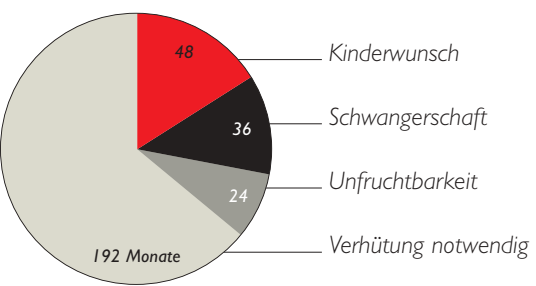
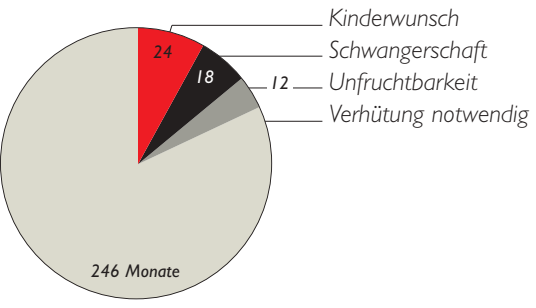


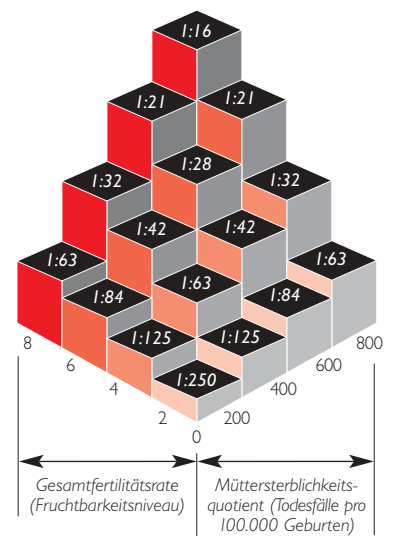
Reproduktive Zeit¹³
zwischen 22 und 44 Jahren (300 Monate)
Frauen, die 4 Kinder wollen



Frauen, die 2 Kinder wollen

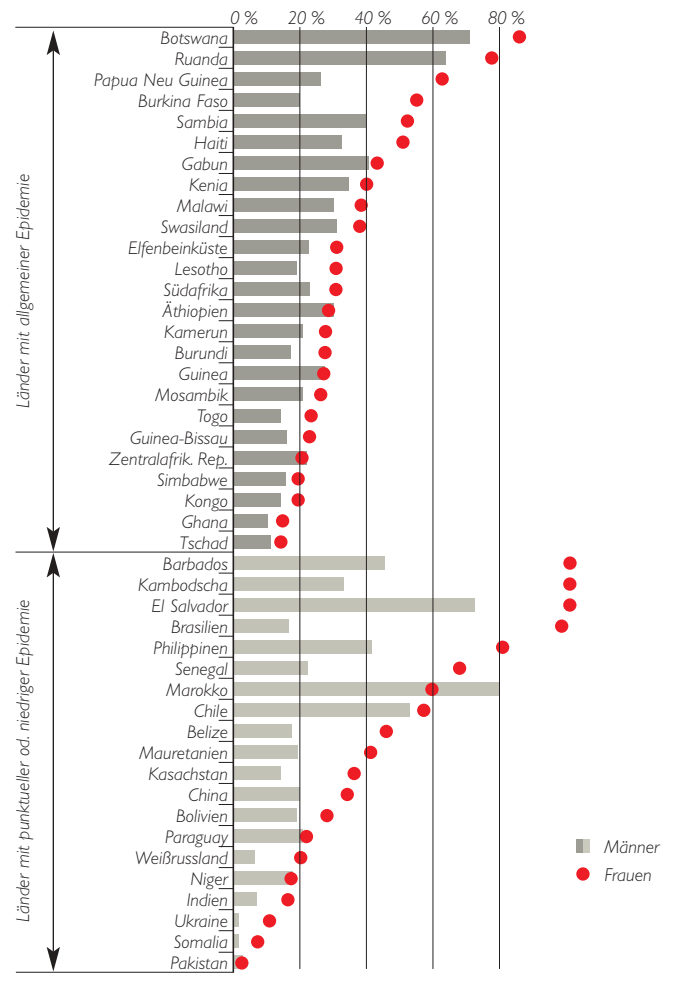


**Risiko an einer Schwangerschaft zu sterben
Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeit und
üblichem Müttersterblichkeitsquotient¹⁶**

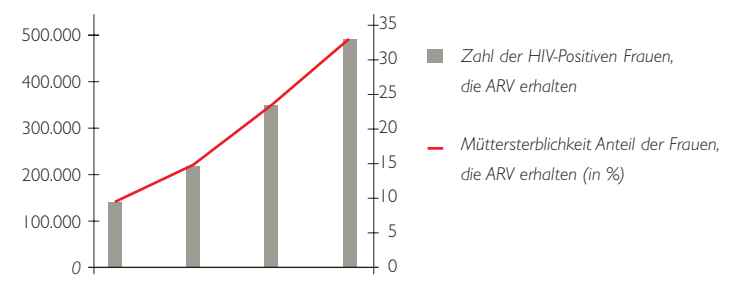


Wenn 800 von 100.000 Schwangerschaften/Geburten mit dem Tod der Frau enden und die durchschnittliche Zahl der Geburten bei 8 liegt, ist das lebenslange Risiko während Geburt/Schwangerschaft zu sterben 1:16. Wenn das Fruchtbarkeitsniveau auf 2 Kinder sinkt und der Müttersterblichkeitsquotient gleichbleibt, verbessert sich das Risiko auf 1:63. Die gleiche Verbesserung tritt ein, wenn der Quotient auf 200 pro 100.000 sinkt und das Fruchtbarkeitsniveau gleichbleibt.

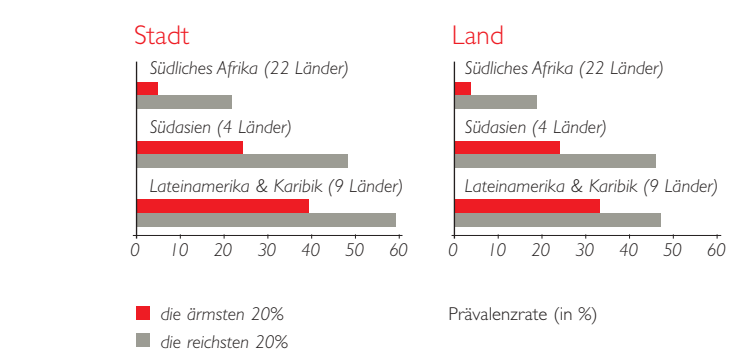
**Männer und Frauen werden mit antiretroviralen
Medikamenten behandelt⁴**



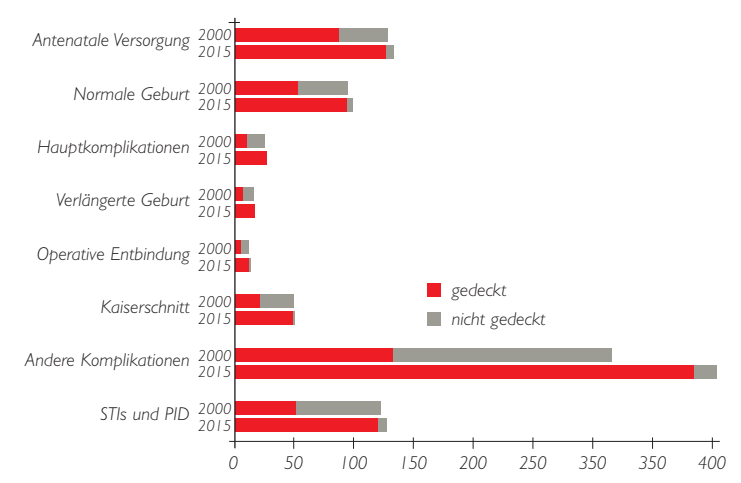
**HIV-positive schwangere Frauen, die antiretrovirale
Prophylaxe erhalten (2004 – 2007)⁴**



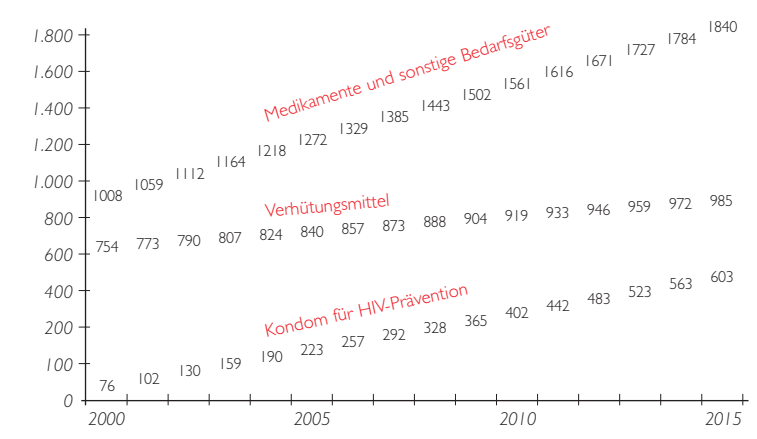
Viele Paare haben keinen Zugang zur Verhütung (in%)¹⁴



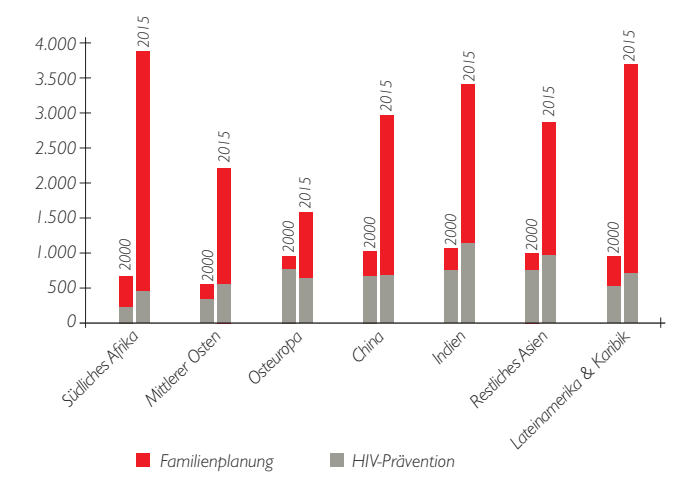
**Dienstleistungen für reproduktive Gesundheitsprobleme
bei Schwangerschaft und Geburt (in Mio.)¹⁵**



**Jährliche Kosten der Gebrauchsgüter der reproduktiven
Gesundheit nach Produkten (in Mio. US\$)¹⁵**



**Bedarf an Kondomen für Familienplanung und
HIV-Schutz (Anzahl in Mio.)¹⁵**



Quellen
¹⁾ Alan Guttmacher Institute (AGI): Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method, 2007
²⁾ WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank: Maternal Mortality in 2005
³⁾ UN Department of Public Information: Endpoverty 2015, Fact sheet
⁴⁾ UNAIDS: 2008 Report on the Global AIDS Epidemic, 2008
⁵⁾ UNFPA: Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (2007 – 2011), 2007
⁶⁾ UNFPA: Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2007
⁷⁾ Contraceptive Technology: www.contraceptivetechnology.com/table.html
⁸⁾ WHO: www.who.int/reproductive-health/publications/essential_medicines/index.html
⁹⁾ WHO: www.who.int/medicines/topics/en/
¹⁰⁾ Global Reproductive Supplies Coalition: www.rhsupplies.org/
¹¹⁾ USAID: http://deliver.jsi.com/dhome
¹²⁾ UNFPA: http://cl-t077-040cl.privatedns.com/supplies/rights.htm
¹³⁾ AGI: Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide 1999
¹⁴⁾ UNFPA: Achieving the Millennium Development Goals No 10/2003
¹⁵⁾ UNFPA: Achieving the ICPD Goals: Reproductive Health Commodity Requirements 2000 – 2015
¹⁶⁾ WHO: The Effects on Contraception on Obstetric Outcomes, 2004

**reproduktive
gesundheit und
versorgungsmängel**



fact sheet

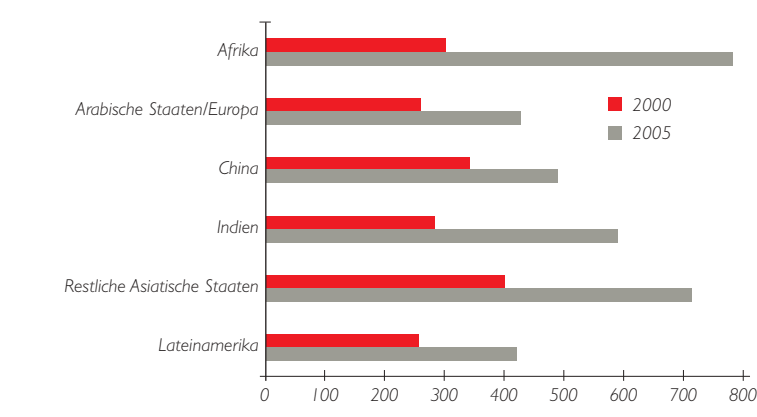
impresum

Herausgeberin
Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)
Homepage www.oegf.at
Kooperationspartnerin
International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN)
Homepage 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) für das Überlassen der Fotografien.
Erscheinungsjahr 2008
© Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
© VWGRAFİK



reproduktive gesundheit und versorgungsmängel fact sheet

**Jährliche Kosten der Gebrauchsgüter nach Regionen
in 2000 und 2005 (in Mio. US\$)¹⁵**



22% der Frauen in Entwicklungsländern ohne Zugang zur Verhütung¹

1,3 Mrd. junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren, die bisher größte junge Generation, sind bzw. werden in den nächsten Jahren sexuell aktiv und werden Dienstleistungen der RH* brauchen. Die gestiegene Akzeptanz der Verhütung verlangt ein größeres Angebot. Derzeit lässt aber bereits die bestehende Versorgung zu wünschen übrig. Lücken treten speziell beim Angebot für unterprivilegierte Frauen und Mädchen auf. Oft vertrauen diese auf unsichere Methoden, wissen zu wenig über ihren Körper und praktizieren ein riskantes Sexualverhalten. Neben einem breiten Angebot von erschwinglichen bzw. kostenlosen Kontrazeptiva brauchen Frauen und Mädchen aber auch umfassende Beratung, um informierte Entscheidungen treffen zu können.

In vielen Ländern des Südens ist die kontinuierliche Anwendung von und das Wissen über moderne Verhütungsmethoden noch immer ein Privileg reicherer Bevölkerungsschichten.

Um ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden, werden neben Verhütungsmitteln wie Kondome (weibliche und männliche), Spiralen (Hormon- und Kupferspirale), Diaphragmen, Methoden der hormonellen Kontrazeption (Pille, Stäbchen, Ring, Pflaster, 3-Monatsspritze), Notfallverhütung und Spermizide noch andere Bedarfsgüter der RH gebraucht. Für die Untersuchung und für die Durchführung invasiver Eingriffe (Einsetzen und Entfernen von Spiralen und Hormonstäbchen, Sterilisation/Vasektomie und Laparoskopie) sind Instrumente (Spekulum, Schere, Skalpell, Zange, Klammern, Utensilien für Nähte etc.) nötig. Außerdem sollten die jeweiligen Gesundheitseinrichtungen mit Ultraschall, Sterilisator, gynäkologischem Stuhl, Mikroskop, aber auch mit Verbrauchsgütern wie Handschuhe, Spritzen, Wattetupfer, Objektträger, Desinfektionsmittel etc. ausgestattet sein, um qualitative Dienstleistungen erbringen zu können.

ICPD*, MDGs und SRHC*

Laut den letzten Prognosen der UN Population Division ist mit einer Zunahme der reproduktiven Bevölkerung in den LDCs* um 13% und mit einer zusätzlichen Nachfrage nach Verhütung um 28% bis 2015 zu rechnen⁶. Mehr als 67 Mio. Frauen verlassen sich auf Methoden mit hohen Fehlerquoten (periodische Abstinenz und Coitus interruptus) und 137 Mio. verhüten trotz fehlenden Kinderwunschs überhaupt nicht. Laut Pearl Index werden 85% von ihnen innerhalb eines Jahres schwanger⁷.

Geringe Fortschritte gibt es im südlichen Afrika, wo die Prävalenzrate der Verhütung unter 15% liegt und wo die Müttersterblichkeitsrate zwischen 1990 und 2005 nur um 3% gesunken ist. Diese Region ist eindeutig weit davon entfernt, die MDGs und die Ziele der ICPD bis 2015 zu erreichen. Deshalb sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Zusätzliche, qualitative und bezahlbare Dienste
- Verbesserte Planungs-, Implementierungs- und Evaluationskapazitäten
- Mehr finanzielle und technische Ressourcen
- Mehr Koordination der Gebergemeinschaft und
- Lobbying für die reproduktiven Rechte von Frauen und Mädchen.

ICPD, ICPD+5 (1994/1999) und der Weltgipfel 2005 haben die umfassende Versorgung mit SRHC als Voraussetzung für den universellen Zugang zur RH bis 2015 anerkannt. Dazu zählen auch Medikamente⁸, die laut der WHO* "sicher, effektiv und von guter Qualität, überlegt verschrieben und verwendet werden und für alle Menschen zugänglich und erschwinglich sein sollen"⁹. Leider werden diese Vorgaben nicht immer erfüllt und die mangelhafte aber teure Versorgung ohne neue Medikamente hat Anteil am schlechten Gesundheitszustand vieler Menschen in den Entwicklungsländern.

Fotos

Titel) Eine Frau mit ihrem Kind besucht eine Veranstaltung in Port Said (Ägypten), die Familienplanung für junge Menschen befürwortet; © 2001 William Mackie/CCP, Photoshare

1) Eine Gesundheitsberaterin aus der Fes Provinz (Marokko) erklärt anhand von Informationsmaterialien die Verwendung der verschiedenen Verhütungsmethoden; © 1996 Lauren Goodsmith, Photoshare

2) Norplant ® Hormonimplantat; © 2002 David Alexander/CCP, Photoshare

3) Ein Jugendlicher (mit dem Rücken zur Kamera) wird im Gulu Youth Center im nördlichen Uganda über HIV-Tests beraten; © 2007 Gilbert Awekofua, Photoshare

4) Die Vorratskammer einer Familienplanungsklinik in Addis Abeba (Äthiopien); © 2006 Sabrina Karklins, Photoshare

5) Nahaufnahme eines weiblichen Kondoms; © 1999 The Female Health Company, Photoshare

6) Die Pille-danach "Plan B"; © 2006 David Alexander/CCP, Photoshare

7) Eine Apotheke in Nepal verkauft Verhütungsmittel; © CCP, Photoshare

8) Dieses Gesundheitszentrum in Aceh (Indonesien) bietet Familienplanungsdienste an; © 2005 Russ Vogel, Photoshare

Terminologie

ABC Abstinence – Be Faithful – Condom Use/Abstinenz – Treue – Kondomverwendung

HIV Human Immunodeficiency Virus/Menschliches Immunschwäche-Virus)

HPV Humane Papillomaviren

GFATM Global Fund for AIDS, TB and Malaria

ICPD International Conference on Population and Development/ Weltbevölkerungskonferenz

LDC Least Developed Country/ geringst entwickeltes Land

MDG Millennium Development Goal/Millenniumentwicklungsziel

PID Pelvic inflammatory disease/ Unterleibsentzündung

RH Reproduktive Gesundheit

SRHC Sexual and Reproductive Health Commodities/Bedarfsgüter der sexuellen und reproduktiven Gesundheit

STI Sexual Transmitted Infection/ Sexuell übertragbare Infektion

WHO World Health Organization

536.000 Todesfälle von Frauen bei Schwangerschaft und Geburt²

Seit mehr als 20 Jahren wurden wenige Fortschritte bei der Verbesserung der Müttergesundheit gemacht. Nach wie vor sterben Frauen in den Entwicklungsländern, weil sie schlecht, kaum oder zu spät während Schwangerschaft, Geburt und danach betreut werden. Mit dem MDG* der "Senkung der Müttersterblichkeit bis 2015 um ¾" haben die Länder der Welt dem Müttertod den Kampf angesagt. Dafür müssen aber die derzeitigen Ausgaben verzehnfacht werden, ansonsten werden weiterhin 70.000 junge Mädchen (im Alter von 14 bis 19 Jahren) jährlich beim Gebären sterben³.

Die Fortbildung der traditionellen Hebamme, die meistens die Begleiterin der Frau bei der Geburt ist, die Aufklärung der Gemeinschaften über Verhalten in Risikosituationen, das Training des Gesundheitspersonals für Notfallgeburten sind wichtige Maßnahmen für die Verbesserung der Müttergesundheit. Außerdem müssen die jeweiligen Einrichtungen adäquat mit diversen Gütern ausgestattet sein. Ausreichende Tests (Schwangerschaft, HIV*, Harn, Blut etc.), Instrumente (Geburtszange, Stethoskop, Blutdruckmesser etc.), Apparate (für Wiederbelebung, Transfusion, Absaugen etc.), Medikamente (Antibiotika, Impfstoffe, Vitamine, Anästhetika, Analgetika, Antiseptika, Wehenmittel, Kindernahrung, Blutkonserven etc.) und sonstige Güter (Bettwäsche, Plastikunterlagen, Handschuhe, Spritzen etc.) sind essentiell für die Chancen der Frau, Schwangerschaft und Geburt ohne bleibende Schäden zu überstehen. Die Minimalanforderungen für eine halbwegs sichere Geburt sind eine Rasierklinge, ein Stück Seife, eine Plastikunterlage (1 m² groß), eine Schnur zum Abnabeln und eine Bildtafel als Anleitungshilfe. Eine Geburt mit diesen Hilfsmitteln ist nicht nur in Flüchtlingslagern und nach Umweltkatastrophen die Normalität.

Finanzierung der SRHC

10% der weltweiten Prokopfausgaben für Gesundheit werden für RH gebraucht, im Jahr 2015 werden die Kosten für RH bei 36 Mrd. US-Dollar liegen¹⁰. Die Kosten für Verhütung, Medikamente und andere Bedarfsgüter werden auf 3,43 Mrd. ansteigen; auf Kontrazeption werden etwa 1/3, auf Kondome 1/8 und auf die restlichen Medikamente und Güter mehr als die Hälfte entfallen.

Programme der Müttergesundheit sind derzeit unterfinanziert, die monetäre Unterstützung von Kontrazeption nimmt ab; allein Geld für HIV-Prävention mit Schwerpunkt Kondome steigt stetig. Gründe dafür liegen in der offensichtlichen Kosteneffizienz der Prävention. So verhindern zusätzliche Investitionen von 4,2 Mrd. US-Dollar in die Prävention die Infizierung von 29 Mio. weiterer Menschen und ersparen spätere Behandlungskosten.

Fehlende Finanzierung ist eine der Ursachen, warum es immer wieder zu Engpässen bei der Versorgung mit SRHC kommt. Ein sektorenübergreifender Ansatz kann zur Problemlösung beitragen und die Einbindung einer Vielzahl von Akteuren wie der kommerzielle Sektor, Sozialmarketing, NGOs, Gemeinden etc. kann bei der Sicherung von SRHC ihren Beitrag leisten.

Viele nationale Regierungen erkennen vermehrt ihre diesbezügliche Verpflichtung und schaffen nationale Budgetlinien. Unterstützung gibt es von ihren internationalen Partnern und strategischen Partnerschaften wie der Global Reproductive Supplies Coalition und dem GFATM*. Bei unzureichenden nationalen Budgets springen die Geberländer zwar oft in die Bresche, aber sie unterlassen langfristige Zusagen, wodurch sich zukünftige Planungen schwierig gestalten. Die internationalen Geldgeber stellen für die benötigte Kontrazeption (inkl. Kondome für HIV-Prävention) nur 233 Mio. US-Dollar zur Verfügung, obwohl 1,3 Mrd. für die Bedürfnisse von 655 Mio. Paaren notwendig wären.

15,5 Mio. Frauen leben mit HIV/AIDS⁴

Im südlichen Afrika, wo HIV der Killer Nummer eins ist und zu 70% heterosexuell übertragen wird, sind junge Frauen und Mädchen doppelt so gefährdet wie junge Männer. Mit dem ABC*-Konzept versucht man vor allem jene zu erreichen, die ungenügend informiert sind, die sich gegen ungewollten und ungeschützten Geschlechtsverkehr nicht wehren können und bei denen ein Besuch von expliziten HIV-Beratungsstellen mit einem Makel versehen ist. Durch die Integration von HIV-Prävention in das Angebot von Familienplanungseinrichtungen kann ein umfassenderes Paket in einer Institution angeboten werden. Das zusätzlich vermittelte Wissen über die Infektionswege, die Art des Schutzes vor STIs* und freiwillige Test- und Beratungsmöglichkeiten sind 28 mal kosteneffizienter als später nötige Behandlungen von HIV⁵. Nur die konsequente Verwendung von Kondomen gewährt Schutz vor HIV und anderen STIs. Syphilis, Gonorrhö, Chlamydien, Trichomonaden oder HPV*, mit denen sich mehr als 330 Mio. Menschen jährlich anstecken, erhöhen außerdem die Anfälligkeit für HIV bis zum 9-fachen. Neben Geschlechtskrankheiten sind Frauen aber auch mit anderen Erkrankungen der reproduktiven Organe konfrontiert. Deren Nichtbehandlung kann u.a. zur Unfruchtbarkeit führen – eine Katastrophe für Frauen in der Dritten Welt, wo Nachkommen maßgeblich zu ihrem Status beitragen.

Neben menschlichen Ressourcen müssen Programme ausreichend weibliche und männliche Kondome, Tests jeglicher Art, gynäkologische Instrumente zur Untersuchung und Verbrauchsgüter wie Nadeln, Spritzen, Handschuhe etc. bereitstellen. Medikamente zur Behandlung von STIs, von Erkrankungen des Reproduktionstrakts und von Neugeborenen, sind ebenso dringend notwendig.

Andere Ursachen für Versorgungsmängel¹¹

Neben finanziellen Lücken, die von der internationalen Gebergemeinschaft geschlossen werden müssen, wird das unzureichende Angebot auch verursacht durch:

- Politische Barrieren wie Tarife, Zölle, nationale Registrierungsmechanismen
- Externe Zwänge bei Abnahme von hochpreisigen Medikamenten durch Pharmafirmen und exportierende Länder und andere Handelsrestriktionen
- Internationale Gesetze wie Patentrechte
- Unzureichende, schlechte oder inadäquate logistische Systeme
- Ineffiziente Beschaffungswege und schlechtes Lieferkettenmanagement,
- Fehlende technische und menschliche Ressourcen
- Schlechte Koordination der Stakeholder
- Fehlende Qualitätskontrolle des Beratungsangebotes

Sicherheit bei der Versorgung mit SRHC ist dann gegeben^{12,13} wenn die/der Klient/in

- eine Wahl treffen kann: Sie/er kann auf Grund richtiger Information unter einer breiten Palette von verfügbaren Methoden ohne Beeinflussung durch den/die Berater/in eine Entscheidung treffen.
- das gewünschte Produkt erhalten kann: Das Produkt ist rechtzeitig, preiswert, am bevorzugten Ort, im gewünschten Ausmaß und in der gewollten Form verfügbar.
- das gewählte Produkt anwenden kann: Sie/er kann das gewählte Produkt richtig und zu ihrem/seinem Vorteil anwenden.

