

# reproduktive gesundheit ein vergleich



fact sheet

## impresum

Herausgeberin

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

Kooperationspartnerinnen

International Planned Parenthood Federation  
European Network (IPPF EN)  
Homepage [www.ippfen.org](http://www.ippfen.org)

Wir danken der International Organization of Migration IOM ([www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp](http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp)) und Photoshare ([www.photoshare.org](http://www.photoshare.org)) für das Überlassen der Fotografien.

Wir danken dem GynMed Ambulatorium in Wien, für die Erlaubnis zu fotografieren.

Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung ist Mitglied der International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) und des Österreichischen Aktionsbündnisses gegen HIV/AIDS.

Erscheinungsjahr 2008

© Österreichische Gesellschaft für Familienplanung  
© VVGRAFIK

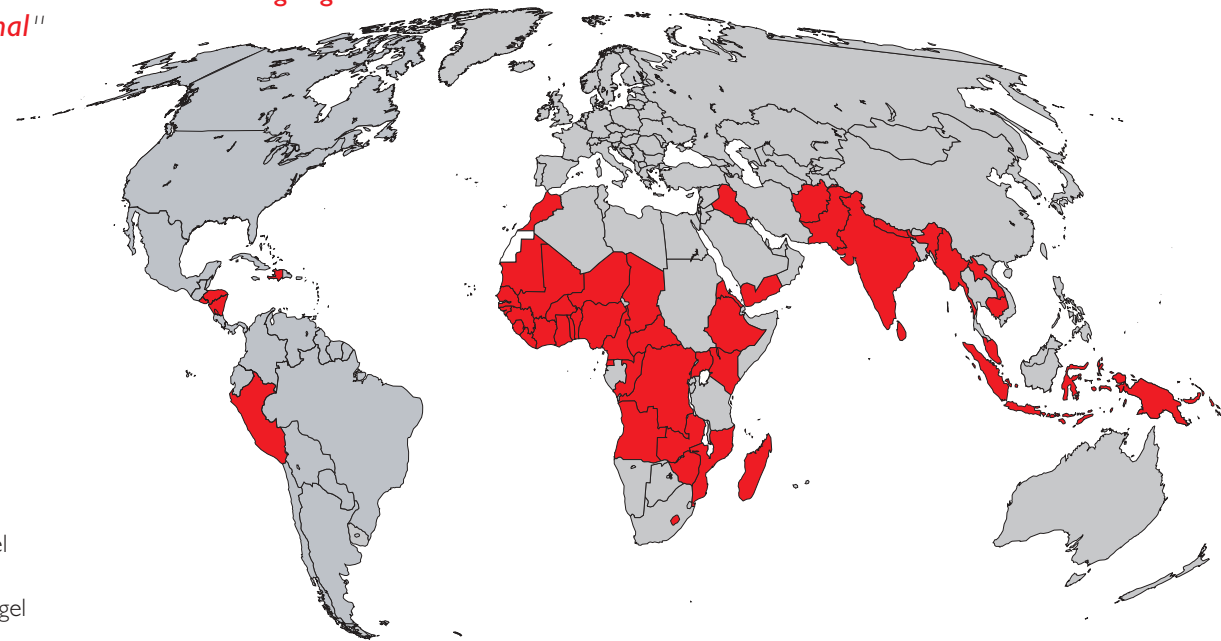


fact sheet

reproduktive gesundheit ein vergleich

## Länder mit einer kritischen Unterversorgung beim Gesundheitspersonal<sup>11</sup>

(Ärzte/Ärztinnen, Pfleger/innen, Hebammen)



■ Länder mit Mangel  
■ Länder ohne Mangel

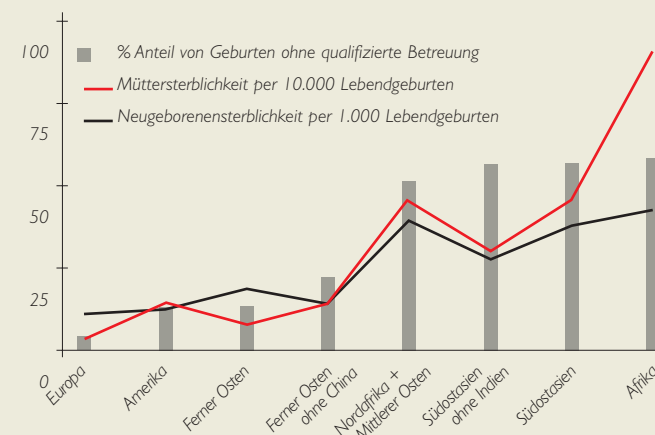
## Engpässe beim Gesundheitspersonal<sup>11</sup>

| Region   | Zahl der Länder |            | In Ländern mit Mangel |               |                          |
|----------|-----------------|------------|-----------------------|---------------|--------------------------|
|          | Gesamt          | Mit Mangel | Ges. Bestand          | Gesch. Mangel | Notwendige Erhöhung in % |
| Afrika   | 46              | 36         | 590.198               | 817.992       | 139                      |
| Amerika  | 35              | 5          | 93.603                | 37.886        | 40                       |
| Südasien | 11              | 6          | 2.332.054             | 1.164.001     | 50                       |
| Europa   | 52              | 0          | -                     | -             | -                        |

| Region                         | Zahl der Länder |            | In Ländern mit Mangel |                  |                          |
|--------------------------------|-----------------|------------|-----------------------|------------------|--------------------------|
|                                | Gesamt          | Mit Mangel | Ges. Bestand          | Gesch. Mangel    | Notwendige Erhöhung in % |
| Nordafrika und Mittlerer Osten | 21              | 7          | 312.613               | 306.031          | 98                       |
| Ferner Osten                   | 27              | 3          | 27.260                | 32.560           | 119                      |
| <b>Welt</b>                    | <b>192</b>      | <b>57</b>  | <b>3.355.728</b>      | <b>2.358.470</b> | <b>70</b>                |

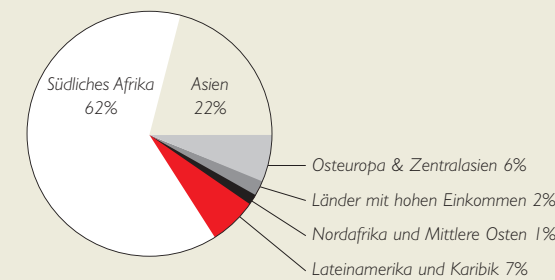
## Todesfälle bei nicht überwachten Geburten<sup>8</sup>

Sterblichkeit von Neugeborenen und Müttern und fehlende qualifizierte Geburtsbetreuung

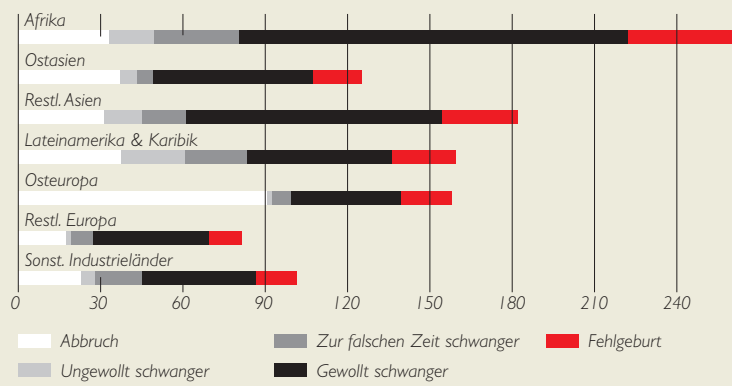


## Die Bedrohung durch HIV<sup>12</sup>

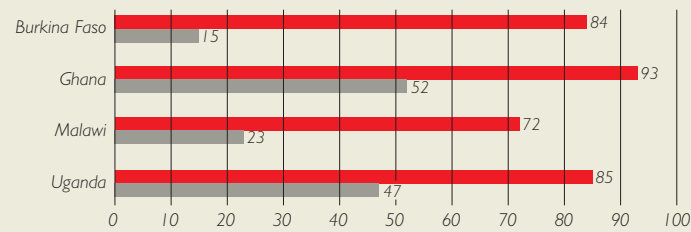
Junge Menschen (14 – 24 Jahre), die mit HIV leben



## Geplante und ungeplante Schwangerschaften<sup>9</sup>



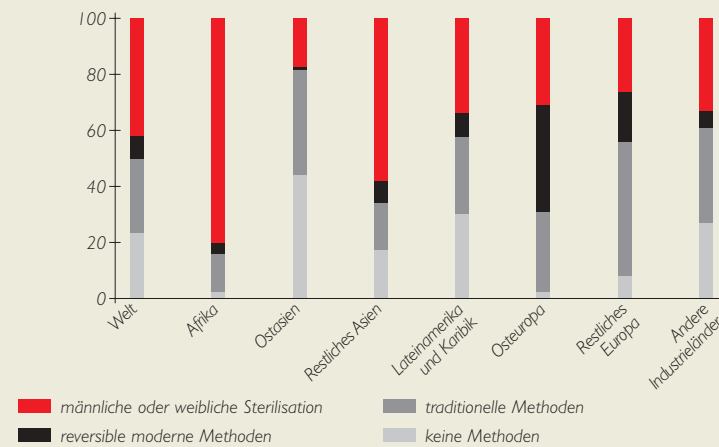
## Sexualerziehung: Gewünscht aber nicht gelehrt<sup>6</sup> 15 bis 19 Jährige in %



■ Jugendliche, die in der Schule waren und denken, dass Sexualerziehung unterrichtet werden sollte  
■ Jugendliche, die Sexualerziehung hatten

## Verhütungsmethoden und deren Verwendungshäufigkeit<sup>9</sup>

(verheiratete Frauen zwischen 15 und 49 Jahren)



## WHO-Dokumente im Internet

- Jugendsexualität: [www.who.int/reproductive-health/publications/policy-brief4.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/policy-brief4.pdf)
- Mutterschaft: [www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/newsletter/mps\\_newsletter\\_issue5.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/newsletter/mps_newsletter_issue5.pdf)
- Kontrazeption: [www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm](http://www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm)
- Pille-danach: [www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/docs/ec\\_factsheet.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/docs/ec_factsheet.pdf)
- Schwangerschaftsabbruch: [www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/75.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/75.pdf)
- STIs: [www.who.int/reproductive-health/publications/rtis\\_gep/index.htm](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/index.htm)
- Reproduktive Rechte: [www.who.int/reproductive-health/publications/rhr\\_00\\_1/considerations\\_for\\_formulating\\_reproductive\\_health\\_laws.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_00_1/considerations_for_formulating_reproductive_health_laws.pdf)

## Quellen

- 1 World Health Organization (WHO): Declaration of primary health care, 1978
- 2 WHO: Financing reproductive health-care services, 2006
- 3 Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF): Informiert Handeln, 2005
- 4 World Bank: World Development Report, 2007
- 5 ÖGF/Drunetzky G., Kostenwein W., Weidinger B.: Das Erste Mal, 2002
- 6 Heather D. Boonstra: Young People Need Help in Preventing Pregnancy and HIV, 2007
- 7 United Nations Population Fund: Weltbevölkerungsbericht, 2004
- 8 World Health Organization (WHO): The World Health Report 2005
- 9 Alan Guttmacher Institute (AGI): Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide, 1999
- 10 UNAIDS: 2008 Report on the Global AIDS Epidemic
- 11 WHO: The World Health Report 2006
- 12 UNAIDS: Focus HIV and young people: the threat for today's youth, 2004

## Photos

- Titel)** Eine Schwester aus Mauretanien bereitet eine Tetanuspritze vor;  
© 1991 Lauren Goodsmith, Photoshare
- 1) Eine Frau stillt ihr Baby, Kampala/Uganda; © 2001 Hugh Rigby/CCP, Photoshare
  - 2) Eine Gesundheitsstation in Senegal; © 2006 Sara A. Holtz, Photoshare
  - 3) Ein Kreissaal eines Gesundheitszentrums in Mauretanien;  
© 1991 Lauren Goodsmith, Photoshare
  - 4) Transport mit einem Ochsenkarren in eine Klinik, Kambodscha;  
© 2003 Marcel Reyners, Photoshare
  - 5) Instrument werden mit kochendem Wasser in einer Klinik in Bogor (Indonesien) sterilisiert; © 2003 CCP, Photoshare
  - 6) Eine traditionelle Hebamme aus dem Senegal; © 2001 Sara A. Holtz, Photoshare
  - 7) Empfang 8) Ruheraum 9) Sterilisator 10) Untersuchungsraum 11) Warteraum

**Alma Ata, Kairo, Peking, New York**

Vor 30 Jahren wurde in der Erklärung von Alma Ata' Gesundheit als Menschenrecht postuliert. Nach drei Dekaden fehlt in ländlichen und städtischen Randgebieten der Länder des Südens noch immer die Basisgesundheitsversorgung, die notwendig für deren nachhaltige Entwicklung wäre. Gut ausgestattete Krankenhäuser in der Nähe sind Mangelware; im ländlichen Raum finden sich Gesundheitsposten, wo monatliche medizinische Sprechstunden stattfinden. Dorfhebammen, traditionelle Heiler und Gemeindegesundheitshelferinnen übernehmen die Aufgaben unserer Allgemeinmediziner/innen.

Als wichtiger Teil der Basisgesundheitsprogramme wurden 1978 Aktivitäten für die Gesundheit von Mutter und Kind aber auch jene der Familienplanung gesehen. Zu einem qualitativ hochwertigen Angebot im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRH) braucht es heute ein qualifiziertes Personal, das kontinuierlich fortgebildet wird und nicht nur medizinisch ausgebildet ist. Respekt vor den Rechten und Wünschen der Klienten/innen und beraterische Fertigkeiten sind erforderlich für die Akzeptanz der angebotenen Dienstleistungen. Zusätzlich bedarf es gut ausgestatteter Räume, moderner Geräte und wirksamer Medikamente.

Engpässe bei den letzteren erschweren das Erreichen der Ziele der großen UN-Konferenzen. So stellt das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz (PoA) von 1994 das Recht von Männern und Frauen außer Streit, zum Fällen ihrer Reproduktionsentscheidungen umfassend informiert zu werden und Zugang zu einer breiten Palette von Dienstleistungen zu haben, die eine gute Gesundheit ermöglichen. Im Gegensatz zu den Industrieländern, die vermehrt Gesundheitspersonal aus den Ländern des Südens importieren, fehlt in den Entwicklungsländern zusätzlich die gesicherte Versorgung mit wichtigen Medikamenten<sup>2</sup>.

**Schwangerschaft/Geburt**

werden durch regelmäßige Kontrollen, gesunde Ernährung, Betreuung durch medizinisches Fachpersonal bei der Entbindung und bei geburtshilflichen Notfällen sicher für Mutter und Kind gestaltet. In den Entwicklungsländern, wo 99% der 529.000 Frauen, die jährlich an Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt sterben, ist dies eher nicht der Fall<sup>8</sup>.

**Im Norden** gab es zwecks Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit Procedere, oft mit finanziellen Anreizen verbunden. Der österreichische Mutter-Kind-Pass (seit 1974) sieht regelmäßige Untersuchungen und Tests vor. Gymnastik, gesunde Ernährung und kein Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum werden propagiert und Angebote zur psychischen Gesundheit stehen zur Verfügung. Gebären im Spital ist die Norm, aber Hausgeburten sind seit Jahren wieder im Kommen. Die Kosten werden von der Krankenkasse bezahlt, Mutterschutz (seit 1927) und Karenzurlaub (seit 1957) ermöglichen Erholung vor und nach der Geburt und Mütterberatungsstellen unterstützen bei der Säuglingspflege und Kleinkinderziehung.

**Im Süden** gebären Frauen unterstützt von der traditionellen Hebamme, die wenig über Hygiene weiß und Notfälle nicht immer rechtzeitig erkennt. Schwangerenbetreuung findet eher nicht statt, gesunde Ernährung ist kein Thema und Behandlung von vorhandenen Grunderkrankungen (wie Blutarmut) gibt es kaum. Der Ehemann entscheidet, ob die Frau im Notfall ein Gesundheitszentrum aufsuchen darf. Die entstehenden Kosten durch weite Transporte, Behandlung und Versorgung im Krankenhaus belasten das Familieneinkommen und hemmen Besuche von Gesundheitseinrichtungen. Zusätzlich fordern häufige und zu frühe Schwangerschaften, schwere körperliche Arbeit bis knapp vor der Geburt und unzureichende Betreuung nach der Niederkunft einen beträchtlichen Blutzoll von den Frauen im Süden.



**Sexualerziehung**

vermittelt biologische Fakten zum Körper aber auch Inhalte wie Einstellungen zur Sexualität, unterschiedliche sexuelle Rollen, den Umgang der Geschlechter miteinander etc. Sie unterstützt die Kommunikation zwischen den Geschlechtern, fördert die Gleichstellung und hilft so, ungewollte Schwangerschaften und STIs inkl. HIV/AIDS zu vermeiden<sup>3</sup>. Im PoA der ICPD werden als Vermittler u.a. Schule und Eltern genannt. Studien zeigen, dass mehr Wissen ein späteres "erstes Mal" und weniger riskantes Sexualverhalten begünstigt und nicht die Promiskuität fördert<sup>4</sup>.

**Im Norden** fand in den 80er Jahren verpflichtende Sexualaufklärung nach langen, ideologischen Auseinandersetzungen Eingang in die Lehrpläne und entsprechende Unterrichtsmaterialien wurden entwickelt. Jugendberatungsstellen, die Teenagern Zugang zur Verhütung ermöglichten, entstanden. Heute sind weder Eltern noch Schule die überwiegenden Wissensvermittler, sondern der Freundeskreis und die Medien. Für 41% der männlichen Jugendlichen sind Pornofilme eine Informationsquelle<sup>5</sup>. Lehrer/innen informieren vor allem über biologische Fakten und delegieren oft den Rest an außerschulische Einrichtungen.

**Im Süden** wird Sexualität – selbst das Reden darüber – tabuisiert. Sexualerziehung versteckt sich oft hinter "Family Life Education" und Zugang dazu haben eher jene, die Schulen besuchen. Der Vermittlung – obwohl von den Jugendlichen gewünscht – stehen kulturelle und soziale Barrieren entgegen<sup>6</sup>. Stattdessen vermitteln schlecht ausgebildete Lehrer/innen, die mit unzureichenden Materialien arbeiten, Wissen, das selten umfassend und bedarfsgerecht ist. Jugendfreundliche Einrichtungen sind spärlich gesät und Jugendliche scheuen sich auch, Hilfe zu suchen. Beratungspersonal mit Vorurteilen gegenüber jugendlicher Sexualität verknüpft oft den Zugang zu Schutz vor Schwangerschaften und HIV/AIDS mit dem Ehering.

**Schwangerschaftsabbruch**

ist die vorzeitige und spontane Beendigung der Schwangerschaft, bevor der Fötus genügend entwickelt ist, um außerhalb des Mutterleibes eigenständig überleben zu können. Eine Schwangerschaft kann chirurgisch oder medikamentös beendet werden. Es besteht ein internationaler Konsens, dass der Schwangerschaftsabbruch keine Methode der Familienplanung ist, aber in Länder, wo er legal ist, unter sicheren Bedingungen durchgeführt werden soll. Weltweit finden jährlich etwa 45,5 Mio. Abbrüche (Industrieländer 10 Mio. – Entwicklungsländer 35,5 Mio.) statt<sup>9</sup>.

**Im Norden** wurden die Gesetze in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in den meisten Ländern liberalisiert. Sowohl Modelle der Indikations- aber auch der Fristenlösung (in Österreich 1975) gibt es heute; mit dem Abbruch am Küchentisch war es vorbei vor allem für bedürftige Frauen. Meistens ist der Zugang zum Abbruch an eine Beratung, manchmal auch an die Einhaltung einer Wartefrist gekoppelt. Irland, Malta, Polen und einige europäische Zwergstaaten zwingen ihre Bürgerinnen einen Abbruch in den Nachbarländern zu suchen. Auch in Europa belästigen mittlerweile militante, US-finanzierte Gegner Frauen, die eine private Abbruchseinrichtung betreten.

**Im Süden** ist der Abbruch meistens nur gestattet, um das Leben der Frau zu retten oder um körperlichen Schaden von ihr abzuwenden. 2/3 der durchgeführten Abbrüche sind illegal und finden überwiegend in Asien (50%), Afrika (25%) und Lateinamerika (20%) statt<sup>9</sup>. Ihre Zahl ist bei marginalisierten Bevölkerungsgruppen besonders hoch. Viele Abbrüche werden unter unhygienischen Bedingungen und von unqualifizierten Personen durchgeführt und sind mit Spätfolgen für die Gesundheit der Betroffenen verbunden. Oft versuchen verzweifelte Frauen mit "altbewährten Hausmitteln" einen Abortus auszulösen, da sie über die bestehenden Möglichkeiten unzureichend informiert sind oder ihnen oft das Geld dafür fehlt.

**Familienplanung**

ist das bewusste Bestreben von Paaren/Einzelpersonen, die Zahl ihrer Kinder zu planen und den Abstand und den gewünschten Zeitpunkt der Geburten eigenständig festzulegen<sup>3</sup>. Die wissenschaftliche Forschung hat in den letzten 60 Jahren eine breite Palette moderner Verhütungsmittel entwickelt. Kombiniert mit den notwendigen Informationen und der Wahlfreiheit der Anwender/innen vermeiden diese Methoden ungewollte Schwangerschaften. Notfallmaßnahmen wie die "Pille-danach" helfen nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr den Eisprung zu verschieben und reduzieren so die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche. Früher übliche Zwangssterilisationen, oft verbunden mit finanziellen Anreizen, haben weltweit abgenommen.

**Im Norden** werden Verhütungsmittel vom Arzt/Ärztin meistens nach einer gynäkologischen Untersuchung, bei der Krebsabstrich und Sekret abgenommen werden, verschrieben. Die "Pille-danach" ist in vielen Industrieländern ohne Rezept in der Apotheke erhältlich. Alter und Familienstand sind fast nie eine Barriere zur viel verwendeten, modernen Verhütung. Daneben haben auch Natürliche Familienplanung und Coitus Interruptus ihre Anhänger/innen. **Im Süden** sind ebenfalls traditionelle Methoden wie Stillen, periodische Abstinenz und Coitus Interruptus gebräuchlich, deren Sicherheit auch durch Fehler bei der Anwendung zu wünschen übrig lässt. Schlecht ausgestattete Gesundheitszentren, Armut der Klientinnen, fehlende Unterstützung durch den Partner, Missverständnisse bei der Kommunikation mit Beraterinnen, zu wenig Information und Unzufriedenheit über das verfügbare Angebot behindern oft die Anwendung moderne Techniken<sup>7</sup>. Das Wissen über und die Verfügbarkeit der Notfallverhütung ist niedrig. Verhütungsmittel werden oft ohne die bei uns üblichen Procedere abgegeben und Krebsvorsorge ist weitgehend unbekannt. Auch soziales Marketing ist oft nicht in der Lage, den ungedeckten Bedarf zu stillen.

**Sexuell übertragbare Infektionen (STIs)**

werden auch durch Bluttransfusionen, intravenösen Drogenkonsum oder bei der Geburt weitergegeben und durch Bakterien und Viren ausgelöst. Mehr als 340 Mio. Menschen infizieren sich jährlich mit einer heilbaren STIs, wodurch auch ihre Anfälligkeit für HIV/AIDS steigt<sup>10</sup>.

**Im Norden** wurden durch wirksame Antibiotika und die Meldepflicht die venerischen Erkrankungen der Vergangenheit wie Syphilis und Gonorrhö zurückgedrängt. Chlamydien- und HPV-Infektionen sind derzeit im Westen weit verbreitet. HIV ist bei uns jetzt kein Todesurteil mehr, sondern durch wirksame Medikamente eine chronische Erkrankung geworden. Trotz vieler Kampagnen hat die Verwendung von Kondomen in der heterosexuellen Bevölkerung nicht dauerhaft zugenommen.

**Im Süden** greifen die derzeitigen HIV-Programme, die sowohl auf Prävention wie auch auf Behandlung setzen, langsam. Besonders gefährdet sind Frauen, die durch speziell eingerichtete HIV-Beratungsstellen kaum erreicht werden, da deren Besuch für nicht zu den Risikogruppen (z.B. Sexarbeiterinnen, Drogenabhängige) zählende Personen stigmatisierend sein kann. Behandlungen mit den neuen Medikamenten sind kaum erschwinglich und stürzen Familien in die Armut. Mädchen, die für jüngere Geschwister sorgen müssen, brechen deshalb oft die Schule ab, müssen manchmal Sex gegen Überleben tauschen und ihre Chancen auf ein besseres, gesünderes Dasein schwinden dahin.

fact sheet

reproduktive gesundheit ein vergleich