamt haben Kinderimpfungen im Zuge der Covid-19-Pandemie stark gelitten: Die Statistik für 2015 bis 2016 zeigt, dass vor der Pandemie im Schnitt noch drei Viertel aller tansanischen Kinder entsprechende Impfungen erhalten hatten sowie zwei Drittel aller Kinder aus den ärmsten Haushalten.²⁰⁴ Doch auch dies sind erschreckende Lücken in der Basisgesundheitsversorgung, die sich langfristig auf das Wohlergehen und die Gesundheit von Kindern, Familien, Gemeinschaften und des gesamten Landes auswirken.

Vor allem auf dem Land kommen Kinderehen und junge Mutterschaft häufig vor

In Gesprächen mit Aktivist:innen und Mitarbeitenden von Organisationen, die in ländlichen Regionen von Tansania arbeiten, wurde uns berichtet, dass Kinderehen und junge Mutterschaft dort immer noch häufiger vorkommen als in städtischen Regionen. Tatsächlich belegen die neuesten DHS-Daten, dass sowohl Männer und Frauen in ländlichen Regionen früher heiraten als in städtischen Regionen. Doch Kinderehe betrifft vor allem Mädchen – egal ob auf dem Land oder in der Stadt: Im nationalen Durchschnitt heiratet knapp jedes fünfte Mädchen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren, aber weniger als ein Prozent der Männer heiratet schon in diesem Alter.²⁰⁵

Die Unterschiede zwischen Stadt und Land lassen sich auch an den Schwangerschaftszahlen und Geburtenraten ablesen: In städtischen Teilen des Landes war eines von sechs Mädchen im Alter zwischen 15 und 19 schon mindestens einmal schwanger, während es in ländlichen Regionen eine von vier Frauen ist.²⁰⁶ Blickt man weiter auf die Geburtenrate von 15- bis 19-Jährigen, ist diese auf dem Land doppelt so hoch wie in der Stadt.²⁰⁷

Eine Mitarbeitende einer Jugendorganisation berichtete uns, dass sie bei ihrer Arbeit in ländlichen Regionen oft auf Teenagerinnen treffe, die schon mehr als ein Kind haben. Da die Regierung Tansanias sich zum Ziel gesetzt hat, die Zahl der Teenagerschwangerschaften zu verringern,²⁰⁸ sei es außerdem üblich, dass vor allem junge Teenager:innen ihre Kinder zuhause ohne medizinische Betreuung zur Welt bringen, um die Schwangerschaften und Geburten vor der Regierung zu verheimlichen. Außerdem berichteten unsere Gesprächspartner:innen, dass die Gesundheitsinfrastruktur und Versorgungslage für schwangere junge Frauen auf dem Land schlechter sei als in der Stadt. Aktuelle Erhebungen belegen, dass deutlich weniger Frauen in ländlichen Regionen mindestens vier Termine für die Schwangerenvorsorge wahrnehmen oder bei der Geburt ihres Kindes von qualifiziertem Gesundheitspersonal betreut werden als in städtischen Regionen. Unter schwangeren Jugendlichen, die jünger als 20 Jahre alt sind, erhält ein Drittel keine ausreichende Schwangerenvorsorge, was die sonst schon bestehenden gesundheitlichen Risiken einer Schwangerschaft im Teenageralter weiter erhöht.^{209, 210}

GUTE PRAXIS

Spezielle Gesundheitseinrichtungen für junge Schwangere und Mütter

In Lagos, **Nigeria**, betreibt das Gesundheitsministerium des Bundesstaats Lagos (*Lagos State Ministry of Health*) mit Unterstützung vom Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (*United Nations Population Fund*, UNFPA) vier öffentliche „Young Mum’s Clinics“. Diese bieten schwangeren Jugendlichen und jungen Müttern umfassende Unterstützung: Kostenlose Gesundheitsversorgung für Schwangere, Mütter und ihre Babies, Aufklärung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Familienplanung sowie psychologische Beratung. Teilnehmende Krankenhäuser helfen dabei, professionelle Gesundheitsdienste für die Schwangeren und Mütter zu gewährleisten, indem das Gesundheitspersonal ihnen regelmäßig einen Hausbesuch abstattet. Zusätzlich unterstützen die Einrichtungen die jungen Frauen bei der Schulbildung und leiten sie an Angebote für berufliche Qualifizierung weiter.^{211, 212, 213, 214}

3.2.3 Sambia: Wie Gesetze den Gesundheitszugang für junge Menschen beeinflussen

Restriktive oder veraltete Gesetze sind eines der größten Hindernisse, wenn es um SRGR für junge Menschen geht. Was muss getan werden, um SRGR und die Gesundheitsversorgung für junge Menschen zu verbessern? Vor allem in Sambia war die Antwort auf diese Interviewfrage oft: Die Gesetzeslage muss verbessert werden. Das gesetzlich vorgeschriebene Alter, ab dem junge Menschen ohne Einwilligung ihrer Eltern Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen können und die Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen wurden immer wieder als zentrale Themen genannt.

Viele Hindernisse für einen legalen Schwangerschaftsabbruch

Abtreibungen sind in Sambia unter bestimmten Voraussetzungen legal, dennoch haben viele junge Frauen und Mädchen eine unsichere Abtreibung. Behörden in Sambias Eastern Province meldeten im Jahr 2020 mehr als 1.000 Fälle von Komplikationen, die in Folge einer unsicheren Abtreibung auftraten.²¹⁵ Unsichere Abtreibungen führen nicht nur zu einer hohen Zahl an behandlungsbedürftigen Komplikationen, sondern sind auch eine der Hauptursachen für Müttersterblichkeit in Sambia.²¹⁶ Woran liegt es, dass trotz der relativ liberalen Gesetzeslage so viele unsichere Abtreibungen stattfinden?

Bereits 1972 hat die sambische Regierung den Zugang zu Abtreibungen gesetzlich im sogenannten *Termination of Pregnancy Act* geregelt. Das Gesetz besagt, dass ein Schwangerschaftsabbruch legal ist, wenn ein:e ausgebildete:r und registrierte:r Ärzt:in

oder Arzt ihn in einem Krankenhaus durchführt und zwei weitere Ärzt:innen folgendes bestätigen: Dass durch die Schwangerschaft entweder das Leben der schwangeren Person, ihre körperliche oder mentale Gesundheit gefährdet oder das Wohlbefinden bereits vorhandener Kinder bedroht ist. Ein weiterer Grund für eine legale Abtreibung kann eine schwerwiegende Krankheit oder Behinderung des ungeborenen Kindes sein.²¹⁷

„Alles, was dieses Gesetz tut, ist, Barrieren zu kreieren.“

Mitarbeiter einer NRO, Sambia

Dass drei Ärzt:innen ihre schriftliche Einwilligung zu einer Abtreibung geben müssen, stellt vor allem ungewollt Schwangere, die in ländlichen Regionen leben, vor große Herausforderungen. Wie sollen sie drei Unterschriften bekommen, wenn es nur ein kleines Gesundheitszentrum in der Nähe gibt? Hinzu kommt, dass viele Frauen und Mädchen gar nicht wissen, dass Abtreibungen legal sind, beziehungsweise unter welchen Bedingungen. Da das Thema ein Tabu ist, wird nicht offen darüber gesprochen. Selbst Ärzt:innen wissen oft nicht, dass Abtreibungen Teil der kostenlosen Gesundheitsversorgung sind.

„Das Verhältnis von Patient:in zu Ärzt:in liegt in Sambia bei 1 zu 12.000. Stell dir vor, eine Frau in einem ländlichen Gebiet möchte eine Abtreibung bei einem Verhältnis von 1 zu 12.000. Wo soll sie eine Ärztin finden, die das unterschreibt?“

Projektkoordinatorin einer NRO, Sambia

In unseren Gesprächen vor Ort wurde immer wieder betont, dass Sambia ein stark christlich geprägtes Land sei. Viele Menschen hielten Abtreibungen für moralisch falsch. Gerade junge ungewollt Schwangere hätten daher Angst, von anderen verurteilt zu

werden. Weitere Hürden bestehen wie auch bei anderen Gesundheitsdienstleistungen in zusätzlichen Kosten, der Entfernung zum nächsten Krankenhaus und das unsensible Verhalten von medizinischem Fachpersonal. Auch gibt es Berichte, dass ungewollt Schwangere abgewiesen werden, weil kein **Misoprostol** (siehe Glossar) mehr vorrätig ist. Dies führt dazu, dass junge Menschen oft zu unsicheren Methoden greifen, um ungewollte Schwangerschaften zu beenden.²¹⁸

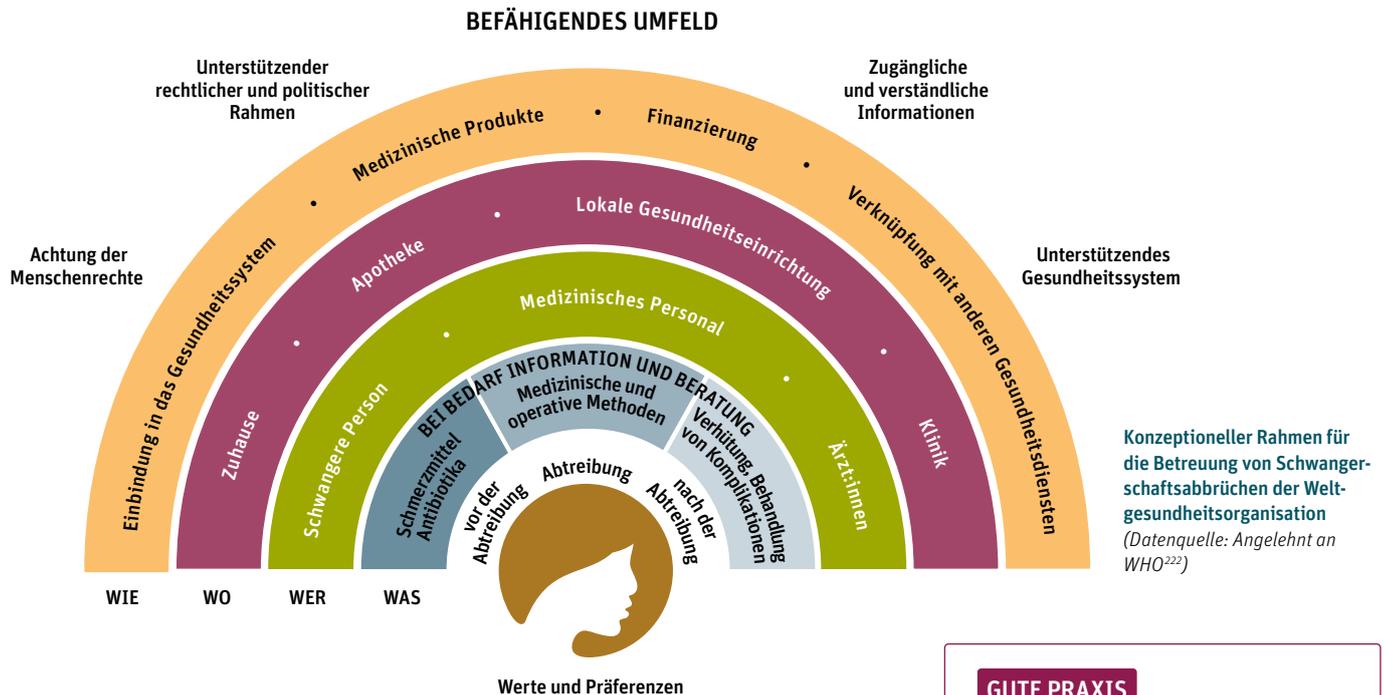
Schwangeren, die eine illegale Abtreibung vorgenommen haben, drohen im schlimmsten Fall bis zu vierzehn Jahre Haft.²¹⁹ Wie viele Frauen in Sambia im Gefängnis sind, weil sie einen illegalen Schwangerschaftsabbruch hatten, ist unklar.

Einwilligungsalter als Barriere

In Sambia (wie auch in Tansania und Nigeria) brauchen Kinder und Jugendliche die Einwilligung ihrer Erziehungsberechtigten, um gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Das sogenannte *Age of Consent* oder Einwilligungsalter führt dazu, dass viele junge Menschen nicht eigenständig Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen oder Verhütungsmittel bekommen können. Auch wenn dieses Problem schon lange besteht, wurde die gesetzliche Regelung in Sambia erst vor einigen Jahren verschärft: Im Jahr 2022 hat die sambische Regierung per Gesetz im *Children's Code Act* definiert, dass eine Person bis einschließlich 18 Jahre als Kind gilt.²²⁰ Das bedeutet konkret, dass viele junge Menschen unter 19 Jahren von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen sind, wenn sie nicht die Einwilligung ihrer Erziehungsberechtigten haben.²²¹

In Interviews wurde uns mehrfach geschildert, dass es vielen Mitarbeitenden im medizinischen Bereich schwerfalle, die Gesetzeslage zu durchblicken. Sie dürfen

Was zu einer umfassenden Versorgung bei Abtreibungen gehört



Informationen bereitstellen und beraten, aber dürfen sie einem 16-Jährigen auch ohne vorliegende Einwilligung der Eltern Kondome aushändigen oder nicht? Die Vorschriften sind hier nicht eindeutig, gar missverständlich, und widersprechen sich mit anderen gesetzlichen Regelungen.²²³ Meistens hängt es für Jugendliche davon ab, welche Mitarbeitende sie vor sich haben und wie diese Person das Vorgehen handhabt.

Stellen wir uns diesen Fall vor: Eine 17-jährige Schülerin möchte zur Vorsorge gehen und sich auf sexuell übertragbare Krankheiten testen lassen. Dafür braucht sie die Einwilligung ihrer Mutter oder ihres Vaters. Sex ist allerdings in der Familie ein totales Tabuthema und sie möchte ihren Eltern nicht erzählen, dass sie Sex mit ihrem Freund hatte. Am Ende lässt sie sich nicht auf STIs testen.

Obwohl fast 70 Prozent der Mädchen und fast die Hälfte aller Jungen in Sambia vor ihrem 19. Geburtstag das erste Mal Sex haben²²⁴, können sie erst mit 19 Jahren eigenständig Verhütungsmittel kaufen und sich auf HIV testen lassen.

Eine Gesprächspartnerin in Nigeria erzählte uns, dass auch dort das Einwilligungsalter je nach medizinischer Behandlung variiere. Zudem gelten unterschiedliche Gesetze je nach Bundesstaat.²²⁵ Die Gesetzeslage ist entsprechend unüberschaubar und uneinheitlich. Dennoch gäbe es nicht genügend politische Initiativen, die sich dafür einsetzen, das Einwilligungsalter anzupassen oder zu senken.

GUTE PRAXIS

24-Stunden-Hotline

Bei allen Fragen rund um Sex, Verhütung und STIs können junge Menschen in **Sambia** rund um die Uhr die „Aunty Tasha Helpline“ anrufen. Am anderen Ende der Leitung sitzen ausgebildete Berater:innen und bieten Informationen und Hilfe zu allen Themen rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit an. Sie beraten ungeplant Schwangere und können an zuständige Ärzt:innen überweisen. Die Anrufer:innen können sich sicher sein, dass ihre Daten vertraulich behandelt werden und sie nicht verurteilt oder diskriminiert werden. Die Hotline wird finanziert vom **MAMA-Network (Mobilizing Activists around Medical Abortion)**, einem Netzwerk von Aktivist:innen und feministischen Organisationen in Subsahara-Afrika.²²⁶

4

WAS TUN?

Wie kann die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung junger Afrikaner:innen am besten gefördert werden? Wie werden die Versorgungslücken für Jugendliche im Gesundheitswesen am besten gedeckt? Wie lassen sich sozio-kulturelle Normen ändern, damit junge Menschen offen ihre Fragen, Sorgen und Hoffnungen zu Geschlechterrollen, Sexualität und Verhütung diskutieren können? Und wie kann die Entwicklungszusammenarbeit der Forderung nach Mitspracherecht für Jugendliche gerecht werden?

Lösungsansätze für diese Herausforderungen gibt es inzwischen unzählige. Die Frage ist, was wirkt? Und was wirkt nicht? Immer noch gibt es viele gut gemeinte Projekte und Initiativen, die von Organisationen in der Entwicklungszusammenarbeit gefördert oder durchgeführt werden, aber nicht maximal wirksam sind, weil die Ansätze nicht mit lokalen Expert:innen und Gemeinschaften abgestimmt wurden. Oder sie nutzen veraltete Strategien, die nicht den Bedürfnissen junger Menschen im Jahr 2024 gerecht werden. Doch es gibt auch unzählige Programme, die wirksam sind – ob auf nationaler Ebene von internationalen Organisationen umgesetzt oder auf lokaler Ebene von einer gemeindebasierten Organisation und Freiwilligen durchgeführt.

In jedem Interview haben wir unsere Gesprächspartner:innen in Nigeria, Sambia und Tansania gefragt, was aus ihrer Sicht getan werden muss, um die SRGR von jungen Menschen in ihrem Land zu verbessern. Auch haben wir jede Person gefragt, ob es existierende Projekte, Initiativen oder Ansätze gibt, die sie besonders wertschätzen, die aus ihrer Sicht besonders effektiv sind, oder die mehr gefördert werden sollten. Denn die Menschen vor Ort wissen am besten, was ihre Gemeinschaften brauchen, was funktioniert und was nicht, und welche Lücken gefüllt werden müssen. Aus den Antworten haben wir in diesem Kapitel wirksame Strategien, Empfehlungen und *Best Practices* zusammengetragen. Unter *Best Practices* verstehen wir Lösungsansätze und Projektbeispiele aus der Praxis, die sich in verschiedenen Kontexten in den drei Fokusländern (und oft auch in vielen anderen Ländern) bewährt haben und von Organisationen, die vor Ort arbeiten, in die Breite getragen werden sollten. Die darauffolgenden Handlungsempfehlungen sind an Entscheidungstragende in der Politik, Entwicklungszusammenarbeit und Gemeinschaft gerichtet.

4.1 Wissen, was wirkt: Best Practices

1 Angebot an Sexualaufklärung kreativ ausbauen

Sexualkundeunterricht nach den gängigen Richtlinien der UNESCO sollte überall die Norm sein und in Schulen fest verankert werden. Doch gleichzeitig muss auch das Angebot außerhalb des Klassenzimmers ausgebaut werden – sowohl für Jugendliche, die (noch) die Schule besuchen und solche, die nicht zur Schule gehen. Zum Beispiel sind außerschulische Aufklärungsangebote meist der einzige Weg für Mädchen und junge Frauen, die nicht (mehr) die Schule besuchen, Information über Safer Sex, Verhütung oder körperliche Selbstbestimmung zu erhalten. Die erfolgreichsten Strategien, um Jugendliche mit wichtigen und akkuraten Informationen über ihre SRGR zu erreichen, sind solche, die Aufklärung mit Freizeitaktivitäten miteinander verbinden und die von jungen Menschen (mit)geleitet werden.

Eine erfolgreiche Kombination: Aufklärung und Freizeitaktivitäten

Aufklärungsangebote, die über Spiele, Sport und andere Freizeitaktivitäten quasi nebenbei vermittelt werden, sind für junge Menschen attraktiver. Vor allem in ländlichen Gemeinden, wo junge Menschen kaum Zugang zu Informationen über das Internet haben, ist es wichtig, sie so direkt zu erreichen. Kostenlose Getränke oder Snacks sowie die Erstattung möglicher Fahrtkosten bieten einen zusätzlichen Anreiz für junge Leute, mitzumachen.

Viele Programme zu SRGR sind mittlerweile auf die Bedürfnisse von Mädchen und jungen Frauen ausgerichtet. Dennoch ist es wichtig, auch Jungs und junge Männer zu erreichen, um auch ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und um ihnen verantwortungsbewusstes und respektvolles Handeln in Beziehungen zu vermitteln. In vielen Ländern hat es sich als besonders wirksam erwiesen, Jungs über Fußballclubs zu erreichen: Ihnen wird eine attraktive Freizeitaktivität angeboten, von denen es oft nur wenige gibt, und in den Pausen zwischen Spielen lernen sie etwas über sexuelle und reproduktive Gesundheit.

Peer-Education ist der Goldstandard

Peer-to-Peer Learning, das heißt von Gleichaltrigen oder jungen Multiplikator:innen lernen, ist allen bisherigen Erfahrungen zufolge die erfolgreichste Methode, um junge Menschen zu erreichen. Jugendliche haben meist größeres Vertrauen in andere junge Menschen als in Erwachsene und können offener mit ihnen über sensible Themen sprechen, die gesellschaftlich als Tabus gelten. In *Peer-Education*-Projekten werden ausgewählte Jugendliche zu SRGR-Themen geschult, damit sie mögliche Fragen ihrer Peers beantworten können. In manchen Fällen erhalten sie sogar

weitere Schulungen, um zu Kondomen und Verhütungsmitteln zu beraten und diese an Jugendliche in ihren Gemeinschaften zu verteilen. Diese sogenannten *Peer Educators* können als Gleichaltrige schnell und nachhaltig Informationen unter ihren Peers verbreiten, deren Fragen beantworten und ihnen weitere Informationsquellen empfehlen und sie außerdem an jugendfreundliche Kliniken verweisen.

Digitale Jugend digital erreichen

Internetnutzung und der Zugang zu sozialen Medien über Handys und Smartphones ist unter jungen Menschen in Afrika heutzutage relativ weit verbreitet, vor allem in den Städten.²²⁷ Daher ist es inzwischen möglich, viele Jugendliche gut über das Internet und soziale Medien zu erreichen. Viele regionale und nationale Organisationen haben inzwischen Apps entwickelt, mit denen sie Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit in jugendfreundlichen Formaten an junge Menschen vermitteln. Vor allem jugendliche Gesprächspartner:innen in allen drei Fokusbändern haben immer wieder betont, dass es sehr wichtig sei, einfache, kurze Botschaften über moderne, jugendfreundliche Kanäle zu verbreiten. Digitale Möglichkeiten wie Videos und Cartoons oder auch interaktive digitale Formate sollten genutzt werden, um auf die geringe Aufmerksamkeitsspanne junger Menschen zu reagieren. Hierbei sollte konsequent Barrierefreiheit mitgedacht werden, um auch Jugendliche mit Behinderungen zu erreichen – zum Beispiel sollten Videos immer mit Untertiteln produziert werden.

„Ich kann nicht überall zur gleichen Zeit sein, aber eine App schon.“

Peer Educator, Sambia

2 Jugendfreundliche Gesundheitsversorgung stärken

Grundsätzlich erhalten Ärzt:innen und anderes Gesundheitspersonal zu wenig gezielte Schulung darin, wie man am besten mit jungen Patient:innen umgeht, wie man mit ihnen spricht und wie man es schafft, die persönlichen Ansichten im Behandlungsraum abzulegen. In vielen Gesprächen wurde uns berichtet, dass Schulungen für jugendfreundliche Gesundheitsversorgung – wenn sie denn überhaupt durchgeführt werden – viel zu kurz seien und nicht regelmäßig genug stattfinden. Diese Schulungen müssen für alle Gesundheitsmitarbeiter:innen, die mit jungen Menschen Kontakt haben, ausgebaut werden. Denn langfristig sind einzelne Fortbildungen zum angemessenen Umgang mit jungen Menschen nicht genug.

Provider Bias durch Sensibilisierung abbauen

Eine bewährte Methode, um langfristig die Vorurteile des Gesundheitspersonals gegenüber sexuell aktiven Jugendlichen abzubauen, ist der sogenannte *Values Clarification and Attitude Transformation* (VCAT)-Prozess, auf Deutsch „Klärung von Werten und Veränderung von Einstellungen“. In einem VCAT-Workshop werden Teilnehmende unter anderem dazu aufgefordert, ihre Haltung zur Sexualität junger Menschen zu überdenken und darüber zu reflektieren, welche Rolle sie in der Gesundheitsversorgung von Jugendlichen spielen. Auf diese Weise unterstützen die Workshops die Teilnehmenden dabei, ihre eigenen Vorurteile und festgefahrene Einstellungen zu SRGR von jungen Menschen aufzudecken, und können so einen Beitrag leisten, diese positiv zu verändern.²²⁸

Jugendgesundheitszentren und Programme gemeinsam mit Jugendlichen planen

Immer wieder wurde uns berichtet, wie wichtig es sei, junge Menschen in die Planung von Gesundheitszentren und Programmen für Jugendliche mit einzubeziehen. Allen voran der Appell, keine jugendfreundlichen Räume ohne Input von jungen Menschen zu bauen. Für junge Menschen ist beispielsweise der Wohlfühl- und Vertrauensfaktor in Gesundheitseinrichtungen besonders wichtig. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, müssen Jugendliche bei der Planung mit dabei sein. Das bedeutet nicht, dass der Bau eines Gesundheitszentrums oder die Durchführung eines Projekts allein von jungen Menschen geleitet werden muss, aber sie müssen bei jedem Schritt eine Rolle erhalten und ein Mitspracherecht haben: von der Konzeption bis zur Durchführung und Evaluation.

Um möglichst viele und unterschiedliche Perspektiven von Jugendlichen zu hören, ist es wichtig, regelmäßige Foren oder sogenannte *Community Dialogues* zu organisieren, in denen junge Menschen offen teilen können, was ihnen wichtig ist. Als zum Beispiel die Leiterin einer Jugendorganisation in Sansibar, Tansania, ein Programm zu Menstruationshygiene und -gesundheit startete, organisierte sie Dialoge mit Mädchen und jungen Frauen in der Gemeinschaft, um zu verstehen, was ihre wichtigsten Bedarfe sind. So konnte sie sicherstellen, dass das neue Programm die richtigen Prioritäten setzte.

Barrierefreiheit muss gewährleistet sein

Wenn heutzutage ein neues Krankenhaus oder eine neue Gemeinschaftsklinik gebaut wird, muss es eine Selbstverständlichkeit sein, dass die Gebäude barrierefrei für eine Person mit Behinderung zugänglich ist – egal ob die Person einen Rollstuhl nutzt, blind und/oder gehörlos ist. Barrierefreiheit muss bei jeder neuen Klinik mitgedacht werden und junge Menschen mit Behinderung sollten direkt befragt werden, was sie brauchen. Auch bei der Gestaltung von SRGR-Informationsmaterialien und Kampagnen muss Barrierefreiheit konsequent berücksichtigt werden, zum Beispiel durch die Nutzung von Bildbeschreibungen in Form von „Alt-Text“ online, die Bereitstellung von gedruckten Materialien in Braille für Menschen mit Sehbeeinträchtigung oder begleitende Videos in Gebärdensprache für gehörlose Menschen.

„Lasst junge Menschen diese Programme mitgestalten. Junge Menschen verstehen ihre Lebensrealitäten besser.“

Mitarbeiter einer NRO, Sambia

3 Die Beseitigung von Armut und Gewalt mit SRGR-Angeboten verknüpfen

SRGR-Programme müssen an die Lebensrealitäten von jungen Menschen angepasst sein. Armut ist für viele junge Menschen in Afrika traurige Realität ihres Alltags, meist ohne Perspektive auf eine gute Ausbildung oder einen sicheren Job. Ähnliches gilt für geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen und Mädchen, viele von ihnen haben bereits sexuelle Gewalt erfahren. Besonders wirksame SRGR-Initiativen für Jugendliche integrieren daher sowohl wirtschaftliches Empowerment als auch Sensibilisierung und Maßnahmen für den Schutz vor geschlechtsspezifischer und sexueller Gewalt.

Wirtschaftliches Empowerment in SRGR-Angebote integrieren

Viele Aktivist:innen und NRO-Mitarbeitende berichteten uns, dass es schwierig sei, Jugendliche dazu zu bewegen, sich aktiv um ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu bemühen und Empfehlungen zu Safer Sex zu befolgen, wenn sie keinerlei Perspektiven auf Ausbildung oder Job haben. Für manche junge Menschen, wie zum Beispiel junge Mütter, ist es oft schwierig genug, täglich Essen für sich oder ihre Kinder auf den Tisch zu stellen. Da bleibt keine Zeit, einen Workshop zu SRGR zu besuchen. Daher wird die Integration von SRGR-Angeboten und wirtschaftlichem Empowerment immer wieder als Best Practice genannt. Es muss nicht zwangsläufig gleich um Jobvermittlung gehen. Ein erster wichtiger Ansatz liegt beispielsweise darin, jungen Menschen und vor allem Frauen grundlegende Finanzkenntnisse zu vermitteln, um ihnen die Möglichkeit zu geben, finanziell unabhängig zu sein.

Viele junge Frauen haben bereits relevante Fähigkeiten, mit denen sie ihren Lebensunterhalt verdienen könnten, zum Beispiel als Schneiderin oder Köchin. Doch ihnen fehlt oft das Know-how dafür, ein eigenes Kleinstunternehmen zu starten. Unter den wichtigsten Zielgruppen für solche Initiativen sind neben jungen Müttern auch Jugendliche, die von extremer Armut betroffen sind, wohnungslose junge Menschen und Teenager:innen, die nicht zur Schule gehen.

„Man kann den Menschen Wissen [über SRGR] vermitteln, aber wenn sie nicht finanziell stabil sind, [...] ist es wirklich eine Herausforderung, das zu erreichen, was wir erreichen wollen.“

Mitarbeiter einer Jugendorganisation, Tansania

SRGR, Armut und GBV zusammendenken

Projekte, die sich mit SRGR von Jugendlichen befassen, müssen auch das Thema geschlechtsspezifische und sexuelle Gewalt mitdenken. Armut begünstigt oft sexuelle Gewalt: Wenn zum Beispiel eine Großfamilie auf engstem Raum oder in nur einem Zimmer zusammenlebt, erhöht sich das Risiko für Vergewaltigung oder Inzest. Wichtig ist es grundsätzlich, der gesellschaftlichen Normalisierung solcher Gewalt entgegenzuwirken. Im Rahmen von SRGR-Programmen sollten Jugendliche aller Geschlechter darüber aufgeklärt werden, dass sexuelle und andere Formen der Gewalt innerhalb der Familie oder in Beziehungen nicht normal sind. Jungen Menschen, vor allem Mädchen und Frauen, muss außerdem eine vertrauensvolle Atmosphäre geboten werden, in der sie über ihre Erfahrungen mit Gewalt sprechen können, damit ihnen Unterstützung und Schutz geboten werden kann.

Neben den körperlichen Konsequenzen sind Erfahrungen mit Gewalt für Kinder und Jugendliche oft auch traumatisch. Projekte, die die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Jugendlichen fördern, sollten daher nach Möglichkeit auch psychosoziale Betreuung anbieten.

„Wenn eine Frau finanziell unabhängig ist, kann sie für sich selbst Entscheidungen treffen, die benachteiligte Frauen nicht machen können. [Wie] zum Beispiel eine Frau, die zu Hause geschlechtsspezifische Gewalt erlebt: Weil sie alleine nicht überleben kann [...] und keine Einkommensquelle hat, bleibt sie in dieser Situation.“

Vertreter einer NRO, Nigeria

4 Dialog in Gemeinschaften fördern, um kulturellen und religiösen Widerstand abzubauen

Religiöse und traditionelle Führungspersonen spielen in vielen afrikanischen Gemeinschaften eine wichtige Rolle und genießen einen größeren Respekt als andere Führungspersonen.²²⁹ Ihre Ansichten zu Fragen wie Mädchenbildung, Kinderehe oder Sexualaufklärung setzen daher oft den Ton für die ganze Gemeinschaft. Insofern ist es sehr wichtig, mit ihnen zusammenzuarbeiten, um schädliche kulturelle Praktiken, Normen und Tabus langfristig abzubauen. *Community Dialogues* spielen hierbei eine wichtige Rolle, um an wichtigen Stellschrauben in den Gemeinden zu drehen. Ebenfalls wichtig ist der Dialog mit Eltern, Lehrkräften, kommunalen Führungspersonen und Regierungsvertreter:innen, um einen offeneren Umgang mit SRGR-Themen wie Menstruation, Aufklärung und Sexualität zu ermöglichen – damit ein jugendfreundliches Umfeld in der gesamten Gemeinschaft entstehen kann.

Mit traditionellen und religiösen Autoritäten zusammenarbeiten

Vor allem in ländlichen Gemeinden ist es unerlässlich, von Anfang an mit traditionellen Oberhäuptern, religiösen Führungspersonen und *Village Elders* (auf Deutsch „Dorfälteste“) in den Austausch zu treten. Eine Organisation, die ohne diesen ersten Schritt in einem Dorf direkt mit Aufklärung zu Tabuthemen wie Menstruation, Verhütung für Jugendliche oder GBV ansetzt, wird schnell auf Grenzen und Widerstand treffen. Doch wenn die Projektdurchführenden zuerst Dialoge mit den lokalen Entscheidungstragenden organisieren, um zu erklären, worum es in dem Projekt geht, was sie planen und was die Ziele sind, kann dies zu mehr Akzeptanz und höheren Erfolgchancen führen. Insbesondere bei SRGR-Themen ist es wichtig, möglichen Vorurteilen und Mythen entgegenzuwirken. Zum Beispiel gibt es viele Missverständnisse darüber, was umfassende Sexualaufklärung bedeutet. Doch durch offene Dialoge mit traditionellen oder regionalen Autoritäten ist es möglich, deren Fragen zu beantworten sowie gezielt Missverständnisse auszuräumen und aufzuzeigen, wie Sexualaufklärung Jugendlichen, ihren Familien und Gemeinschaften zugutekommen kann.

Dialoge mit der gesamten Community fördern

So wichtig es ist, zunächst mit Führungspersonen in Gemeinschaften in den Dialog zu treten, müssen Community Dialogues noch breiter gedacht und auf die ganze Gemeinschaft ausgeweitet werden. In allen drei Fokusländern wurde berichtet, wie wichtig dieser Ansatz bei kulturell sensiblen Themen wie SRGR von Jugendlichen sei, um die Sorgen und Erwartungen von unterschiedlichen Gemeindemitgliedern zu verstehen. Dialoge mit Jugendlichen, Eltern, Lehrkräften und andere Vertreter:innen aus Zivilgesellschaft und Regierung können ebenfalls dazu dienen, die Gemeinde zu unterstützen, selbst Lösungen für ihren jeweiligen ganz spezifischen Kontext zu finden.

Eltern schulen, offen über SRGR-Themen zu sprechen

Da die heutige Elterngeneration in der Regel in Familien aufgewachsen ist, in denen es nicht möglich war, offen über SRGR-Themen zu sprechen, müssen auch sie noch lernen, wie man mit seinen Töchtern oder Söhnen über Menstruationshygiene oder sexuell übertragbare Infektionen redet, ohne sie zu stigmatisieren. In speziellen Dialogformaten ist auch dies möglich: Eltern darin schulen, wie ein offener, vorurteilsfreier Austausch mit ihren Kindern über unterschiedliche SRGR-Themen gelingen kann.

Dabei ist es besonders wichtig, Männer mit einzubeziehen. So kann unter anderem die Akzeptanz von sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten für sowohl Männer als auch Frauen gesteigert werden. Nicht zuletzt können in Community Dialogues mit Eltern Geschlechterrollen diskutiert werden, um Machtverhältnisse offenzulegen und das Machtgefälle zwischen Männern und Frauen langsam aufzubrechen.

„Wir müssen auch die Denkweise der Männer ändern, denn schließlich arbeiten wir in Familien, in denen die Männer die Ernährer und Entscheidungsträger sind. Deshalb müssen wir auch die Mentalität der Männer ändern und die Praktiken, die vor allem in ländlichen Gebieten üblich sind. Wenn wir das geschafft haben, wird es uns helfen, Orte zu schaffen, an denen eine Kultur der Offenheit herrscht, in der Eltern mit ihren Kindern über ihre Menstruation, ihre Pubertät und ihre Sexualität sprechen können.“

Jugendaktivistin, Tansania

4.2 Handlungsempfehlungen

Die Herausforderungen, die afrikanischen Ländern in diesem Jahrhundert bevorstehen, sind enorm und erfordern vielseitige Lösungen, um nachhaltige Entwicklung sowie soziale und Geschlechtergerechtigkeit zu sichern. Die Gewährleistung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) 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 und Zukunftsperspektiven. Aus diesem Grund hat die Förderung der SRGR junger Menschen inzwischen Priorität in der Entwicklungszusammenarbeit und ist Teil internationaler und nationaler Vereinbarungen für nachhaltige Entwicklung. Um den Bedürfnissen und Forderungen junger Menschen in Afrika gerecht zu werden, sollten Institutionen in der Entwicklungszusammenarbeit und andere Fördermittelgebende:

■ Partnerländer unterstützen, ihre Gesundheitseinrichtungen besser an die Bedürfnisse junger Menschen anzupassen.

Investitionen in eine barrierefreie Infrastruktur, die gezielte Aus- und Fortbildung von (zusätzlichem) Gesundheitspersonal und die Verfügbarkeit notwendiger Produkte für jugendfreundliche Gesundheitsdienste sollten dabei Priorität erhalten. Ziel sollte sein, dass junge Menschen respektvoll behandelt, Wartezeiten reduziert und kostenlose Dienstleistungen im öffentlichen Gesundheitswesen tatsächlich unentgeltlich erbracht werden.

■ im **Dialog mit den Partnerländern** 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, wie ungeplante Schwangerschaft, frühe Mutterschaft, fehlender Zugang zu adäquaten Menstruationsprodukten und notwendigen Hygieneeinrichtungen in der Schule, muss dringend beschleunigt werden, um Geschlechtergerechtigkeit und damit nachhaltige Entwicklung zu sichern.

■ 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 – wie junge Menschen mit Behinderung, LSBTIQ*-Jugendliche oder junge Menschen, die mit HIV leben – geleitet werden und sich für die SRGR ihrer Gemeinschaften einsetzen.

■ **sich vor der Entwicklung ihrer Prioritäten in Gesprächen und Zusammenarbeit mit lokalen Jugendexpert:innen und Organisationen informieren**, wo der größte Bedarf ist und welche Lösungsansätze aus lokaler Perspektive am vielversprechendsten sind. Außerdem sollten sich Fördermittelgebende mit anderen Förderern abstimmen, um Überschneidungen zu vermeiden. Hierzu ist ein *Stakeholdermapping* hilfreich, um beispielsweise zu vermeiden, dass gleichzeitig mehrere ähnliche Projekte in einer Region des Landes durchgeführt werden, während andere Regionen vernachlässigt werden.

■ in der Unterstützung von lokalen Organisationen und Projekten **nachhaltige finanzielle Förderung sicherstellen**. Das bedeutet zum einen mehr finanzielle Mittel für bestehende erfolgreiche Projekte und lokale Jugendorganisationen und zum anderen mehr langfristige Förderung, die über die Laufzeit individueller Projekte hinausgeht. Um effektiv und zukunftssicher zu arbeiten, brauchen Organisationen insgesamt mehr Fördermittel sowie kontinuierliche und flexible Fördergelder. Flexibilität in der Förderung muss unter anderem bedeuten, dass Spielraum für individuelle Anpassungen von Programmen besteht. Dadurch wird auch die Krisenresilienz von Projekten und Organisationen unterstützt.

■ **Fördermittelanträge und Berichterstattung weniger komplex gestalten** und lokalen afrikanischen Organisationen Unterstützung bei komplizierten Finanzierungsprozessen anbieten – vor allem für kleine NROs und Jugendorganisationen ohne nachhaltige flexible Finanzierung.

■ in der Förderung von Partnerschaften zwischen internationalen und lokalen NROs die Machtverhältnisse berücksichtigen und **proaktiv eine gerechte Machtverteilung unterstützen**. Im Zuge der Lokalisierung in der Entwicklungszusammenarbeit besteht ansonsten die Gefahr, dass lokale Jugendorganisationen nur oberflächlich involviert werden und nicht langfristig als eigenständige Partner betrachtet werden.

■ helfen, die **Datengrundlage zu verbessern, in gemeinschaftsbasierte Forschung (community-led research) investieren und Analysekapazitäten vor Ort stärken**, um den Bedarf an SRGR-Gesundheitsdienstleistungen von insbesondere marginalisierten Jugendlichen besser erfassen zu können. Ohne repräsentative und disaggregierte Daten zu marginalisierten Bevölkerungsgruppen ist es sehr schwierig, Regierungen oder Fördermittelgebende zu überzeugen, warum Projekte, die beispielsweise trans* Jugendliche, junge Sexarbeiter:innen oder wohnungslose junge Menschen unterstützen, notwendig sind und wo der eigentliche Bedarf liegt.

■ **langfristig lokale Jugendorganisationen fördern, die primär Advocacy-Arbeit leisten**. Diese Arbeit ist zeitintensiv und notwendig, um wichtige Verbesserungen in der Gesetzgebung und Politik zu erreichen – ob in Bezug auf Sexualkundeunterricht, die gesetzliche Regelung bei Schwangerschaftsabbrüchen oder die Rechte von jungen LSBTIQ*-Menschen. Diese Advocacy-Arbeit ist bislang unterfinanziert, ist aber wichtig, damit junge Menschen an politischen Entscheidungsprozessen in Bereichen, die sie betreffen, beteiligt sein können. Der Aufbau von Advocacy- und Führungskapazitäten junger Menschen ist ebenfalls wichtig, damit sie die politischen Entscheidungstragenden in ihrem Land zur Verantwortung ziehen können.

METHODIK

Allgemeine Konzeption

Die vorliegende Jugendstudie setzt sich zusammen aus einer online Literatur- und Datenrecherche sowie einer qualitativen Datenerhebung über leitfadengestützte Interviews in drei Fokusländern.

Auswahl der Fokusländer

Anhand von drei ausgewählten afrikanischen Ländern wird detailliert beleuchtet, ob sich die bestehende Versorgung rund um SRGR mit den Wünschen von Jugendlichen deckt und welche Einstellungen sie rund um Themen wie Sex, Schwangerschaft und Verhütung haben. Um drei Fokusländer zu bestimmen, haben wir zunächst eine Analyse bestehender Literatur und Datenquellen zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit von Jugendlichen (15 bis 24 Jahre) in Afrika durchgeführt. Hierbei haben wir verschiedene Literatur- und Datenbanken genutzt, darunter *Demographic Health Surveys* (DHS), Datenbanken der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie von internationalen Forschungsinstitutionen wie dem US-amerikanischen *Guttmacher Institute*.

Welche statistischen Daten wir verwenden

Um die aktuelle Situation rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von jungen Menschen in Afrika überblickend und vergleichend zu erfassen, haben wir statistische Kennzahlen verwendet. Eine wichtige Quelle für die Statistiken ist das *Demographic and Health Surveys* (DHS) Programm, das unter anderem SRGR-relevante Daten in dutzenden Ländern repräsentativ erhebt und darstellt.

Da die DHS-Daten sich immer nur auf einzelne Länder beziehen und nicht für Regionen zusammengefasst abgerufen werden können, wurden außerdem Daten und Projektionen des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) von der Hauptabteilung der Vereinten Nationen für wirtschaftliche und soziale Angelegenheiten (UN DESA), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen Institutionen genutzt.

Die Quellen bereiten SRGR-Daten in Bezug auf junge Menschen mit unterschiedlicher Detailliertheit und unterschiedlichem thematischen Fokus auf. Deswegen wurden je nach Bedarf unterschiedliche Datenquellen verwendet. In Einzelfällen haben wir auch thematisch einschlägige Datensammlungen abgerufen (z.B. vom gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen zu HIV (UN AIDS)) oder wissenschaftliche Artikel genutzt, und auf Basis dieser Datenerhebungen und -banken eigene Berechnungen durchgeführt.

Die Auswahl von Fokusländern erfolgte anhand verschiedener Kriterien – darunter demografische Indikatoren und Gesetzgebungen rund um SRGR. Nach einer ersten Datenanalyse anhand des entwickelten Kriterienkatalogs kamen zunächst insgesamt sieben Länder als Fokusländer in Frage: Kamerun, Malawi, Niger, Nigeria, Sambia, Tansania und Togo, die auf drei finale Länder eingegrenzt wurden: **Sambia, Tansania** und **Nigeria**.

Entscheidend für die Auswahl waren verschiedene Gründe. Erstens gibt es für alle drei Länder eine vergleichsweise gute Datengrundlage. Die verfügbaren DHS-Daten der Länder sind nicht älter als 2018 – für Tansania gibt es sogar Daten von 2022. Zweitens decken wir mit den drei Ländern mehrere Regionen Afrikas ab: Westafrika (Nigeria), Ostafrika (Tansania) und südliches Afrika (Sambia). Drittens sehen wir in den drei Ländern unterschiedliche Gesetzeslagen zu SRGR-Themen wie Schwangerschaftsabbrüchen und Sexuaufklärung in Schulen. Ein großes prognostiziertes Bevölkerungswachstum in Nigeria und Tansania sowie ein hoher ungedeckter Bedarf an modernen Verhütungsmitteln unter Mädchen und jungen Frauen in Nigeria sind weitere Gründe für die Auswahl gewesen.

Auswahl der Interviewpartner:innen

Für den qualitativen Teil der Datenerhebung haben wir mit Expert:innen in drei Fokusländern – Nigeria, Tansania und Sambia – Interviews geführt. Expert:innen sind unserer Definition nach junge Menschen, die sich im Bereich SRGR engagieren, Aktivist:innen und Mitarbeitende in (internationalen) NROs. Obwohl dieses Projekt die Bedürfnisse und Perspektiven von Jugendlichen und jungen Menschen ab 15 Jahren untersucht, haben wir angesichts Zeit- und Ressourcenbeschränkungen nur mit volljährigen Personen ab 18 Jahren Interviews geführt. Uns ist bewusst, dass dadurch wertvolle Perspektiven von jüngeren Personen nicht in der Studie abgedeckt werden.

Mögliche Interviewpersonen wurden über eine Internetrecherche sowie berufliche und private Netzwerke ausfindig gemacht. Aus der daraus entstandenen Kontaktliste haben wir versucht, ein möglichst breites Bild an verschiedene Perspektiven zusammenzutragen: Das heißt, wir haben bewusst sowohl große internationale Organisationen als auch kleine, ehrenamtliche Initiativen kontaktiert, gezielt Organisationen angeschrieben, die sich für die Rechte von LSBTIQ*-Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen einsetzen.

Auch inhaltlich verfolgen die kontaktierten Organisationen unterschiedliche Schwerpunkte – von Lobbyarbeit, Leadership und Empowerment für junge Menschen, mentaler Gesundheit, Menstruation, Familienplanung, bis hin zur Bereitstellung von Gesundheitsversorgung waren verschiedene Aspekte von SRGR dabei. In Tansania und Nigeria hatten wir zudem Unterstützung von zwei lokalen Berater:innen, die uns bei der Auswahl von Gesprächspartner:innen und der Koordination der Interviewtermine unterstützt sowie uns in Dar es Salaam und Lagos einen Raum zur Verfügung gestellt haben, in dem wir die Gespräche durchführen konnten.

Durchführung der Interviews und Auswertung der Ergebnisse

Insgesamt haben wir 66 Interviews mit 111 Gesprächspartner:innen geführt, die jeweils zwischen 30 und 90 Minuten gedauert haben. Davon haben 58 Interviews während unserer Projektreisen im Januar und Februar 2024 stattgefunden und acht Interviews virtuell im Februar und März 2024. In Tansania waren wir vor Ort in Dar es Salaam und auf Sansibar, in Sambia in Lusaka und Livingstone und in Nigeria in Lagos. Die ergänzenden virtuellen Interviews dienten vor allem dazu, auch mit Organisationen zu sprechen, deren Büros nicht an den Orten sind, die wir bereist haben, sondern beispielsweise in ländlichen Gebieten Sambias oder im Norden Nigerias.

Alle Interviews wurden zu zweit im Team durchgeführt, mit je ein bis maximal sechs Gesprächspartner:innen. Wir haben einen Interviewleitfaden mit mehreren Kernfragen genutzt, die wir jeweils nach Kontext, Gesprächsverlauf und verfügbarer Zeit angepasst haben. Dieser Interviewleitfaden wurde vorab von jeweils einer Organisation pro Land geprüft und kommentiert. 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 den Großteil der 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 haben wir die Ergebnisse inhaltsanalytisch ausgewertet und mehrere Schwerpunktthemen herausgearbeitet. Die zentralen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen haben wir mit ausgewählten Organisationen in den drei Fokusländern diskutiert und validiert.

DANKSAGUNG

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung bedankt sich bei einer Vielzahl von Personen und Organisationen, ohne deren Unterstützung, Zeit und wertvolle Einsichten und Kommentare diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Insbesondere möchten wir uns bei Innocent Grant (*Young and Alive Initiative*, Tansania) und Elizabeth Talatu Williams (*Sustainable Impact and Development (SID) Initiative*, Nigeria) bedanken, die uns vor und während unserer Reisen nach Tansania und Nigeria umfassend unterstützt haben.

Darüber hinaus danken wir den folgenden Organisationen:

AfriYAN Tanzania
Association of Young People living with HIV/AIDS in Nigeria (APYIN)
Contact Trust Youth Association
Copper Rose Zambia
DAI/TEENSMATA
Deaf Women Aloud Initiative (DWA1)
Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
Equality Triangle
Family Health Trust
FAWEZA
Girls Pride Zambia
GIZ Zambia
Improved Sexual Health and Rights Advocacy Initiative (ISHRAI)
KVP Forum Zanzibar
Learners Corner Education Tech Hub Lagos
Love in Colours Foundation Zanzibar
MSI Reproductive Choices
Planned Parenthood Association of Zambia
Positive Movement Zambia
REPSSI
SAFAIDS Zambia
Sustainable Impact and Development (SID) Initiative
Transbantu Association Zambia
Whisper A Dream Foundation

WOMEN'S GLOBAL NETWORK FOR REPRODUCTIVE RIGHTS AFRICA

Young and Alive Initiative
Young Mothers Mbagala Network
Zanzibar Fighting Against Youth Challenges Organization (ZAFAYCO)

Außerdem geht unser Dank an folgenden Einzelpersonen:

A young person living with HIV sharing her story positively
Aanuoluwapo Owoseeni, Vision Spring Initiatives
Abiola, Youth Development and Empowerment Initiative (YEDI)
Adek Bassey Ozaveshe, Today for Tomorrow Foundation
Adesegun Fatusi
Alice Ahadi Magaka from The Pink Box Initiative
Aluwa Mkilindi, Theatre Arts Feminists
Ankita Mehta
Bamidele Oyewumi, Program Manager, HACEY Health Initiative
Benetius Boniphace, Program Coordinator, Restless Development
Besa Mwansa, Young Women in Action
Bibian Chibelushi, Copper Rose Zambia
Bwalya Mukuka, Senior Program Officer, Young Women in Action
Cecilia Lesho of Bakashana Organization, Kasama, Northern Province

Chilekwa Chisanga, Head of Programmes, Regional Psychological Support Initiative (REPSSI)	Inonge Wina-Chinyama, Operations Director, MSI Zambia	Oladimeji Ibrahim, AfriYAN Nigeria
Chilundika Mwiinga	James Mdala, MSI Zambia	Oluwafunso Bukoye, Action Health Incorporated
Christabel Hanongo, Contact Trust Youth Association	Joseph Sewedo Akoro	Omar Mussa Omar, Chairperson of KVP Forum Zanzibar
Christabel Mambwe, Technical Advisor: Youth, Disability & Gender, MSI Zambia	Kevin Squash, Young and Alive Initiative Tanzania	Onikepe Owolabi
Dalitso Mvula	Kiki	Peer Educator, CTYA
David Sinkamba, Cofounder/Media GenHope Foundation	Lilian Sanga, Young and Alive Initiative	Public Health Nurse
Dogo Caleb, Today for Tomorrow Initiative	Mashingo Lerise, Adolescent & Youth SRHR expert, MSI Tanzania	Rabson Sakala
Dr. Walusungu Mtonga	Mauton Akoro, Program Officer, The Initiative for Equal Rights	Ronnie Jere, Executive Director, Contact Trust Youth Association
Drosin M. Mulenga, Population Council Zambia Office, Program Officer	Michael Hanshya	Stephanie Mulamata, Project Coordinator, Contact Trust Youth Association
Edward Sibeene	Mike Mbizvo	Swide Riwa
Elizabeth Senkoro	Miriam Syamakata, Peer Educator at Contact Trust Youth Association	Tessar Maryam Chitalo, Family Health Trust
Esther Ezem, Center for Health Education and Vulnerable Support	Ms. Tuponege Donald, Youth coordinator	Thelma Banda, Advocate for sexual and reproductive health and rights, employed by the Ministry of Health in Zambia, who is also a nurse by profession
Eva Raphael Mkane, VSO	Ms. Walta Carlos, Youth SRHR Program Officer, Women's Global Network for Reproductive Rights (WGNRR Africa)	Treasures Uchegbu, Convener CEO, Speaking Fingers Network, and Lead Facilitator, LifeWorkReady Program and Camp for Deaf Adolescents and Youths
Florence Tembo, Young Women in Action	Mubika Mukobeko	Usen Asanga, Youth Development and Empowerment Initiative (YEDI)
Frances Nwankwo, Queer Advocate	Mubita Simonda, Programme Designer/ Health Expert, Afya Mzuri	Vivien Bwembya, Young Women in Action, Lusaka
George Adjete, SRHR Youth Advocate/Activist	Mulenga Ching'ambo, Programmes Manager, Centre for Reproductive Health and Education	Wisdom Omokaro, Youth Development and Empowerment Initiative (YEDI)
George Dexters Hara, Peer Educator, Copper Rose Zambia	Myles Mwansa, Zambia Network of Young People Living with HIV	Zahra Salehe, Integrating Capacity and Community Advancement Organisation (ICCAO)
Getrude Clement, Youth advocate SRHR Tanzania	Nancy Chilufya	Zirose Mumba, Family Health Trust
Gift Giovanni Banda, Peer Educator	Natasha Okpara, Population Council	
Halima Lila, Independent Consultant	Noah Daka, Public Health Nurse	
Hannah Haynes	Ogechi Onuoha, MSI Nigeria Reproductive Choices	
Innocent Chansa, Adolescent Responsive Health Systems Expert		

GLOSSAR

Adoleszenz – Entwicklungsphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, welche durch tiefgreifende körperliche, psychische und soziale Veränderungen gekennzeichnet ist. Sie beginnt etwa mit dem Einsetzen der Pubertät (im Durchschnitt zwischen dem 10. und 13. Lebensjahr) und endet im jungen Erwachsenenalter (etwa zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr).

Cis/cisgeschlechtlich – Personen sind cis, wenn ihre Geschlechtsidentität dem Geschlecht entspricht, das ihnen bei der Geburt zugeschrieben wurde.

Fertilitätsrate – Die durchschnittliche Anzahl der Kinder, die Frauen während ihrer reproduktiven Jahre (ungefähr im Alter von 15 bis 49) zur Welt bringen.

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/ Geschlechtergleichstellung – 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/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 – beispielsweise Diskriminierung aufgrund von Herkunft, Alter, Geschlechtsidentität, sexueller Orientierung, Behinderung, sozioökonomischem Status, ethnischer oder religiöser Zugehörigkeit und/oder Hautfarbe – sich überschneiden und gegenseitig verstärken können.

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.

Kinderehe – Eine Eheschließung, bei der mindestens eine:r der Verheiratenden jünger als 18 Jahre alt ist. Oft betrifft das Mädchen, sobald sie ihre Menstruation bekommen und als heiratsfähig gelten. In manchen Ländern tritt die Volljährigkeit vor dem 18. Lebensjahr ein, weshalb auch von „früher Heirat“ gesprochen werden kann. Eine Zwangsheirat hingegen bedeutet, dass eine:r der oder beide Partner:innen ohne freie Zustimmung heiraten (altersunabhängig).

LSBTIQ* – Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queers. 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.

Misoprostol – Misoprostol ist ein Medikament, das bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen, gemeinsam mit Mifepriston, eingesetzt wird. Darüber hinaus wird es für eine Vielzahl weiterer Indikationen in der Gynäkologie eingesetzt. Die WHO hat Misoprostol auf ihre „Essentielle Liste“ von effektivsten und sichersten Medikamenten gesetzt.

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

Patriarchat – Ist ein gesellschaftliches System, in dem Männer dominieren 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.

Queer – Hinterfragt normative Geschlechts- und Sexualitätskonzepte, wird aber auch als Selbstbezeichnung verwendet, um Offenheit für nicht-binäre Geschlechter und nicht-normative Sexualpraktiken zu zeigen oder um die Vielfalt sexueller Identitäten zu politisieren.

Reproduktives Alter – 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, schützt. Safer Sex beinhaltet unter anderem 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.

Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) – Der Begriff FGM umfasst alle Verfahren, die eine teilweise oder vollständige Entfernung oder sonstige Verletzung der äußeren weiblichen Genitalien aus nichtmedizinischen Gründen beinhalten. Die Weltgesundheitsorganisation hat vier Kategorien klassifiziert: die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder des Klitoris mantels (Typ I), die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Vulvalippen, mit oder ohne Entfernung der großen Vulvalippen (Typ II), die Verengung des Vaginaleingangs durch Zusammenführen und Vernähen der kleinen und/oder großen Vulvalippen (Typ III), sowie alle anderen schädlichen Verfahren an den weiblichen Genitalien aus nichtmedizinischen Gründen, wie Stechen, Schneiden, Schaben und Ätzen (Typ IV). FGM ist eine schwere Menschenrechtsverletzung, die zu verschiedenen unmittelbaren und langfristigen Komplikationen führen und tödlich enden kann. Langfristige Folgen können schwerwiegende Schäden an Harn-, Fortpflanzungs- und Sexualorganen sein, die beispielsweise Risiken für Geburtskomplikationen erhöhen und sexuelles Lustempfinden erheblich beeinträchtigen.

QUELLEN

- 1 UNFPA (2024). Cotonou Youth Action Agenda. 30 Years Strong: Youth-built Futures for Population and Development. www.unfpa.org/resources/cotonou-youth-action-agenda (27.06.24).
- 2 McCarthy, K. et al. (2016). Investing when it counts: Reviewing the evidence and charting a course of research and action for very young adolescents. Population Council, New York.
- 3 UN DESA, Population Division (2024). World Population Prospects: The 2024 Revision. Custom data acquired via website. <https://t1p.de/khs8q> (12.07.24).
- 4 S. Endnote 3.
- 5 S. Endnote 3.
- 6 United Nations (2015). Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York.
- 7 African Union Commission (2017). AU Roadmap on Harnessing the Demographic Dividend through Investments in Youth. Addis Ababa.
- 8 African Union Commission (2015). Agenda 2063: The Africa We Want. Addis Ababa.
- 9 S. Endnote 3.
- 10 Obermeier, A. M. (2023). Conflict Trends in Africa, 1989–2022 (PRIO Policy Brief, 5). www.prio.org/publications/13677 (27.06.24).
- 11 Debt Justice (2022). Colonialism and debt. How debt is used to exploit and control. <https://t1p.de/xdr4b> (27.06.24).
- 12 Graeber, D. (2012). Debt. The first 5,000 years. New York.
- 13 French, H. W. (2021). Born in Blackness. Africa, Africans, and the making of the modern world, 1471 to the Second World War. New York.
- 14 United Nations (2023). Africa Spends More on Debt Servicing than Health Care, Secretary-General Tells High-level Policy Dialogue, Urging Financing, Investment in Continent. <https://press.un.org/en/2023/sgsm21809.doc.htm> (27.06.24).
- 15 Amnesty International (2023). On Zambia, health, and public debt: Alternatives to austerity. <https://t1p.de/a34sj> (27.06.24).
- 16 Starrs, A. M. et al. (2018). Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. The Lancet Commissions. 391(10140), S. 2642-2692.
- 17 Guttmacher-Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health and Rights (2018). Fortschritt Beschleunigen: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle. Kurzfassung. <https://t1p.de/1oqsu> (26.06.24).
- 18 Akwara, E. & Chandra-Mouli, V. (2023). Good progress in a number of areas of ASRH, but there is much more that needs to be done. Sexual and Reproductive Health Matters, 31(1).
- 19 UNICEF (2024). Female genital mutilation (FGM). <https://t1p.de/un37k> (27.06.24).
- 20 Melesse, D. Y. et al. (2020). Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? BMJ Global Health, 5(1).
- 21 Chandra-Mouli, V. et al. (2019). The Political, Research, Programmatic, and Social Responses to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in the 25 Years Since the International Conference on Population and Development. Journal of Adolescent Health, 65, S. S16-S40.
- 22 Van Nguyen, K. & Eaton, J. W. (2022). Trends and country-level variation in age at first sex in sub-Saharan Africa among birth cohorts entering adulthood between 1985 and 2020. BMC Public Health, 22(1120).
- 23 Sully, E. A. et al (2020). Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019-Appendix Tables. Guttmacher Institute, New York. <https://t1p.de/O1svd> (27.06.24).
- 24 S. Endnote 2.
- 25 ICF (2024). STATcompiler. The DHS program (Median age at first sexual intercourse). www.statcompiler.com/en/ (27.06.24).
- 26 UNFPA (2024). Population Data Portal (Early sex before age 15 among women aged 20-24). <https://t1p.de/sd0x1> (27.06.24).
- 27 S. Endnote 25.
- 28 ICF (2024). STATcompiler. The DHS program (Comprehensive correct knowledge about AIDS among young women/men age 15-24). www.statcompiler.com/ (27.06.24).
- 29 UNICEF (2023). Child marriage. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/> (27.06.24).
- 30 UNFPA (2022). Child Marriage. www.unfpa.org/child-marriage (28.06.24).
- 31 UNICEF (2023). Is an End to Child Marriage within Reach? Latest trends and future prospects. 2023 update. New York.
- 32 S. Endnote 29.
- 33 S. Endnote 31.
- 34 S. Endnote 31.
- 35 UNICEF (2024). Are we on track to end child marriage by 2030? (The Child Marriage Data Portal). <https://childmarriage.org/global-trends/> (28.06.24).
- 36 S. Endnote 35.
- 37 S. Endnote 23.
- 38 S. Endnote 23.
- 39 WHO (2024). Adolescent pregnancy. <https://t1p.de/x990q> (04.07.24).
- 40 UNICEF (2024). Early Childbearing. <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/> (27.06.24).
- 41 Center for Reproductive Rights (2024). The World's Abortion Laws. <https://t1p.de/7bj8c> (27.06.24).
- 42 Guttmacher Institute (2021). Adding It Up: Investing in Safe Abortion Services in the African Union. <https://t1p.de/4gdf3> (27.06.24).
- 43 WHO (2024). Abortion Fact Sheet. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion (27.06.24).
- 44 S. Endnote 23.
- 45 S. Endnote 23.
- 46 Bankole, A. et al. (2020). From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress. Guttmacher Institute, New York.
- 47 Guttmacher Institute (2021). Adding It Up: Investing in Contraceptive Services in the African Union. <https://t1p.de/eben4> (27.06.24).
- 48 S. Endnote 47.
- 49 S. Endnote 23.
- 50 S. Endnote 3.
- 51 S. Endnote 40.
- 52 S. Endnote 39.
- 53 Ajayi, A. I. et al. (2023). Lived experiences of pregnant and parenting adolescents in Africa: A scoping review. Reproductive Health, 20(113).
- 54 UNICEF (2023). Key HIV epidemiology indicators for children and adolescents aged 0-19, 2000-2022. <https://t1p.de/a6rgl> (27.06.24).
- 55 WHO (2024). Sexually transmitted infections (STIs) Fact Sheet. <https://t1p.de/ozlgr> (27.06.24).

- 56 WHO (2024). Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030. Report on progress and gaps 2024. Geneva.
- 57 Du, M. et al. (2022). Increasing incidence rates of sexually transmitted infections from 2010 to 2019: an analysis of temporal trends by geographical regions and age groups from the 2019 Global Burden of Disease Study. *BMC Infectious Diseases*, 22(1): 574.
- 58 UNICEF (2023). Adolescent HIV prevention. <https://t1p.de/lzctb> (27.06.24).
- 59 UNAIDS (2023). The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Geneva.
- 60 UNAIDS (2023). Factsheet Global HIV statistics. <https://t1p.de/loy27> (27.06.24).
- 61 S. Endnote 58.
- 62 WHO (2024). Adolescent Health. Factsheet. www.afro.who.int/health-topics/adolescent-health (28.06.24).
- 63 S. Endnote 60.
- 64 WHO, UNICEF & UNAIDS (2022). The Global Alliance to End AIDS in Children. <https://t1p.de/9jzte> (28.06.24).
- 65 WHO (2024): Violence against women. <https://t1p.de/mc2hn> (28.06.24).
- 66 Beyene, A. S. et al. (2019). Gender-based violence among female youths in educational institutions of Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 8(59).
- 67 S. Endnote 65.
- 68 UNICEF (2023). Violent unions. <https://t1p.de/vjd44> (01.07.24).
- 69 WHO (2021). Global Database on the Prevalence of Violence Against Women. <https://t1p.de/jfft4> (01.07.24).
- 70 UNICEF (2023). Sexual violence. <https://t1p.de/c3tgv> (01.07.24).
- 71 WHO (2024). Female genital mutilation. <https://t1p.de/5gdfn> (01.07.2024).
- 72 S. Endnote 71.
- 73 S. Endnote 19.
- 74 UNICEF (2024). Female genital mutilation (FGM) (Percentage of girls and women aged 15-49 years who have undergone FGM). <https://t1p.de/un37k> (02.07.24).
- 75 S. Endnote 19.
- 76 S. Endnote 20.
- 77 S. Endnote 3.
- 78 UN DESA (2018). World Urbanization Prospects 2018: The 2018 Revision. Custom data acquired via website. <https://t1p.de/uk30d> (02.07.24).
- 79 Collins, R. O. & Burns, J. M. (2013). *A History of Sub-Saharan Africa*. (2. Auflage). Cambridge.
- 80 Vice President's Office (2024). Home. Union Matters. www.vpo.go.tz/ (02.07.24).
- 81 U.S. Department of State (2021). 2020 Report on International Religious Freedom: Tanzania. <https://t1p.de/w9l9f> (02.07.24).
- 82 S. Endnote 3.
- 83 S. Endnote 78.
- 84 World Bank (2024). Poverty and Inequality Platform (Poverty rate). <https://pip.worldbank.org/poverty-calculator> (28.06.24).
- 85 S. Endnote 3.
- 86 ICF (2024). STATcompiler. The DHS programm (Teenagers who are mothers). www.statcompiler.com/en/ (02.07.24).
- 87 ZNBC Today (2024). Eastern Province has recorded 2, 946 teen pregnancies within the month of January 2024. <https://t1p.de/j6wpu> (02.07.2024).
- 88 Miti, C. (2024). "Arrest the men Impregnating under age girls in EP". <https://t1p.de/dvjmo> (02.07.24).
- 89 Banda, N. (2024). ZNMNGD CALLS ON THE POLICE TO ARREST MEN BEHIND THE OVER 2800 TEEN PREGNANCIES IN EASTERN PROVINCE. <https://t1p.de/s1cs1> (02.07.24).
- 90 S. Endnote 23.
- 91 S. Endnote 39.
- 92 Copper Rose Zambia (2022). The Impact of Teenage Pregnancy on Gender Equality in Zambia. <https://t1p.de/ah09t> (02.07.24).
- 93 Ministry of Education Republic of Zambia (2022). Education Statistics Bulletin 2020. Lusaka. <https://t1p.de/gbmye> (02.07.24).
- 94 World Bank (2022). The Social and Educational Consequences of Adolescent Childbearing (Gender Data Portal). <https://t1p.de/yqb1s> (02.07.24).
- 95 UNESCO (2019). Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education. Policy Paper, 39.
- 96 ICF (2024). STATcompiler. The DHS programm (Sex before the age of 15/18). www.statcompiler.com/en/ (02.07.24).
- 97 ICF (2024). STATcompiler. The DHS programm (Teenagers who have begun childbearing). www.statcompiler.com/en/ (04.07.24).
- 98 UNFPA (2024). Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions <https://t1p.de/q2y54> (02.07.24).
- 99 Mills, R. et al. (2023). Opening a portal to pleasure based sexual and reproductive health around the globe: a qualitative analysis and best practice development study. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(3).
- 100 UNESCO (2018). International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach (2. aktualisierte Auflage). Paris.
- 101 Ministry of Health, Tanzania Mainland et al. (2022). Tanzania Demographic and Health Survey and Malaria Indicator Survey 2022 Final Report. Dodoma, Tanzania & Rockville, Maryland, USA.
- 102 National Population Commission (NPC) Nigeria & ICF (2019). Nigeria Demographic and Health Survey 2018. Abuja, Nigeria & Rockville, Maryland, USA.
- 103 Zambia Statistics Agency et al. (2019). Zambia Demographic and Health Survey 2018. Lusaka, Zambia & Rockville, Maryland, USA.
- 104 Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and Children, United Republic of Tanzania (2021). National Accelerated Action and Investment Agenda for Adolescent Health and Wellbeing 2021/22 - 2024/25. <https://t1p.de/ki5dy> (02.07.24).
- 105 African Population and Health Research Center (APHRC) (2019). Comprehensive Sexuality Education in Sub-Saharan Africa. Implementation of CSE in Zambia. Nairobi.
- 106 UNESCO (2023). Nigeria: Comprehensive Sexuality Education. <https://t1p.de/yvkk2> (02.07.24).
- 107 UNFPA (2023). Delivering Comprehensive Sexuality Education for Out-of-school Young People. Country Case Studies on UNFPA's Global Programme on Out-of-school CSE. Nigeria. <https://t1p.de/zepxg> (02.07.24).
- 108 Maseko, M. (2020). UN Press Release on Comprehensive Sexuality Education (CSE). UN Zambia. <https://t1p.de/tpj4f> (02.07.24).
- 109 Hamusunga, G. (2020). ZANEC PRESS STATEMENT ON COMPREHENSIVE SEXUALITY EDUCATION. Zambia National Education Coalition. <https://t1p.de/m8wqh> (02.07.24).
- 110 Lusaka Times (2023). Ministry of Education clarifies misinformation on Comprehensive Sexuality Education books circulating on social media. <https://t1p.de/x8go1> (02.07.24).
- 111 ITU (2024). Facts and Figures 2023: Youth Internet Use. <https://t1p.de/ysfoo> (02.07.24).
- 112 GSMA (2023). The Mobile Economy Sub-Saharan Africa 2023. London.
- 113 American Institutes for Research (2018). Impact Evaluation of the Join-In-Circuit in Schools in Zambia. Final Evaluation Report. Washington.
- 114 Syspons (2022). Effectiveness Study on the „Join-In Circuit“ in Zambia. Berlin.
- 115 Fatusi, A. O. (2018). Nigeria National Standards & Minimum Service Package for Adolescent & Youth-Friendly Health Services (2018). <https://t1p.de/tOp51> (02.07.24).
- 116 Ministry of Health, Republic of Zambia (2023). 2022-2026 Strategic Plan National Health. „Towards Attainment of Quality Universal Health Coverage Through Decentralisation“. Lusaka.

- 117 CHOICE for Youth and Sexuality (2024). Youth-Friendly Services. <https://t1p.de/atm2e> (19.06.24).
- 118 S. Endnote 104.
- 119 Kons, K. et al. (2022). Factors Associated with Adolescent Pregnancy in Sub-Saharan Africa during the COVID-19 Pandemic: A Review of Socioeconomic Influences and Essential Interventions. *International Journal of Sexual Health*, 34(3), S. 386-396.
- 120 SafAIDS (2022). MobiSafAIDS App for Sexual and Reproductive Health and Advocacy. <https://t1p.de/sxl7k> (03.07.24).
- 121 UNICEF (2022). Social Accountability Monitoring of Young People's SRH Services: Partnering for better SRHR outcomes among Young People. Conference Report. <https://t1p.de/u5sir> (03.07.24).
- 122 Solo, J. & Festin, M. (2019). Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations. *Global Health: Science and Practice*, 7(3), S. 371-385.
- 123 Meek, C. et al. (2022). Health worker perceptions of stigma towards Zambian adolescent girls and young women: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22.
- 124 Freeman, E. & Coast, E. (2019). Conscientious objection to abortion: Zambian healthcare practitioners' beliefs and practices. *Social Science & Medicine*, 221, S. 106-114.
- 125 Arije, O. et al. (2022). "They will judge you more like a parent instead of like a health practitioner": Perceptions and preferences of young people regarding sexual and reproductive health services in Southwest Nigeria. *Dialogues in Health*, 1.
- 126 Corley, A. G. et al. (2022). Exploring and Monitoring Privacy, Confidentiality, and Provider Bias in Sexual and Reproductive Health Service Provision to Young People: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11).
- 127 Turner, K. L. et al. (2018). Values clarification workshops to improve abortion knowledge, attitudes and intentions: a pre-post assessment in 12 countries. *Reproductive Health*, 15.
- 128 MSI (2018). Values clarification: transforming attitudes to adolescent contraceptive use in Tanzania. <https://t1p.de/xrkmo> (03.07.24).
- 129 Make Way (2024). Make Way Zambia. www.make-way.org/make-way-zambia/ (03.07.24).
- 130 Human Rights Watch (2023). Uganda's President Signs Repressive Anti-LGBT Law. <https://t1p.de/k6wyc> (03.07.24).
- 131 ILGA World (2024). Legal Frameworks. Criminalisation of consensual same-sex sexual acts (ILGA World Database). <https://t1p.de/z324g> (03.07.24).
- 132 d'Adesky, A.-C. (2023). Updates on anti-LGBTQ legislation and impact on LGBTQ+ civil rights in Tanzania (Briefing Paper).
- 133 Southern Africa Litigation Centre & Transbantu Association Zambia (2021). Key issues related to sexual orientation, gender identity and expression identified by a community consultation in Zambia. Johannesburg.
- 134 S. Endnote 132.
- 135 Laukkanen, S. (2024). Sexual and Reproductive Rights. Tanzania. GFMER. <https://www.gfmer.ch/srr/Tanzania.htm> (03.07.24).
- 136 ILGA World (2024). Tanzania. (ILGA World Database) <https://database.ilga.org/tanzania-lgbti> (03.07.24).
- 137 Silimina, D. (2022). LGBTQI rights remain sensitive issue. <https://t1p.de/atgqz> (03.07.24).
- 138 S. Endnote 58.
- 139 UNAIDS (2024). Key Population Atlas. <https://kpatlas.unaids.org/dashboard> (03.07.24).
- 140 S. Endnote 132.
- 141 Human Rights Watch (2020). "If We Don't Get Services, We Will Die". Tanzania's Anti-LGBT Crackdown and the Right to Health. <https://t1p.de/a3nev> (03.07.24).
- 142 UNICEF (2021). Seen, Counted, Included. Using data to shed light on the well-being of children with disabilities. New York.
- 143 Mesiäislehto, V. (2023). Sexual and Reproductive Health and Rights through the Lens of Belonging. *Intersectional Perspectives on Disability, Gender, and Adolescence in Tanzania* (JYU Dissertations, 671). Jyväskylä.
- 144 Mesiäislehto, V. et al. (2021). Disparities in Accessing Sexual and Reproductive Health Services at the Intersection of Disability and Female Adolescence in Tanzania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4).
- 145 UNFPA & Women Enabled International (2021). The Impact of COVID-19 on Women and Girls with Disabilities. A Global Assessment and Case Studies on Sexual and Reproductive Health and Rights, Gender-Based Violence, and Related Rights. <https://t1p.de/fkewx> (03.07.24).
- 146 S. Endnote 144.
- 147 UNAIDS (2024). Key Population Atlas. (Transgender People: Population Size Estimate). <https://kpatlas.unaids.org/dashboard> (03.07.24).
- 148 ISHRAI (2023). Safe Shelter. www.ishraing.org/safe-shelter/ (03.07.24).
- 149 Bassey, A. E. et al. (2022). Are youth-friendly reproductive health services accessible for young people with disabilities during the COVID-19 pandemic in Nigeria? *Annals of Medicine & Surgery*, 84.
- 150 Young & Alive Initiative (2019). Home. <https://www.youngandalive.org/> (03.07.24).
- 151 Johns Hopkins University (2023). SMART Advocacy. <https://smartadvocacy.org/> (03.07.24).
- 152 SID Initiative (2024). 2023 Annual Report. Lagos.
- 153 Hivos (2024). We Lead. <https://hivos.org/program/we-lead/> (03.07.24).
- 154 World Bank (2024). Measuring Poverty. www.worldbank.org/en/topic/measuringpoverty (03.07.24).
- 155 Castaneda Aguilar, R. A. et al. (2024). March 2024 global poverty update from the World Bank: first estimates of global poverty until 2022 from survey data. <https://t1p.de/sp8sl> (03.07.24).
- 156 S. Endnote 155.
- 157 World Bank (2024). Poverty and Inequality Platform. <https://pip.worldbank.org/poverty-calculator> (03.07.24).
- 158 Hamel, K. & Di Nucci, C. (2019). More than 100 million young adults are still living in extreme poverty. <https://t1p.de/dhx1g> (03.07.24).
- 159 S. Endnote 158.
- 160 S. Endnote 41.
- 161 Väisänen, H. et al. (2021). Sexual and Reproductive Health Literacy, Misoprostol Knowledge and Use of Medication Abortion in Lagos State, Nigeria: A Mixed Methods Study. *Studies in Family Planning*, 52(2), S. 217-237.
- 162 Akinyemi, A. et al. (2022). Quality of information offered to women by drug sellers providing medical abortion in Nigeria: Evidence from providers and their clients. *Frontiers in Global Women's Health*, 3.
- 163 Lince-Deroche, N. et al. (2021). The health system costs of post abortion care in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 21.
- 164 Leone, T. et al. (2016). The individual level cost of pregnancy termination in Zambia: a comparison of safe and unsafe abortion. *Health Policy and Planning*, 31(7), S. 825-833.
- 165 S. Endnote 163.
- 166 ICF (2024). STATcompiler. The DHS program (Teenage pregnancy). <https://www.statcompiler.com/en/> (03.07.24).
- 167 Human Rights Watch (2024). A Brighter Future: Empowering Pregnant Girls and Adolescent Mothers to Stay in School. Education Access across the African Union: A Human Rights Watch Index. <https://t1p.de/68fu4> (03.07.24).
- 168 Shukia, R. (2021). Fee-free Basic Education Policy Implementation in Tanzania: A 'Phenomenon' Worth Rethinking. *Huria: Journal of the Open University of Tanzania*, 27(1).
- 169 Baleta, A. (2015). Lives on the line: sex work in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 385(9962), S. e1-e2.

- 170 Ayamah, P. et al. (2023). Multiple indicators of violence against female sex workers and its associated factors in Ghana: Evidence from the 2015 integrated bio-behavioral surveillance survey cross-sectional study. *Health Science Reports*, 6(5).
- 171 Wamoyi, J. et al. (2016). Transactional sex and risk for HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1).
- 172 Ranganathan, M. et al. (2016). Transactional sex among young women in rural South Africa: prevalence, mediators and association with HIV infection. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1).
- 173 Austrian, K. et al. (2019). „When He Asks for Sex, You Will Never Refuse“: Transactional Sex and Adolescent Pregnancy in Zambia. *Studies in Family Planning*, 50(3), S. 243-256.
- 174 NSWP - Global Network of Sex Work Projects (2021). *Global Mapping of Sex Work Laws*. www.nswp.org/sex-work-laws-map (03.07.24).
- 175 S. Endnote 169.
- 176 Lugalla, J. et al. (2016). Endline Evaluation of Adolescent Girls Initiative Project in Kahama-Shinyanga.
- 177 CREMES International (2021). *Documentation of Best Practices for the Adolescent Girls Initiative Project (AGI) Implemented in Shinyanga Region 2013-2015*. Study Report. <https://t1p.de/qtvgo> (03.07.24).
- 178 Tadesse, A. G. et al. (2023). Prevalence of school absenteeism during menstruation and associated factors in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. <https://www.researchsquare.com/article/rs-3700784/v1> (03.07.24).
- 179 Whisper a dream Foundation (2024). *Whisper a dream Foundation - Facebook Page*. <https://t1p.de/o4wb0> (03.07.24).
- 180 Contact Trust Youth Association (2024). *Art Beyond Schools. Interim Progress Report (December 31, 2022, to December 31, 2023)*.
- 181 IOM (2024). *Nigeria*. <https://dtm.iom.int/nigeria> (03.07.24).
- 182 IDMC (2023). *2023 Global Report on Internal Displacement. Internal displacement and food security*. Geneva.
- 183 IOM (2023). *Nigeria - IDP and Returnee Atlas. North-East - Round 46 (December 2023)*. Abuja. <https://t1p.de/nfb7b> (03.07.24).
- 184 International Center for Research on Women (2022). *The Sexual and Reproductive Health Needs and Challenges of Adolescent Girls and Young Women in Humanitarian Settings in Nigeria and Uganda*. Washington, DC.
- 185 Marlow, H. M. et al. (2021). *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, 186 S. Endnote 184 und 185.
- 187 S. Endnote 183.
- 188 IOM (2024). *IDP Atlas - March 2024. Mobility Tracking - North-Central and North-West Nigeria*. <https://t1p.de/bfu2c> (28.06.24).
- 189 UNFPA (2022). *UNFPA Nigeria Humanitarian Situation Report: Focus North-East Crises (3/2022)*. <https://t1p.de/u50ed> (03.07.24).
- 190 S. Endnote 184.
- 191 UNHCR (2024). *Gender equality and gender-based violence*. <https://t1p.de/2uuyt> (04.07.24).
- 192 Klugman, J. (2022). *The Gender Dimensions of Forced Displacement. A Synthesis of New Research*. <https://t1p.de/Orgyn> (04.07.24).
- 193 Action Health Incorporated (2020). *Building Resilience and Hope: Working with Adolescent Girls in the Midst of Crisis in North-Eastern Nigeria*. Lagos.
- 194 Theatre Arts Feminists (2024). *Theatre Arts Feminists - Instagram Page*. <https://www.instagram.com/theatreartsfeminists/> (04.07.24).
- 195 S. Endnote 101.
- 196 Msichana Initiative (2023). *Implication of Re-Entry Policy in Tanzania*. <https://t1p.de/b7m0s> (04.07.24).
- 197 McCool, A. (2021). *Tanzania to lift ban on teenage mothers returning to school*. *The Guardian*. <https://t1p.de/7o46r> (04.07.24).
- 198 S. Endnote 101.
- 199 Center for Reproductive Rights (2022). *African Committee Recommends Tanzania Reform Policies That Barred Pregnant Girls from School*. <https://t1p.de/2w80f> (04.07.24).
- 200 S. Endnote 196.
- 201 Omondi-Adeitan, T. (2022). *School re-entry policies must be effective for teenage mothers in Africa*. <https://t1p.de/ys2cx> (04.07.24).
- 202 Ngaza, B. & Mwila, P. M. (2022). *Secondary school re-entry programme of teenage mothers: views of stakeholders in Zanzibar, Tanzania*. *Journal of Educational and Management Studies*, 12(4), S. 65-78.
- 203 S. Endnote 101.
- 204 Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and Children, Tanzania Mainland et al. (2016). *Tanzania Demographic and Health Survey and Malaria Indicator Survey (TDHS-MIS) 2015-16*. Dar es Salaam, Tanzania & Rockville, Maryland, USA.
- 205 S. Endnote 101.
- 206 S. Endnote 101.
- 207 ICF (2024). *STATcompiler. The DHS program (Age specific fertility rate: 15-19)*. <https://www.statcompiler.com/en/> (04.07.24).
- 208 S. Endnote 104.
- 209 S. Endnote 101.
- 210 S. Endnote 39.
- 211 Hello Lagos (2024). *HELLO LAGOS - Facebook Page*. www.facebook.com/hellolagosikeja (04.07.24).
- 212 UNFPA (2024). *A wish for every mother: A safe birth and a promising future*. <https://t1p.de/eyu1p> (04.07.24).
- 213 UNFPA (2024). *Teen Moms become peer mentors. Nigeria*. www.unfpa.org/8billion/8stories/nigeria (04.07.24).
- 214 Guardian Nigeria (2023). *How Lagos youth friendly initiative is improving lives of young Nigerians*. *The Guardian*. <https://t1p.de/8toqo> (04.07.24).
- 215 Siamabule, B. (2022). *Copper Rose Zambia: Increasing awareness on safe abortion in Zambia*. <https://t1p.de/f96r1> (04.07.24).
- 216 Ministry of Health, Republic of Zambia (2017). *Standards and Guidelines for Comprehensive Abortion Care in Zambia*. <https://t1p.de/600bv> (04.07.24).
- 217 Republic of Zambia (1996). *The Termination of Pregnancy Act, 1972*. <https://t1p.de/z1ydg> (04.07.24).
- 218 Copper Rose Zambia (2023). *Exploring the Challenges and Barriers Faced by Young People in Accessing Abortion Services at Health Facilities in Zambia*. <https://copperrosezambia.org/download/sap-publication/> (04.07.24).
- 219 S. Endnote 216.
- 220 National Assembly of Zambia (2022). *The Children's Code Act, 2022 (Act No. 12 of 2022)*. <https://t1p.de/y1vgn> (04.07.24).
- 221 Kangaude, G. et al. (2020). *Adolescent sexual and reproductive health and universal health coverage: a comparative policy and legal analysis of Ethiopia, Malawi and Zambia*. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(2), S. 211-225.
- 222 WHO (2022). *Abortion care guideline*. Geneva.
- 223 S. Endnote 221.
- 224 Zambia Statistics Agency et al. (2019). *Zambia Demographic and Health Survey 2018*. Lusaka, Zambia & Rockville, Maryland, USA.
- 225 CIA (2024). *Nigeria (The World Factbook)*. <https://t1p.de/auh50> (04.07.24).
- 226 Aunty Tasha (2023). *Aunty Tasha Helpline. Empowering Adolescent Girls for a Healthy Future*. <https://auntytashazm.com/> (04.07.24).
- 227 S. Endnote 111 und 112.
- 228 S. Endnote 128.
- 229 Katenda, L. M. (2022). *For religious leaders in Africa, popular trust may present opportunity, challenge in times of crisis (Afrobarometer Dispatch No. 536)*.

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. Weitere Informationen, wie auch die Möglichkeit, den kostenlosen regelmäßigen Newsletter „Demos“ zu abonnieren, finden Sie unter www.berlin-institut.org.

Unterstützen Sie die unabhängige Arbeit des Berlin-Instituts

Das Berlin-Institut erhält keinerlei öffentliche institutionelle Unterstützung. Projektförderungen, Forschungsaufträge, Spenden und Zustiftungen ermöglichen die erfolgreiche Arbeit des Instituts. Das Berlin-Institut ist als gemeinnützig anerkannt. Spenden und Zustiftungen sind steuerlich absetzbar. Im Förderkreis des Berlin-Instituts kommen interessierte und engagierte Privatpersonen, Unternehmen und Stiftungen zusammen, die bereit sind, das Berlin-Institut ideell und finanziell zu unterstützen. Informationen zum Förderkreis finden Sie unter <https://www.berlin-institut.org/partner-foerderer/foerderkreis-des-berlin-instituts>.

Berlin-Institut
für Bevölkerung und Entwicklung
Schillerstraße 59
10627 Berlin

www.berlin-institut.org

ISBN: 978-3-946332-73-2

