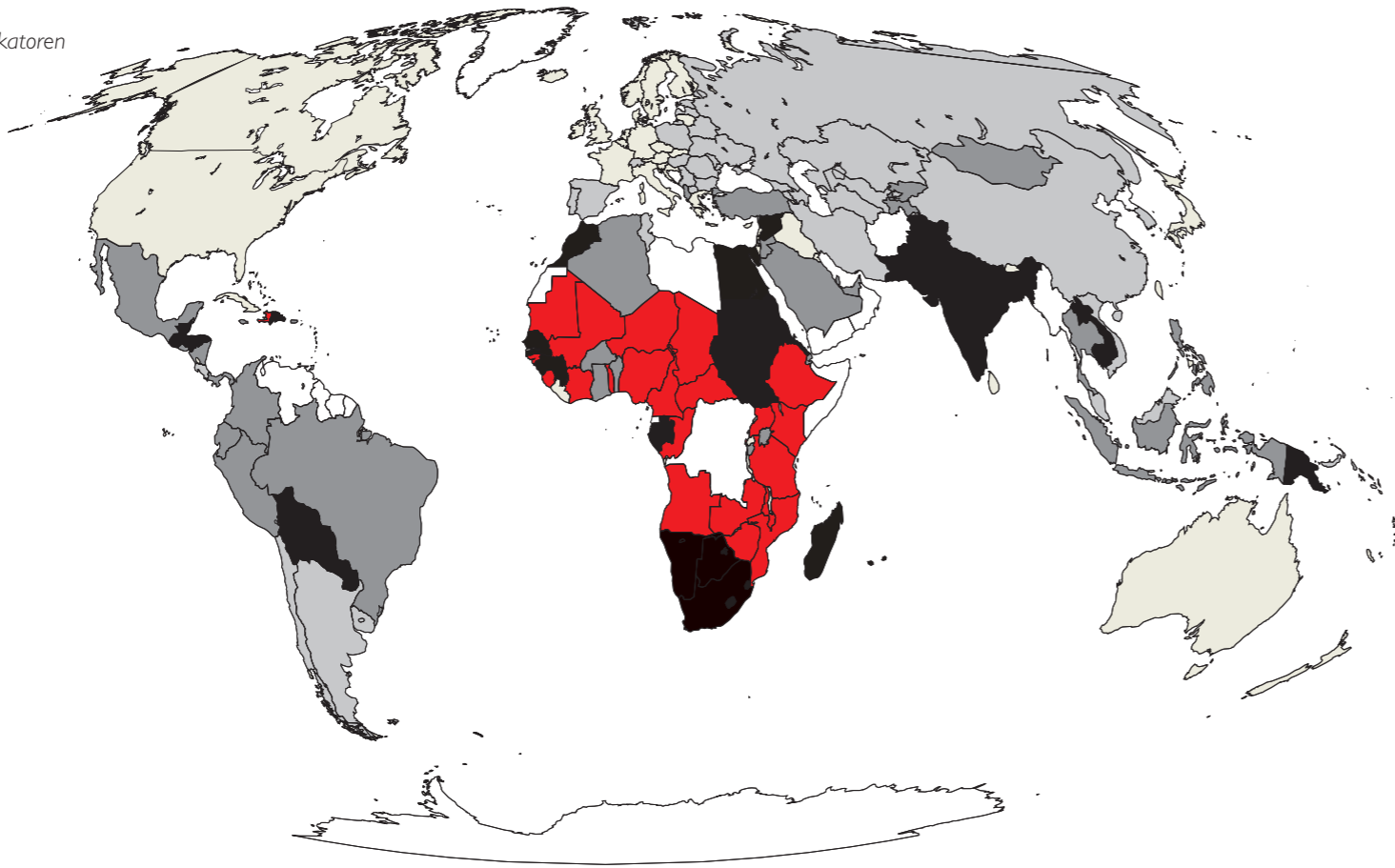


**reproduktiver risiko index<sup>12</sup>**

Der Index setzt sich aus 13 Indikatoren zusammen, die die Bereiche der reproduktiven Gesundheit und der generellen Entwicklung abdecken.



- Sehr hohes Risiko
- Erhöhtes Risiko
- Moderates Risiko
- Reduziertes Risiko
- Geringstes Risiko
- Unzureichende Daten

**terminologie/links**

**FWCW:** Vierte Weltfrauenkonferenz (Fourth World Conference on Women); [www.un.org/womenwatch/daw/beijing/index.html](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/index.html)

**ICPD:** Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung (International Conference on Population and Development); [www.unfpa.org/icpd/](http://www.unfpa.org/icpd/)

**IPPF:** International Planned Parenthood Federation; [www.ippf.org](http://www.ippf.org)

**MDG:** Milleniumentwicklungsziele (Millenium Development Goals); [www.un.org/millenniumgoals/](http://www.un.org/millenniumgoals/)

**SRHR:** Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (Sexual and reproductive health and rights); [www.who.int/reproductive-health/](http://www.who.int/reproductive-health/)

**STI/HIV:** Sexuell übertragbare Infektionen (Sexual transmitted Infections) inkl. HIV/AIDS; [www.plannedparenthood.org/sti/](http://www.plannedparenthood.org/sti/), [www.unaids.org/en/](http://www.unaids.org/en/)

**UNFPA:** United Nations Population Fund; [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

**der weite weg der familienplanung**



**fact sheet**

**daten<sup>13</sup>**

	Ostafrika*	Westeuropa**
Geburten von Frauen zwischen 15 und 19 Jahren (pro 1.000 Geburten)	103	6
Durchschnittliche Kinderzahl	5,35	1,56
Säuglingssterblichkeit (pro 1.000 Geburten)	8	4
Kindersterblichkeit unter 5 Jahren (männlich/weiblich)	153/138	6/5
Betreute Geburten	35%	100%
Lebenserwartung (männlich/weiblich)	46,4/47	76,3/82,4
Verhütung bei verheirateten Frauen (mit allen Methoden)	23	74
Verhütung bei verheirateten Frauen (mit modernen Methoden)	17	70
Durchschnittliche Bevölkerungswachstumsrate in % (2005-2010)	2,3	0,2

\* Äthiopien, Burundi, Eritrea, Kenia, Madagaskar, Malawi, Mauritius, Mosambik, Ruanda, Sambia, Simbabwe, Seychellen, Somalia, Tansania, Uganda  
 \*\* Belgien, Deutschland, Frankreich, Liechtenstein, Monaco, die Niederlande, Österreich, Schweiz

**lebenslange gesundheit für frauen<sup>14</sup>**

Gesundheits- und Ernährungsprobleme, die Frauen/Mädchen während ihres gesamten Lebens betreffen



**Fotos**

1) Titel: Mädchen aus Tawfeqeya (Ägypten); © 2006 Basil A. Safi/CCP, Photoshare 2) In Ribeirão Preto (Brasilien) hält eine Mutter ihren Säugling im Arm während sie an einer Stillgruppe teilnimmt; © 2000 Alex Zusman, Photoshare 3) Das Women's Development Network bemüht sich indigene Gemeinschaften in Brasilien zu erreichen, wobei der Fokus auf Gender und Entwicklung liegt; © Lutheran World Relief, Photoshare 4) Puja Thakur, eine HIV-positive Frau aus Chandigarh (Indien), spricht über HIV/AIDS, reproduktive Gesundheit und die sexuellen Rechte von Frauen zu Studentinnen; © 2006 Pradeep Tewari, Photoshare 5) Ein Mädchen aus Nungwi, einem Fischerdorf in Tansania; © 1994 Henrica A.F.M. Jansen, Photoshare 6) Eine Hebamme untersucht eine schwangere Klientin (Uganda); © 1996 CCP, Photoshare 7) Eine junge Mutter mit Kind aus einem abgelegenen Dorf in der Stung Treng Provinz (Kambodscha) hat Materialien über Ernährung erhalten; © 2005 Stéphane Janin, Photoshare 8) Frauen und Kinder gehören zu den 70% der 1,3 Mio. Menschen, die in Armut leben. Diese ältere Frau aus der Aripuana Reservation (Brasilien) profitiert von angebotenen Gesundheitsprogrammen.

**Quellen**

<sup>1</sup>Sandra Coliver, The Right to Know - Human Rights and Access to reproductive health information; <sup>2</sup>Steven Sinding, The Great Population Debates: How relevant for the 21st Century, American Journal of Public Health, Vol. 90; <sup>3</sup>Judith R.Seltzer, The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries; <sup>4</sup>ICPD 1994, Programme of Action: 7.3; <sup>5</sup>FWCW 1995, Platform of Action: 96; <sup>6</sup>ICPD 1994, Programme of Action: 7.2 <sup>7</sup>UNFPA, Weltbevölkerungsbericht 2005; <sup>8</sup>ICPD 1994, Programme of Action: 7.6; <sup>9</sup>Alan Guttmacher Institute & UNFPA: Adding it up, The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care, Seite 24f; <sup>10</sup>Alan Guttmacher Institute & UNFPA: Adding it up, The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care, Seite 26f; <sup>11</sup>Alan Guttmacher Institute & UNFPA: Adding it up, The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care, Seite 26f; <sup>12</sup>Population Action International: ICPD at Ten, a Report Card on Sexual and Reproductive Health and Rights; <sup>13</sup>UNFPA: Weltbevölkerungsbericht 2006; <sup>14</sup>ÖGF: Sexuelle und reproduktive Gesundheit, 2001

**impressum**

Herausgeberin  
 Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)  
 Homepage [www.oegf.at](http://www.oegf.at)

Kooperationspartnerinnen  
 United Nations Population Fund  
 Homepage [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)  
 International Planned Parenthood Federation European Network  
 Homepage [www.ippfen.org](http://www.ippfen.org)

Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung ist Mitglied der International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN).  
 Wir danken Photoshare ([www.photoshare.org](http://www.photoshare.org)) für das Überlassen der Fotografien.  
 © ÖGF 2007  
 © Layout WGRAFIK 2007



### der demografische aspekt'

Die demografischen Befürchtungen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts manifestierten sich in den 1960er und 1970er Jahren, als die Industrieländer die Reduktion der Bevölkerung als wünschenswertes Ziel für die Dritte Welt formulierten. Durch rasche Verlangsamung des Bevölkerungswachstums könnte die wirtschaftliche Entwicklung in den Entwicklungsländern vorangetrieben werden. Mittels Familienplanungsprogrammen mit geringem Fokus auf Qualität und teilweise integrierten Zwangselementen bemühte man sich, eine Trendwende herbeizuführen. Die alleinige Verteilung von Pillen oder Radioapparaten als Belohnung für Sterilisationen hatte aber kaum Effekte auf die individuelle Akzeptanz der Familienplanung und zeitigte nicht die gewünschten Erfolge. Außerdem wurde die Vorgabe von quantitativen Zielen auch als Kulturimperialismus angesehen.

In der Zwischenzeit haben Untersuchungen<sup>2</sup> die makroökonomischen Konsequenzen des Sinkens der Fruchtbarkeit und des Wachstums der Wirtschaft aufgrund des "demografischen Bonus" (geringe Zahl von Abhängigen steht einer großen Zahl von Erwerbstätigen gegenüber) bestätigt. Ebenso lassen sich auf der mikroökonomischen Ebene Vorteile für die Betreuung und Ausbildung der Kinder nachweisen.

### der gesundheitsaspekt

Auf Grund hoher Raten bei der Müttersterblichkeit, die mit zu vielen Schwangerschaften, Geburten bei zu alten bzw. zu jungen Frauen und gefährlichen Schwangerschaftsabbrüchen assoziiert wurden, konzentrierte man sich in den 1970er und 1980er Jahren vermehrt auf die Auswirkungen der Fruchtbarkeit auf die Volksgesundheit. Durch den Rückgang der traditionell langen Abstinenz nach der Geburt und des Stillens bemühte man sich, den Abstand zwischen den Geburten durch Familienplanung zu erhöhen. Durch deren Integration in Programme der Basisgesundheits, der sicheren Mutterschaft und des Überlebens von Kleinkindern wurde Familienplanung zum essenziellen Element. Problematisch war aber, dass primär die Medizin die Entscheidung über die Anwendung von Verhütungsmitteln traf und das soziale und gesellschaftliche Umfeld der Klientinnen unberücksichtigt blieb. Trotz neuer Verhütungsmethoden, mehr Sicherheit und weniger Nebenwirkungen ließ die Miteinbeziehung der Frauen zu wünschen übrig.

Mittlerweile haben Forschungen belegt, dass die Qualität<sup>3</sup> der Dienstleistungen, die breite Palette der zur Verfügung stehenden Methoden und die umfassende Information über die Methoden, aber auch über Klientenrechte, ausschlaggebend für die Zufriedenheit der Klientinnen und damit für die Akzeptanz sind.

### der menschenrechtsaspekt

Als Reaktion auf die Exzesse der demografischen Strategie und aus Betroffenheit über die Gesundheit von Frauen, deren finanzielle und rechtliche Situation und ihr geringer gesellschaftlicher Status, wurden bei den internationalen Konferenzen der 90er Jahre die sexuellen und reproduktiven Rechte<sup>4,5</sup>, in den beschlossenen Aktionsplänen festgeschrieben. Paare und Individuen haben daher das grundlegende Recht, frei, eigenverantwortlich, ohne Diskriminierung, Zwang und Gewalt bei allen Aspekte der eigenen Sexualität zu entscheiden (= sexuelle Rechte). Paare und Individuen haben das Recht, frei und eigenverantwortlich über (k)einen Kinderwunsch, über die Anzahl, den Geburtenabstand und den Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder zu entscheiden sowie über die dafür nötigen Informationen, Kenntnisse und Mittel zu verfügen (= reproduktive Rechte).

Damit war der Paradigmenwechsel vollzogen und das auf Rechten basierende, klientenzentrierte, breitere Konzept der reproduktiven Gesundheit<sup>6</sup>, das die Entscheidungsfreiheit und Wahlmöglichkeit ins Zentrum stellte, fand Eingang in die Programme der einzelnen Länder und Akteure wie UNFPA, IPPF und der Weltbank.

Um dieses Konzept umsetzen zu können, ist aber die Gleichstellung der Geschlechter, die Miteinbeziehung der Männer und die Stärkung der Stellung der Frau eine Voraussetzung.

### der geschlechteraspekt

Einst wurde die Gleichstellung der Geschlechter mit dem Hinweis auf die biologischen Unterschiede abgelehnt. Es wurde behauptet, dass die mentalen und emotionalen Fähigkeiten der Frauen vorrangig durch die Fortpflanzung bestimmt werden. Frauen wurden deshalb als unfähig zur gleichberechtigten politischen und gesellschaftlichen Teilnahme erachtet.

Da der wissenschaftlichen Begründung des sog. "biologischen Schicksals" der Frauen zwischenzeitlich die Basis entzogen wurde, wird heute vermehrt mit der Bewahrung von "Kultur" und "Tradition" argumentiert, um die tradierten Geschlechterrollen beizubehalten und die Menschenrechte von Frauen weiterhin zu verletzen<sup>7</sup>.

Um die gesteckten Ziele der ICPD, FWCW und der MDGs erreichen zu können, brauchen Frauen mehr denn je den Zugang zu Gesundheitsdiensten. Nach wie vor leben 201 Mio. Frauen mit einem ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmethoden. Die Befriedigung dieses Bedarfs würde 3,9 Mrd. US Dollar jährlich kosten. Durch sexuelle und reproduktive Gesundheitsdienste (SRH)<sup>8</sup> könnten diese Bedürfnisse befriedigt werden. Diese haben medizinische aber auch nicht-medizinische Synergien sowohl für das Individuum, für Paare als auch für die Gemeinschaften und die Gesellschaft.



### von teheran und bukaresst nach wien, kairo und peking

- 1968** Menschenrechtskonferenz **Teheran**  
Stellte das Menschenrecht von Eltern auf Familienplanung fest.
- 1974** Weltbevölkerungskonferenz **Bukarest**  
Dehnte dieses Recht auf Einzelpersonen aus.
- 1975** Weltfrauenkonferenz **Mexiko**  
Anerkannte das Recht auf Familienplanung als essentiell für die Gleichstellung der Geschlechter.
- 1984** Weltbevölkerungskonferenz **Mexiko**  
Stellte das Problem der gefährlichen Schwangerschaftsabbrüche, die Bedürfnisse von Jugendlichen und die Bedeutung der NGOs bei der Lösung des ungedeckten Bedarfes der Familienplanung fest.
- 1993** Menschenrechtskonferenz **Wien**  
Anerkannte Frauenrechte als Menschenrechte.
- 1994** Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) **Kairo**  
Definierte reproduktive Gesundheit und Rechte und entsprechende Gesundheitsdienste, sprach Jugendlichen das Recht auf Verhütung und Information zu und betont die Bedeutung des Empowerment der Frauen.
- 1995** Weltfrauenkonferenz **Peking** (FWCW)  
Anerkannte die sexuellen Rechte von Frauen, forderte reproduktive Gesundheitsdienste für Jugendliche und sichere Schwangerschaftsabbrüche.
- 2000** Milleniumsgipfel **New York**  
Gleichstellung der Geschlechter, Müttergesundheit und HIV/AIDS wurden Milleniumsentwicklungsziele.
- 2001** UN-Sondergeneralversammlung HIV/AIDS **New York**  
Empowerment der Frauen und Mädchen sind essenziell bei der Reduktion der HIV-Ansteckung.
- 2002** Weltkindergipfel **New York**  
Forderte Information und Zugang von Jugendlichen zu präventiven Dienstleistungen zwecks Schutz vor HIV/AIDS.

### die medizinischen synergien von SRH-diensten

- Verhütungsangebote bewirken:
- Vermeidung von riskanten Schwangerschaften bei Jugendlichen, Frauen Ende 30/Anfang 40, Mehrfachgebärenden und bei Frauen mit anderen Grunderkrankungen
  - Geringere Sterblichkeit bei Kleinkindern, weniger Anämie bei Müttern, längere Zeit fürs Stillen
  - Weniger gefährliche Schwangerschaftsabbrüche, weniger Spätfolgen wie Unfruchtbarkeit, Müttersterbefälle und Todesfälle bei Kleinkindern
  - Mehr Untersuchungen im Zusammenhang mit STIs und anderen Gesundheitsproblemen

Dienstleistungen zur Förderung der Müttergesundheit  
Schwangerenvorsorge ermöglicht Aufklärung über gesunde Lebensweisen, Interventionen bei Komplikationen und Behandlung von Vorerkrankungen. Betreute Geburten reduzieren die Möglichkeit von Blutungen, Infektionen, Unterleibsentzündungen, Geburtsfisteln und deren Folgen. Postpartale Angebote reduzieren Infektionen, fördern Stillen und verbessern Ernährung. Betreuung nach gefährlichen Schwangerschaftsabbrüchen reduziert Sterblichkeit, Spätfolgen und fördert Verwendung von Verhütung

Angebote betreffend STIs und HIV/AIDS bewirken:  
Prävention und Behandlung von STIs inkl. HIV retten Leben; vermeiden Unfruchtbarkeit; reduzieren Übertragung zwischen Mutter und Kind und Sexualpartner; vermeiden Augenerkrankungen/ Blindheit bei Kindern; Arthritis bei Männern; Unterleibsentzündungen; Gebärmutterhalskrebs

### die nicht-medizinischen synergien von SRH-diensten für gemeinschaften/gesellschaft<sup>10</sup>

- Auf Grund von Verhütungsangeboten:
- Höhere Produktivität und besseres Einkommen
  - Geringere, gesellschaftliche Belastung durch vernachlässigte Kinder
  - Verringerung der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern
  - Vermehrtes Wirtschaftswachstum während der Zeit des demografischen Bonus
  - Höhere Sparneigung und Investitionen
  - Geringere Staatsausgaben für Bildung, Gesundheit und soziale Dienstleistungen
  - Reduzierte Belastung für Ressourcen wie Wasser und kultiviertes Land

Auf Grund von Dienstleistungen zur Förderung der Müttergesundheit

- Niedrigere Müttersterblichkeit
- Geringerer Druck auf das Gesundheitsbudgets durch reduzierte Kosten für die Schwangerenvorsorge, Betreuung von Geburtskomplikationen und postpartalen Problemen
- Größere Produktivität und Investitionen

Auf Grund von Angeboten betreffend STIs und HIV/AIDS

- Weniger Waisenkinder
- Geringerer Bedarf an Unterstützungen für bedürftige Familien
- Mehr Produktivität und Investitionen
- Geringere, öffentliche Ausgaben durch Ausgaben für Prävention anstelle von Mehrkosten durch Behandlungs- und Betreuungskosten

### die nicht-medizinische synergien von SRH-diensten für individuen und familien<sup>11</sup>

Auf Grund von Verhütungsangeboten:  
Mehr Zufriedenheit mit dem Leben, weniger Angst vor ungeplanten Schwangerschaften, mehr Selbstbewusstsein für Frauen, Zunahme der Entscheidungsgewalt, mehr Zeit für die Kinder, vermehrte Möglichkeiten für Bildung und Beschäftigung für Frauen und Mädchen, verbesserter sozialer Status, Möglichkeiten des Engagements in der Zivilgesellschaft, mehr finanzielle Sicherheit, höhere Produktivität und Einkommen

Auf Grund von Dienstleistungen zur Förderung der Müttergesundheit:  
Abnahme der postnatalen Depression; geringere Stigmatisierung aufgrund von Unfruchtbarkeit, Schwangerschaftsabbruch und Geburtsfistel; mehr Zeit und Geld für Kinder, deren Bildung und Gesundheit; geringere Müttersterblichkeit und weniger Waisenkinder, Zunahme der Produktivität, des Einkommens und der Ersparnisse

Auf Grund von Angeboten betreffend STIs und HIV/AIDS  
Prävention vor Unfruchtbarkeit und Sterilität; stärkere und stabilere sexuelle Beziehungen; Abnahme der Stigmatisierung aufgrund von Unfruchtbarkeit und HIV/AIDS; vermehrte Arbeitsfähigkeit von und Einkommenserwerb durch infizierte Personen; größeres Haushaltseinkommen und Ersparnisse; weniger Waisenkinder; bessere Betreuung der Kinder durch gesunde Eltern