1 Einleitung

1.1 Geschichte der Kontrazeption

Die Geschichte der Familienplanung (FP) reicht Tausende von Jahren zurück. Hinweise auf den Wunsch, ungewollte Schwangerschaften zu verhüten, finden sich z. B. in der Bibel im 1. Buch Moses mit einer Beschreibung des Koitus interruptus: „Aber da Onan wußte, daß seine Kinder nicht sein eigen sein werden, ließ er's auf die Erde fallen und verderben, wenn er einging zu seines Bruders Frau, auf daß er seinem Bruder nicht Nachkommen schaffte" (1. Buch Mose 38.9). Der Koitus interruptus, Abtreibung wie auch der Kindesmord waren verbreitete Methoden, die Nachkommenschaft zu kontrollieren (NETTER und ROZENBAUM 1985, JÜTTE 1993).

Die ältesten Dokumente über kontrazeptive Methoden finden sich in Papyri des alten Ägyptens. Im Papyrus Ebers 1550 v. Chr. wird eine angeblich effektive Zubereitung aus der Akazie, die Gummiarabicum enthält, genannt, welche mit Feigen und Baumwolle vermischt und mit Honig geformt wird[1] (HIMES 1963). Der Papyrus von Berlin, 1300 v. Chr., erwähnt eine Mischung aus Fett, Kräutern und gezuckertem Bier, die an vier aufeinanderfolgenden Tagen zu trinken sei (ROBERTSON 1990, HIMES 1963).

Auch im griechischen Kulturkreis werden von *Soranus*, dem bekanntesten Gynäkologen seiner Zeit (200 n. Christus), ähnliche Verhütungsmittel beschrieben. Er riet zur Anwendung von Öl, Honig oder Zederngummi, zusammen mit einer Trägersubstanz. *Aristoteles* erwähnt in seiner *Historia animalium* die Möglichkeit, „den Teil des Uterus, auf den der Samen fällt" mit verschiedenen Substanzen zu verschließen. Er nannte Zedernöl, Bleisalbe oder Olivenöl (ROBERTSON 1990, RIDDLE 1992)[2].

In Afrika wurde unter den Bewohnern des Reiches von Dahomey eine Knollenfrucht zerkleinert und intravaginal als Kappe plaziert. Aus Zentralafrika sind verschließende Mischungen aus Stoff oder zerkleinertem Gras bekannt als auch eine Vorform des weiblichen Kondom. Einige Frauen benutzten ausgehöhlte Schalen der Okra als Kondom (HIMES 1963, ROBERTSON 1990).

1.2 Die Dynamik der Bevölkerungsentwicklung

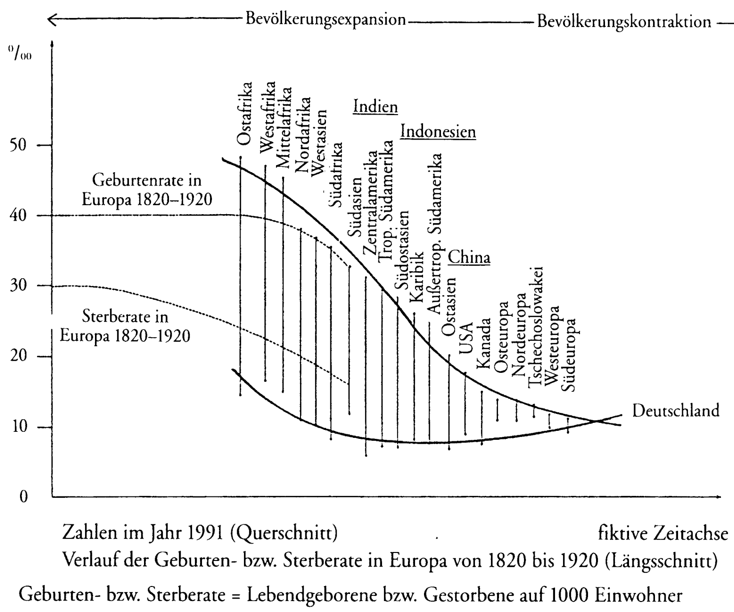
Während die Weltbevölkerung 1650 noch eine halbe Milliarde Menschen zählte, hat sie sich bis heute auf ungefähr 5,7 Milliarden Menschen verzehnfacht. Die Wachstumsrate stieg von 0,3% (1650) auf heute 1,7%. Die höchsten Raten können heute in Afrika verzeichnet werden, während sie mit 0,3% in Europa am niedrigsten liegt. Die Fertilitätsrate liegt weltweit bei 3,26 Kindern pro Frau (MÜNZ und ULRICH 1994, UNFPA

[1] Der kontrazeptive Effekt kann auch heute noch nachvollzogen werden, da durch Fermentierung Milchsäure freigesetzt wird, die heutzutage noch in spermiziden Substanzen genutzt wird.

1994). Die Menschheit wächst zur Zeit monatlich um die Bevölkerung Schwedens oder alle 2 Tage um die Bremens. Jährlich kommen ungefähr 94 Millionen Menschen hinzu. Die Prognose der UNFPA[3] sagt eine Weltbevölkerung von 8,5 Milliarden für das Jahr 2025 und 10 Milliarden für das Jahr 2050 voraus. Diese Prognosen gehen von einem Rückgang der Fertilität aus. Erweist sich diese Annahme als unzutreffend, könnte die Bevölkerung sehr viel schneller wachsen, und im Jahr 2025 bereits eine Zahl von 12,5 Milliarden Menschen erreicht werden (BIRG 1996, UNFPA 1994).

Bevölkerungsgröße und Wachstum hängen von Geburten und Sterbefällen sowie von Wanderbewegungen ab. Die Fruchtbarkeit wird von einer Vielzahl kultureller, gesellschaftlicher, wirtschaftlicher, politischer, technischer und natürlicher Variablen beeinflußt. Diese wirken über Faktoren wie Laktationsperiode, Sterilität und Reproduktionsphase sowie Heiratsmuster, Kontrazeptions- und Abtreibungspraktiken auf die Fruchtbarkeit (HAUSER 1991, GALOT 1992). Das Bevölkerungswachstum entsteht aus der Differenz von Geburten- und Sterbeziffern. Sie ergibt sich durch sinkende Sterberaten bei fortbestehenden hohen Geburtenraten (HAUSER 1991, MÜNZ und ULRICH 1994).

Abb. 1: Übergangsphasen vom Bevölkerungswachstum zur Bevölkerungsabnahme, dargestellt durch die Positionen der Länder im Jahre 1991 (aus NUSCHELER und FÜRLINGER 1994 p40).



Die europäische Transformation[4] vollzog sich vom 17. bis zum 19. Jahrhundert von zunächst ähnlich hohen Sterbe- und Geburtenraten, wie sie noch vor drei Jahrzehnten in Entwicklungsländern zu finden waren, zu

[2]Viele verschiedene Substanzen waren als Abortiva bekannt. Scheideneinspritzungen und Vaginalkugeln wurden verwendet. Viele der im Altertum zur Abtreibung genutzten Pflanzen wurden in Laboruntersuchungen als tatsächlich antigonadotroph oder östrogenhaltig erkannt (JÜTTE 1993, RIDDLE 1992).

[3] Bevölkerungsfond der Vereinten Nationen, UNFPA

[4]= demographischer Übergang von hohen Geburten- und Sterbefälle zu niedriger Fertilität und Mortalität.

niedrigen Ziffern[5]. Im Unterschied zur damaligen Situation in Europa liegt aber das Fruchtbarkeitsniveau in den Entwicklungsländern heute etwas höher. Der Rückgang der Sterberate vollzieht sich wesentlich rascher, und die Ausgangsbevölkerung ist viel größer[6]. Zudem bestehen kaum mehr Möglichkeiten der Auswanderung. Somit ist in Entwicklungsländern ein höheres Bevölkerungswachstum als während der Transformationsphase in Europa zu verzeichnen. Um das Bevölkerungswachstum in Grenzen zu halten, müßten die Entwicklungsländer den demographischen Übergang in einer sehr viel kürzeren Zeitspanne vollziehen (MEADOWS 1992, HILL 1990)

1.2.1 Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung

Im Zusammenhang mit **Ökonomie und Bevölkerung** spricht man oft von Übervölkerung, ein Begriff, der die Existenz einer idealen Bevölkerungsgröße impliziert. Mehr als zwei Jahrzehnte war der Zusammenhang zwischen Bevölkerungs- und Wirtschaftswachstum Gegenstand von heftigen Kontroversen. So wurde das geringe Wirtschaftswachstum als größtes Hindernis für den wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt in den meisten Entwicklungsländern gesehen: In einer Entwicklungsphase mit starker Bevölkerungsvermehrung werde das Volkseinkommen wesentlich geschwächt, da finanzielle Reserven zur Sicherung des Lebensstandards verwendet werden. Demgegenüber steht die Vorstellung, mehr Menschen bedeuten mehr Wissen und Ausbildung sowie einen größeren Absatzmarkt für Produkte. (AKAKPO 1991, SKRIVER 1986, HAUSER 1991).

Eine Analyse der wirtschaftlichen Entwicklung verschiedener Länder konnte aber bis 1975 keinen Zusammenhang zwischen Bevölkerungsentwicklung und ökonomischem Fortschritt herstellen. Erst Untersuchungen aus den Jahren 1980-89 zeigen einen eindeutigen negativen Trend (UNFPA 1992, UNICEF 1995, ALTVATER et al. 1988).

Die Frage nach der **Ernährungssicherung** bei steigendem Bevölkerungswachstum wird auch heute konträr diskutiert. *Malthus* gründete seine Kritik auf empirische Untersuchungen, wonach die Nahrungsmittelproduktion entsprechend einer arithmetischen Reihe linear verlaufe, während das Bevölkerungswachstum exponentiell steige. Hungersnöte und Seuchen seien die unausweichliche Folge (MALTHUS 1926). Demgegenüber hat die grüne Revolution gezeigt, daß hohe Ertragssteigerungen möglich sind, deren Belastung für das ökologische Gleichgewicht aber zunehmend diskutiert werden (BRAY 1996, UNFPA 1992). Alternative Anbaumethoden mit Mischkulturen sowie die Verbesserung von Lagerung und Transport zeigen Ergebnisse, die Nachhaltigkeit versprechen, jedoch nur durch finanzielle Förderung der Industriestaaten möglich sind (BRAY 1996, HO 1990, MICHLER 1991, NUSCHLER 1994, SMIL 1994, BONGAARTS 1996).

[5]Nach dem Rückgang der Sterblichkeit, der auch in Europa zunächst zu einem Bevölkerungswachstum führte, vollzog sich der Rückgang der Geburtenrate in einer ersten Phase, gekennzeichnet durch die Änderung des Heiratsverhaltens, gefolgt von einer zweiten Phase mit Geburtenkontrolle und Empfängnisverhütung.

[6]Wichtig für die Dynamik des Bevölkerungswachstums ist die Tatsache, daß die Bevölkerung selbst dann noch weiter wächst, wenn, wie es seit 1970 der Fall ist, die Geburtenzahlen leicht sinken. Die Mütter von morgen sind heute schon geboren, und auch sie werden wieder Kinder haben (MEADOWS 1992).

Zuerst wies der Club of Rome mit seinem 1972 erschienenen Buch „Die Grenzen des Wachstums“ (MEADOWS 1972) auf die Zusammenhänge zwischen **Bevölkerungswachstum und Ökologie** hin. Steigende Bevölkerungszahlen und daraus resultierende erhöhte Nahrungsmittelproduktion, Erschöpfung der Rohstoffe und steigende Umweltverschmutzung führen unweigerlich zum Kollaps, wodurch es dann aufgrund einer erhöhten Sterberate zum Rückgang der Bevölkerung kommt (MESARIVIC und PRESTEL 1974). Die größte Verantwortung an der Umweltbelastung trägt aber der reiche Norden, jenes knappe Viertel der Weltbevölkerung, das 3/4 der gesamten Energie verbraucht (KRUSE 1992, WHO 1992, BARNES 1990).

Zudem wird es zunehmend schwieriger, die auf den Arbeitsmarkt drängende jüngere Generation mit **Arbeit** zu versorgen. So schätzt man, daß zwischen 1995 und 2020 1,3 Milliarden Menschen zusätzlich Arbeit suchen (UNFPA 1994, HANSEN 1990). Schwerpunkt des Weltbevölkerungsberichts von 1993 war die zunehmende **Migration**. Das Wachstum der Städte in Entwicklungsländern ist ein zentrales Problem. Armut in den ländlichen Regionen läßt junge Menschen auf der Suche nach Arbeit in die Städte auswandern, deren Infrastruktur aber auf die Bevölkerungszunahme nicht vorbereitet ist (UNFPA 1993, SADIK 1995). Schätzungen gehen davon aus, daß es bis zum Jahr 2000 in der Dritten Welt 18 Städte von zehn Millionen Menschen und mehr geben wird (ZEIT-PUNKTE 1993).

1.3 Die Geschichte der Bevölkerungspolitik und Familienplanung

Gleich der Geschichte der Kontrazeption reichen die Überlegungen zur Bevölkerungsentwicklung in die Zeit vor Christi Geburt zurück. Im alten Griechenland sind bevölkerungspolitische Gedanken bei *Platon* und *Aristoteles* zu finden. So empfiehlt bereits *Platon* die reproduktive Phase auf die Zeit von 30.-35. Lebensjahr für Männer und 20.-40. für Frauen zu begrenzen (HIMES 1962).

Das Bevölkerungsgesetz von MALTHUS (1924) markiert den Beginn einer Diskussion zur Ursache und den Folgen der Bevölkerungsentwicklung in Europa. Von verschiedenen Wissenschaftlern wurden die Probleme von Armut, Gesundheit und Überbevölkerung diskutiert, die letztendlich auch der *Birth-Control-* Bewegung den Weg bahnten.

1.3.1 Die „Birth-Control“-Bewegung

Die Bewegung zur Geburtenkontrolle wurde in Amerika und England im wesentlichen von zwei Frauen getragen: *Margaret Sanger* und *Marie Stopes*.
Margaret Sanger, Begründerin der amerikanischen Bewegung zur Geburtenkontrolle, wußte als Krankenschwester um die Not vieler Frauen in den armen Stadtvierteln in New York. In ihrem 1914 veröffentlichten Buch, „die rebellische Frau“ forderte sie die Befreiung der Frau und ihr Recht auf die Kontrolle über ihren Körper. In London wurde von *Marie Stopes* 1921 die erste FP-Klinik eröffnet (ROBERTSON 1990, ASBELL 1996).

Frankreich war in puncto Nutzung von Verhütungsmitteln um die Jahrhundertwende führend. 1920 wurde jedoch in Folge starker Menschenverluste im ersten Weltkrieg ein Gesetz verabschiedet, daß jede Werbung für Kontrazeption und Abtreibung unter Gefängnisstrafen bis zu sechs Monaten stellte[7]. Informationen über FP wurden erst 1967 wieder legalisiert (NETTER UND ROZENBAUM 1985). In einigen ehemaligen französischen Kolonien gelten diese Gesetze noch heute (MAY 1991).

1952 wurde in New Delhi unter der Schirmherrschaft von *Margaret Sanger* und *Lady Rama Rau* aus einem Zusammenschluß von 20 Ländern die internationale Organisation zur geplanten Elternschaft (IPPF)[8] gegründet. Die im selben Jahr gegründete Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung *Pro Familia* ist eines der 8 Gründungsmitglieder der IPPF (SKRIVER 1986, HEINRICHS 1991).

1.3.2 Die Weltbevölkerungskonferenzen

Seit der **ersten Weltbevölkerungskonferenz 1974 in Bukarest** wurde FP unter wechselnden Gesichtspunkten diskutiert. Schreckensszenarien standen im Mittelpunkt, und der Bevölkerungsexplosion wurde die Schuld für die zunehmende Verarmung der Länder der Dritten Welt gegeben (MEADOWS 1972). Die Vertreter der "Dritten Welt" wiesen indes in neuem Selbstbewußtsein darauf hin, die Armut sei durch eine gerechtere Weltwirtschaft und eine gerechtere Verteilung der Ressourcen zu beheben, nicht aber durch Bevölkerungspolitik. "Entwicklung ist das beste Verhütungsmittel" [*Karan Singh*, indischer Gesundheitsminister (WICHTERICH 1994)].

Die **2. Weltbevölkerungskonferenz in Mexiko Stadt** 1984 fand auf Initiative der Länder der Dritten Welt statt, unter denen sich ein wachsendes Bewußtsein für die Probleme des Bevölkerungswachstums verbreitete. Die Planung des Zugangs zu FP stand im Mittelpunkt. Gemeinsam bestätigte man, daß dies zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen führe (MAHLER 1984, WICHTERICH 1994). Auf der anderen Seite wurden aber auch Stimmen laut mit dem Tenor: Mehr Menschen - mehr Markt und mehr Produktion (SKRIVER 1986, AKAKPO 1991).

Im folgenden Zeitraum entstanden auch in afrikanischen Ländern, die zunächst Bevölkerungswachstum als positiv gewertet hatten, offizielle Positionen zur FP in Hinblick auf das Recht der Eltern, die Zahl er Kinder selbst zu bestimmen einerseits und der Ausgewogenheit der ökonomischen und sozialen Entwicklung andererseits (PICOUET und JONES 1986, ADJEI 1991). Viele Regierungen verließen ihre bisherigen Positionen und entwickelten Strategien und Programme, um FP aktiv zu unterstützen (SADIK 1995).

---

[7]Die Gesetzt galt auch in die französischen Kolonien und wurde nach der Unabhängigkeit von den afrikanischen Regierungen zumeist übernommen.

[8]heute sind unter diesem Dachverband 113 nationale Nicht-Regierungsorganisationen zur Förderung der FP zusammengeschlossen. Die erste Satzung enthielt den Grundsatz, daß „Kenntnisse über geplante Elternschaft ein fundamentales Menschenrecht“ seien (HEINRICHS 1991).

Insbesondere die frankophonen Länder Afrikas waren bis Ende der achtziger Jahre der Familienplanung gegenüber sehr zurückhaltend eingestellt[9]. Zudem galt in diesen Ländern noch die französische Gesetzgebung von 1920, die Information über FP verbot (PICOUET und JONES 1986).

Einen Wendepunkt markiert die Afrikanische Bevölkerungkonferenz, die 1984 im Vorfeld der Weltbevölkerungskonferenz in Mexiko stattfand. 54 afrikanische Staaten verabschiedeten Forderungen, FP im gesundheitlichen Kontext und zur Förderung des Wohlbefindens der Familie zu unterstützen[10]. In den verabschiedeten Programmen stand insbesondere der Aspekt der Verbesserung der Gesundheit durch FP im Mittelpunkt (ADEPOJOJU 1986, African Population Advisory Committee 1990, DACKAM NGATCHOU und SALA-DIAKANDA 1988, SOZI 1988, ISAACS 1991)

Die **3. Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo** stand im Zeichen des Rechtes auf FP und der Emanzipation. Botschaft der Konferenzteilnehmer ist, FP im Rahmen eines breiten Gesundheitsangebots bereitzustellen und die Gleichstellung der Frauen in Bildung, Gesundheit und Ökonomie zu erreichen (JAIN 1995). Wichtig ist nunmehr ein umfassendes Gesundheitsangebot für Frauen und nicht die isolierte Verteilung von Verhütungsmitteln (SADIK 1995). Die reproduktiven Rechte des einzelnen, erstmals 1968 als Menschenrecht formuliert, wurden bestätigt: „Alle Paare und Individuen haben das Recht, frei und verantwortlich über die Anzahl ihrer Kinder und den Abstand zwischen ihnen zu entscheiden“. Konsens war zudem, das Bevölkerungswachstum in Einklang mit der sozioökonomischen Entwicklung und den regenerativen Kapazitäten der natürlichen Umgebung zu bringen (ALCALA 1994, SADIK 1995).

1.3.3 Diskussion um FP in Deutschland

Innerhalb der Frauenbewegungen wurden Anfang der achtziger Jahre die FP und Bevölkerungsaktivitäten der Vereinten Nationen scharf kritisiert. Als „lautlose Waffe der Imperialisten“ wurden den Organisationen, die FP-Programme förderten, Zwangssterilisationen vorgeworfen (Anonymus 1989)[11]. Auch die Anfrage der Grünen an den Bundestag 1990 zeigt die kritische Einstellung zur FP[12].

Bereits drei Jahre vor Kairo wurde das "Förderkonzept Bevölkerungspolitik und Familienplanung" der BRD verabschiedet. FP soll dazu beitragen, in einem ökonomischen, ökologischen und sozialen Kontext die Lebens-

[9]Während die englischsprachigen Länder bereits in den fünfziger Jahren mit FP Programmen begannen, wurde das Bevölkerungswachstum durch die frankophonen Länder bis Ende der achtziger Jahre zumeist positiv gewertet. Nur 13% der frankophonen Länder Afrikas sahen ihr Bevölkerungswachstum als zu hoch an, gegenüber 46.7% aller Staaten der Dritten Welt. 1982 hatten von 16 frankophonen Ländern zehn keine Programme zur Bevölkerungsplanung, während vier explizit ein Bevölkerungswachstum für ihr Land förderten.
[10]siehe auch die kamerunische Erklärung Seite 72
[11]In bezug auf Pro Familia, der ebenso unterstellt wird, sich für die Durchsetzung imperialistischer Absichten der USA gebrauchen zu lassen, lehnt HEINRICHS (1991) diese Argumentation entschieden ab. Die Geberleistung der USA pro Kopf der Bevölkerung ist wesentlich geringer als der z. B. Schwedens. Zudem beträgt der Gesamtetat für den Bereich Bevölkerung und Familienplanung nur 0,5% der gesamten Entwicklungshilfe.
[12]Die Antwort der Bundesregierung lautete, daß FP als Recht des Einzelnen auf seine reproduktiven Ziele gefördert wird. Der gesundheitliche Wert der FP wird besonders betont. Zudem kann FP die Lebenssituation der Frauen in Entwicklungs-

bedingungen in den Ländern der Dritten Welt, den Status von Frauen und die Gesundheit von Frauen und Kindern zu verbessern (BMZ 1991).

1.4 Entwicklung der FP im sub-saharanischen Afrika

Die Bevölkerungswachstumsraten im sub-saharanischen Afrika sind mit durchschnittlich 3,2% die höchsten in der Welt. In Lateinamerika liegt die Wachstumsrate bei 2, 1% und in Asien bei 1,9%. Während eine Frau in Afrika im Durchschnitt 6,2 Kinder bekommt, liegt in Asien und Lateinamerika die Gesamtfruchtbarkeitsrate[13] unter 4 Kindern. In Asien und Lateinamerika sank die Gesamtfruchtbarkeitsrate stark[14]. Demgegenüber zeigen sich in Afrika nur in wenigen Ländern sinkende Tendenzen. Analysen zeigen, daß der beginnende Rückgang der Fertilität in den Ländern Afrikas sich unter anderen Bedingungen vollzieht, als die historische Entwicklung oder der Vergleich mit Asien erwarten läßt. Maßgeblicher Einfluß wird der Senkung der Kindersterblichkeit zugesprochen[15] (ARNOLD und BLANC 1990, LUCAS 1992, MBACKE 1994, ROSS und FRANKENBERG 1993).

Immerhin zeigt aber der Vergleich der Daten des WFS mit den Daten der DHS[16]-Studien, daß der Anteil der Frauen in Afrika, die keine Kinder mehr möchten, steigt (FRANK 1987). Für den Senegal ergab sich ein Anstieg der verheirateten Frauen im fruchtbaren Alter, die keine Kinder mehr möchten, von 8% auf 17% und für Kenia sogar von 17% auf 49% (UNFPA 1991)[17]. Darüber hinaus wollen viele Frauen die Geburt des nächsten Kindes für längere Zeit hinauszögern. Die DHS-Studien zeigten, daß zwischen 20% und 40% der Frauen zum Zeitpunkt der Befragung nicht schwanger werden möchten. Dennoch wenden viele dieser Frauen keine Verhütungsmittel an[18]. Hieraus wurde von WESTOFF und OCHOA (1991) der Bedarf an Methoden der Kontra-

ländern verbessern. Als vierter Punkt wird die Notwenigkeit gesehen, das Bevölkerungswachstum mit der sozialen, ökologischen und ökonomischen Situation in Einklang zu bringen (Deutscher Bundestag 1990).

[13]Zahl der Kinder, die eine Frau bis zum Ende ihrer reproduktiven Zeit haben wird, errechnet aus der kumulativen, altersspezifischen durchschnittlichen Kinderzahl.

[14]In Afrika zeigte sich nur ein Rückgang von 6,6 auf 6,2, während im gleichen Zeitraum die Zahl der Kinder in Lateinamerika von 5,9 auf 3,6 und in Südasien von 6,1 auf 4,7 fiel.

[15]Eine Verbesserung der ökonomischen Situation zeigte sich historisch verknüpft mit dem Rückganges der Fertilität. Als weiterer entscheidender Punkt zeigte sich auch das Ausmaß der nationalen Aktivität in FP-Projekten. Die Aktivität im Bereich der FP wird aber z.B. für Kenia als eher moderat eingestuft (MAULDIN und BERELSON 1978, CALDWELL et al. 1992).

MÜNZ und ULRICH (1994) führen 3 Voraussetzungen an für den Rückgang der Fruchtbarkeit: Bewußtheit der Beeinflußbarkeit auf die Zahl der Kinder, ökonomische Vorteile bei Begrenzung der Familiengröße und Zugang zu adäquaten Methoden der Fruchtbarkeitsregulierung.

[16]WFS World Fertility Survey um 1984, DHS Demographic and Health Survey seit 1987

[17]Die Zahlen müssen jedoch kritisch gesehen werden, da ein großer Teil der Frauen keine genaue Vorstellung über die gewünschte Kinderzahl hat, und ungefähr ein Drittel der Frauen antwortet, daß dieses in Gottes Händen liegt (BONGAARDS 1990).

[18]Während der World Fertility Survey zeigte, daß in Asien zu mindestens 43% der Frauen, die keine Kinder mehr möchten, Verhütungsmittel anwenden und in Lateinamerika 57%, lag die Zahl der Frauen, die Kontrazeptiva anwenden, in Afrika nur bei 23% (LIGHTBOURNE und MACDONALD 1982). In den DHS Studien Ende der achtziger Jahre zeigten sich günstigere Werte. In Afrika wendeten 36% der Frauen, die keine Kinder mehr wünschten, Verhütungsmittel an, in Asien 87% und in Lateinamerika 71%.

zeption errechnet. Dieser sogenannte ungedeckte Bedarf[19] an Verhütungsmitteln liegt in Afrika zwischen 25% und 65% (WESTHOFF 1991)[20].

Trotz dieses potentiellen Bedarfs an Methoden der Kontrazeption ist gerade im frankophonen Afrika der Prozentsatz der Frauen, die moderne Verhütungsmittel anwenden, sehr gering[21]. Während in Südasien 40% der Frauen Kontrazeptiva nutzen[22], 60% in Lateinamerika und 70% in Ostasien, liegt die Rate im subsaharanischen Afrika um 5%[23] (UNFPA 1991). Ausnahmen bilden Simbabwe mit einer Anwendungsrate von 36% und Botswana mit 32%. Simbabwe gilt als sehr positives Beispiel für die afrikanischen FP-Programme und kann auf eine längere Tradition zurückblicken als andere afrikanische Staaten. Eine Mittelstellung nimmt Kenia mit einer Rate von 18% ein. In den frankophonen Ländern Burundi, Mali, Senegal und Togo fanden sich Ende der achtziger Jahre Anwendungsraten zwischen 3,1% und 1,2% der verheirateten Frauen (RUTENBERG 1991). Für Kamerun zeigte die letzte DHS-Studie 1991, daß 4,3% der verheirateten Frauen moderne Methoden nutzen (BALÉPA et al. 1992).

Die niedrige Anwendungsrate von Verhütungsmethoden trotz des Wunsches der Frauen, eine Schwangerschaft zu verhüten wurde als KAP-Gap bezeichnet[24]. Dieser wurde zum Anlaß genommen, die Erreichbarkeit von FP-Diensten zu verbessern. BONGAARTS und BRUCE (1995) diskutierten in diesem Zusammenhang die materiellen und psychosozialen Kosten[25] für die Frauen bei Anwendung von modernen Methoden. Von BRUCE (1990) wurde die Qualität der FP-Dienste als ein Aspekt der Akzeptanz oder Ablehnung von Verhütungsmethoden hervorgehoben. (DIXON-MUELLER und GERMAIN 1992, BONGAARTS und BRUCE 1995.) ADJEI[26] (1991) nennt vier Faktoren als Erklärung für den KAP-Gap: Die pronatalistische Einstellung der afrikanischen Gesellschaft, historisch geringe Unterstützung durch die Regierungen, Zugänglichkeit und Erreichbarkeit von FP-Diensten und die Qualität der Dienste.

[19]Errechnet wird der ungedeckte Bedarf aus der Gruppe der fruchtbaren, verheirateten Frauen mit regelmäßigem Geschlechtsverkehr, die keine Verhütungsmethode anwenden und keine Kinder mehr möchten oder die Geburt des nächsten Kindes um zwei oder mehr Jahre hinauszögern wollen. WESTOFF führte 1988 ein neues Konzept in die Errechnung ein, indem er auch ungewollt schwangere und stillende Mütter mit einschloß. Erfaßt wird dieser Bedarf auch durch die Frage, wie viele Kinder gewünscht sind. Diskutiert werden die Rechnungen unter verschiedensten Gesichtspunkten. So sehen BONGAARTS (1990) und CLELAND (1973) verschiedene Einflüsse, die auf die von den Frauen genannte gewünschte Kinderzahl wirken, wie die Angleichung an die tatsächliche Zahl oder die häufigen, nicht-numerischen Angaben der Frauen:“ das bestimmt Gott.“

[20]Die Berechnung des tatsächlichen Bedarfs an Verhütungsmitteln ist umstritten, da unverheiratete Frauen und Jugendliche[20] nicht mit einbezogen werden (DIXON-MUELLER und GERMAIN 1992).

[21]Die im Rahmen der DHS-Studie befragten Frauen nannten als Gründe für die Nicht-Anwendung in erster Linie mangelndes Wissen (36% der befragten Frauen mit einem ungedeckten Bedarf) und gesundheitliche Gründe (13%). Daneben haben auch die negative Einstellung des Ehemanns und die Religion eine Einfluß. Nur 5% der befragten Frauen nennen die mangelnde Erreichbarkeit als Grund für die Nicht-Anwendung (BONGAARDS und BRUCE 1995). Von 6% der Frauen wird die Angst vor Nebenwirkungen oder negativen gesundheitlichen Konsequenzen und von ungefähr 10% soziokulturelle oder religiöse Barrieren genannt. In Liberia und Kenia wurde zudem die mangelnde Zugänglichkeit von 12% der Frauen als Grund angegeben. (CHIEH-JOHNSON et al. 1988, LESETEDI et al. 1989, NDIAYE et al. 1986, TRAORÉ et al. 1987, DHS Kenia 1993)

[22]CRP (Contraceptive Prevalence Rate): Anteil der verheirateten Frauen im Alter von 15-49, die zum Zeitpunkt der Erhebung Verhütung betreiben.

[23]hier meist traditionelle Methoden

[24] Sie meint den in KAP-(Knowledge, Attitude and Practice) Studien ermittelten Unterschied zwischen dem Wunsch der Frau, keine weiteren Kinder zu bekommen und der tatsächlichen Anwendung von Methoden der Kontrazeption.

[25]Kosten für Methoden, Dienstleistung, Transport, Zeitausfall, Gesundheit sowie psychische und soziale Kosten

[26]ADJEI (1991) definiert der KAP-gap als Differenz zwischen dem Wissensstand der Bevölkerung über moderne Methoden und der Anwendungsrate

1.4.1 Soziokulturelle Faktoren

Der kulturelle, ethnische und religiöse Hintergrund, der diesen Unterschied der Fertilität zwischen Lateinamerika, Asien und Afrika in der Akzeptanz von FP erklären könnte, war Gegenstand einer Vielzahl von Untersuchungen. Die hohe Fertilitätsrate wurde durch die pronatalistische Gesellschaftsstruktur von vielen Autoren erklärt. Das Ansehen von Frauen und Männern sei von der Zahl ihrer Kinder abhängig, vor allem von der Zahl der Söhne (CALDWELL 1975, AKELLO 1983, FRANK 1987, NAZZAR et al. 1995, STANDING und NISEKKA 1989).

Mit entscheidende Faktoren dürften autochthone, im sub-saharanischen Afrika tradierte Vorstellungen sein, die Geburt und Tod in einem zyklischen, dem Willen der Ahnen unterworfenen Zusammenhang sehen. In vielen Kulturen Afrikas sah man in den Kindern wiedergeborene Ahnen (CALDWELL und CALDWELL 1990, CALDWELL et al. 1992)[27]. „Der vordringlichste Grund, Kinder zu haben, war, daß immer ein lebender Nachkomme an den Verstorbenen erinnern und den Gegangenen ehren sollten“ (MOLNOS 1973)[28].

Nach VAN DE WALLE (1985) waren ökonomische Gründe für die Limitierung der Kinderzahl für die afrikanische Familie nicht bedeutsam. CALDWELL (1988) geht soweit zu sagen, daß: „selbst wenn die Kinder anfangen, eine ökonomische Belastung und keine Hilfe mehr zu sein, sie dennoch keine Belastung für ihre Väter sind.“ Zudem lebt in einigen Gegenden in Westafrika ein Drittel der Kinder nicht bei den biologischen Eltern (in Kamerun nach Schätzungen zwischen 13% und 24%) (VAN de WALLE et al. 1992, CASTLE 1995, DASPUPTA 1995).

Trotz des Wunsches nach vielen Kindern sind Praktiken, den Abstand zwischen den Geburten zu verlängern, weit verbreitet. Neben langen Stillzeiten wird die Abstinenz post partum weit verbreitet genutzt. Längere Geburtenabstände gelten als Vorteil für die Gesundheit der Mutter und der Kinder, zudem ist der negative Effekt auf die Muttermilch bei Eintritt einer neuen Schwangerschaft bekannt. Die Bezeichnung ‘Kwashiorkor’ für die Proteinmangelkrankheit kommt aus Ghana und meint das verdrängte Kind, also das zu rasch, nach einem zu kurzen Geburtsintervall geborene Kind (FRANK 1987, MBACKE 1994). In einigen Gesellschaften wird das Nicht-Einhalten dieser Abstände sogar sozial sanktioniert (ACSADI et al. 1990, FRANK 1987).

Änderungen in der sozialen Struktur lassen die Möglichkeiten dieser traditionellen Gewohnheiten der Geburtenkontrolle schwinden. Vor allem die Akzeptanz der Abstinenz post partum ist in den Städten zurückgegangen. Die Kinder werden immer häufiger mit künstlicher Milch ernährt und die Tradition des langen Stillens geht zurück (FRANK 1987, CALDWELL et al. 1992). Hieraus ergibt sich nach ACSADI et al. (1990) ein Bedarf an modernen Mitteln der Kontrazeption. CALDWELL und CALDWELL (1988) bestätigten: „Der häufig-

[27]Die Mossi z. B., die im heutigen Burkina Faso leben, glauben, daß jedes Kind, welches geboren wird, bereits in einer anderen Welt lebte. Er wird durch die Geburt eingeladen, sich diesen Ort anzuschauen. Stirbt nun dieses Kind, hat die Mutter der anderen Welt das Kind zurückgenommen, weil man sich nicht gut genug um dieses Lebewesen gekümmert hatte, was ein Versagen der leiblichen Mutter bedeutet (BONNET 1981-82).

[28]Auch wenn die Bevölkerung Afrikas heute zum größten Teil christianisiert oder islamisiert ist, spielen die alten Glaubensvorstellungen heute noch eine große Rolle (ROSNY 1994, CALDWELL 1990).

ste Grund in vielen Regionen, Verhütungsmittel anzuwenden, ist der, daß er die Abstinenz ersetzt. Wo dieser Ersatz praktiziert wird, wird die Fruchtbarkeit nicht sinken sondern evt. steigen“. FERGUSON (1992) konnte in seiner Studie in zwei Gebieten in Kenia diesen Effekt zeigen. In beiden Gebieten lag die Fruchtbarkeit auf gleicher Höhe, trotz unterschiedlicher Anwendungsraten von modernen Methoden. Auch in Zimbabwe zeigt sich durch die Diskrepanz zwischen hoher Anwendungsrate an Verhütungsmitteln und weiterhin hoher Fertilität dieser Zusammenhang. 29% der Anwendungsrate überschnitt sich mit der Amenorrhoe post partum (ADAMCHAK und MBIZVO 1990).

Studien der letzten Jahren zeigen jedoch, daß sich die traditionellen Werte ändern. Bei steigender Bildung und vor allem in den Städten verringert sich die gewünschte Kinderzahl zwischen 0,3 und 1,5 Kinder pro Frau (WESTOFF 1991)[29]. Es gibt jedoch auch Länder wie Bangladesch oder der Bundesstaat Kerala in Indien, die sinkende Kinderzahlen durch ihre FP-Programme ohne steigende Bildung erreichen konnten. BONGAARTS und BRUCE (1995) konnten in ihrer Analyse zeigen, daß der Bedarf an Verhütungsmitteln mit dem Grad der Entwicklung eines Landes steigt.

1.4.2 Strukturelle Gründe

Analysen konnten immer wieder die Bedeutung von FP-Programmen der Regierungen auf die Akzeptanz von Verhütungsmethoden und die Fertilität zeigen (MAULDIN und BERELSON 1978, MAULDIN et al. 1995, FREEDMANN und BERELSON 1976, LAPHAM und MAULDIN 1985, CLELAND 1973, MAULDIN und ROSS 1991). Wie HERMALIN (1985) beschreibt, beeinflußt die Programmstruktur und die sozioökonomische Entwicklung eines Landes die Fertilität.

FP-Programme wurden in den meisten Ländern Afrikas erst in den letzten Jahren begonnen. Auf eine lange Tradition können lediglich Kenia, Zimbabwe und Botswana[30] zurücksehen. Auch dort, wo FP von der Regierung unterstützt wurde, hat sich die afrikanische Führungselite nie so engagiert wie die Führer in Asien. Darüber hinaus wurde von ihnen noch bis in die achtziger Jahre die Meinung vertreten, daß FP ein neo-kolonialistisches Mittel sei, um die schwarze Bevölkerung zu dezimieren (CALDWELL UND CALDWELL 1988).

Erst Ende der achtziger Jahre wurde den Regierungen im sub-saharanischen Afrika das Wachstum ihrer Bevölkerung zunehmend bewußt. Sie sahen nunmehr im Wachstum der Bevölkerung ein Problem, daß die soziale und ökonomische Entwicklung der Länder negativ beeinflußte. Auch der gesundheitliche Aspekt der FP wurde mehr und mehr beachtet (SAMBA 1992, DACKAM NGATSCHOU und SALA-DIAKANDA 1988, BOUZIDI 1990). Auf der dritten afrikanischen Bevölkerungskonferenz für Bevölkerung, Familie und nachhaltige Entwicklung 1992 wurde von den Regierungen Unterstützung bekundet, das Bevölkerungswachstum auf 2,5% im Jahr 2000 zu reduzieren (UNFPA 1992).

[29] So liegt in Kamerun in den Städten Douala und Yaounde die gewünschte Kinderzahl bei 4,9. Gegenüber Frauen ohne Schulausbildung, die noch 8,8 Kinder wünschen, liegt dies bei einer weiterführenden Schulbildung bei 4,8 Kindern (BALÉPA et al. 1991).

[30] Ländern, in denen die Fertilitätsrate sinkt (CALDWELL et al. 1992).

Differenzen im Wissensstand und den Anwendungsraten zwischen anglophonen und frankophonen Ländern zeigen die Bedeutung der Unterstützung von FP-Diensten durch die Regierungen. Der Kenntnisstand über moderne Kontrazeptiva liegt in den englischsprachigen Ländern südlich der Sahara zwischen 68% in Liberia und 97,8% in Zimbabwe und in den frankophonen zwischen 28,6% in Mali und 81,4% in Togo[31] (RUTENBERG et al. 1991).

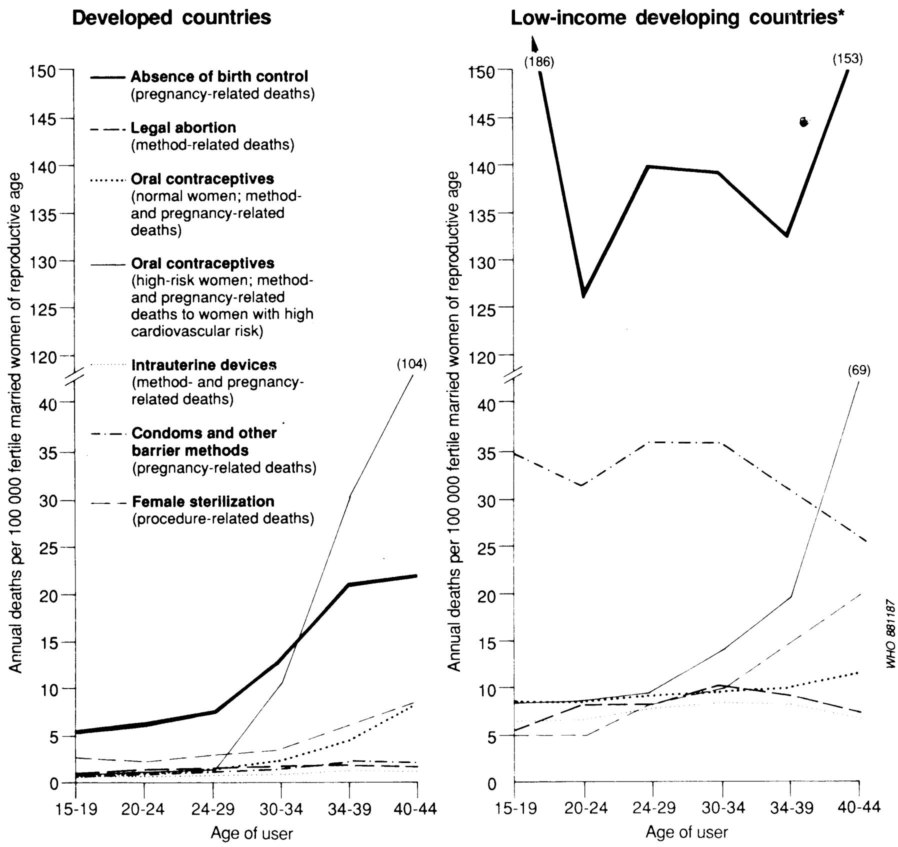
Analog zum Wissensstand über moderne Verhütungsmittel unterscheidet sich auch die Rate von Frauen, die bereits einmal moderne Verhütungsmittel angewandt haben. Die Zahlen liegen in den englischsprachigen Ländern zwischen 7% in Uganda und 63% in Zimbabwe und in den frankophonen Ländern zwischen 2,3% in Burundi und 10,1% in Togo (RUTENBERG et al. 1991).

[31]Das Wissen über moderne Verhütungsmittel ist unabhängig vom Alter und der Zahl der Kinder, aber insbesondere in Afrika südlich der Sahara höher im städtischen Bereich und bei höherer Bildung (RUTENBERG et al. 1991, MCGINN 1989).

2 Die verschiedenen Verhütungsmethoden

Die verschiedenen Verhütungsmittel verdienen im Zusammenhang mit der Verschreibung in den Ländern der Dritten Welt eine besondere Risikobewertung. Die natürlichen Methoden, da sie keine methodenspezifischen Nebenwirkungen haben, gelten für die industrialisierten Länder als die medizinisch ungefährlichste Methode.

Abb. 2: Geschätzte jährliche Todesrate aufgrund von Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung, Nutzung der Verhütungsmethoden und ungewollte Schwangerschaften durch Versagen der Methoden (aus ROYSTON und ARMSTRONG 1989 p206).



* Länder mit einem Bruttosozialprodukt unter 410 US$ und mit einer Müttersterblichkeit von 350 auf 100 000 Lebendgeburten.

Für die Länder der Dritten Welt jedoch sind sie aufgrund der hohen Versagerquoten die gesundheitlich bedenklichsten, da eine ungewollte Schwangerschaft für die Frauen ein hohes Gesundheitsrisiko darstellt. Selbst eine Frau, die ein hohes Risiko trägt, raucht und über 40 Jahre als ist, hat ein Drittel des Sterblichkeitsrisiko im Vergleich zum Risiko einer ungewollten Schwangerschaft (ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

Tab. 1: Versagensquote der Verhütungsmethoden (Pearl-Index)[32]

	theoretisch	tatsächlich
Pille	0,5	1-8
Injizierbare	0,25	1
Spirale	1-3	1-5
Kondom	1-2	3-15
Spermizide	3-5	10-25
Norplant	0,3	0,3
natürliche Methoden	2-5	10-30
Sterilisation	0,05	0,2-1

Quelle: WHO 1989b

Selbst unter dieser Risikobewertung bleiben jedoch die gleichen absoluten Kontraindikationen bei der Verschreibung der Pille bestehen, wie sie in den industrialisierten Ländern gelten. Auch hier wurden in den letzten Jahren Diskussionen geführt, inwieweit einigen Kontraindikationen bei den niedrig dosierten oralen Verhütungsmethoden noch beachtet werden sollten.

2.1 Risikobewertung der verschiedenen Methoden

2.1.1 Die Pille

In den FP-Zentren in Kamerun werden verschiedene **orale Ovulationshemmer** angeboten, welche alle 100 CFA (ca. 30 Pfennig) kosten. Das am häufigsten verwendete orale Kontrazeptivum ist Lofemenal®, ein niedrig dosiertes Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparat. Daneben gibt es eine reine Gestagenpille, Ovrette®, und verschiedene andere, darunter auch Stufenpräparate.

Die kontrazeptive Wirkung setzt am physiologischen Ablauf der Eireifung und des Eisprungs an. Die kontrazeptive Sicherheit kommt bei den niedrig-dosierten Präparaten vor allem durch die Kombination von Östrogenen und Gestagenen zustande. Neben dem ovulationshemmenden Effekt wird der Zervixschleim verändert, der Transport durch die Tube gestört und das Endometrium nur suboptimal aufgebaut.

Reine Gestagenpräparate, die auf oralem oder parenteralem Weg genommen werden können, wirken, abgesehen von Depot-Medroxyprogesteron-Acetat (Depo-Provera®), nicht durch eine Ovulationshemmung. Es kommt zum Verlust bzw. zur Herabsetzung der Spinnbarkeit, zur Erhöhung der Viskosität und zur Verringe-

[32] Die Angaben zur Sicherheit der verschiedenen Verhütungsmittel basieren auf dem Pearl-Index, der als Rate an ungewollten Schwangerschaften auf 100 Frauenjahre ausgedrückt wird. Große Unterschiede bestehen zum Teil in den tatsächlichen Versagensquoten, in Abhängigkeit von der Motivation und der soziokulturellen Umgebung. Günstige Werte erhält man nur, wenn an die Compliance der Frauen hohe Ansprüche gestellt werden und Schwangerschaften bei vorübergehendem Absetzen der Medikation nicht mitgezählt werden (HAMMERSTEIN 1984). So zeigte sich zum Beispiel, daß die Pille eine niedrigere Versagensquote aufwies wenn Frauen sie zum Limitieren der Kinderzahl nutzten, als um den Abstand

rung der Menge des Zervixschleimes (TAUBERT und KUHL 1995, TEICHMANN 1996). Bei einer Dauerbehandlung mit Depot-Präparaten kann die Blutung durch eine gestageninduzierte Endometriumatrophie ausbleiben (WHO 1990).

Nebenwirkungen und Kontraindikationen der oralen Kontrazeptiva

Bei der Verschreibung der oralen Kontrazeptiva sind eine Reihe von Nebenwirkungen und Kontraindikationen zu beachten. Ein **erhöhter Blutdruck** gilt allgemein als Kontraindikation. Eine kombinierte Einnahme eines Östrogen-Gestagengemisches bei gesunden Frauen bewirkt keine oder nur eine geringe Erhöhung des Blutdruckes[33] (TAUBERT und KUHL 1995). Anders verhält es sich jedoch bei einer Neigung zu erhöhten Blutdruckwerten. In den achtziger Jahren war dieser Zusammenhang Gegenstand verschiedener Studien. So entwickelten nach KANNAL (1979) 2,6 mal so viele Anwenderinnen der Pille eine Hypertonie wie Nichtanwenderinnen bei entsprechender Disposition. Obgleich die Hypertonie klassisch zu den Kontraindikationen für die Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva gehört, können niedrig dosierte- und Gestagenpräparate bei leichten Hypertonien bis 160/95 nach TEICHMANN (1996) genommen werden. Auch TAUBERT und KUHL (1995) sehen eine gut eingestellte Hypertonie nicht als Kontraindikation, sofern die Patientin sorgfältig überwacht wird.

Wichtig sind auch die Veränderungen auf die Blutgerinnung[34]. Die Häufigkeit einer tiefen **Beinvenenthrombose** korreliert positiv mit der Östrogendosis (DRIFE 1989, BONNAR 1987, GERSTMAN et al. 1991, MEADE 1982). Untersuchungen zeigten, daß das Risiko einer tiefen Beinvenenthrombose unter Anwenderinnen von Präparaten mit einer Östrogendosis von 50µg um das siebenfache erhöht ist (TAUBERT und KUHL 1995). Die Gefahr einer tiefen thromboembolischen Erkrankung läßt sich durch Nutzung der neueren, niedrig dosierten Präparate eindeutig verringern (GERSTMAN et al. 1991)[35].

In älteren Studien wurde das relative Risiko einer thromboembolischen Komplikation auf zwischen 11:1 und 2:1 mit einem absoluten Risiko von zwischen 3-6 auf 10.000 Anwenderinnen beziffert (DRIFE 1989). Neuere Studien mit niedrig dosierten Kombinationspräparate zeigen ein wesentlich geringeres Risiko von unter 5 auf 100.000 (JICK et al. 1995). Eine Studie der WHO (1995) errechnet unter 1143 Anwenderinnen der Pille in einer Fall-Kontroll-Studie ein erhöhtes Risiko mit einer Odds Ration von 4,15 in Europa und 3,25 in Entwicklungsländern. Eine Thrombose in der Anamnese, die nicht durch eine Immobilisierung hinreichend geklärt werden konnte, gilt somit als Kontraindikation, nicht jedoch eine oberflächliche oder eine Varikosis (TEICHMANN 1996, RABE 1990, DIETZ und BRANDRUP-LUKANOW 1993).

---

zwischen zwei Geburten zu verlängern. In Entwicklungsländern bietet die Spirale oft eine höhere Sicherheit als die Pille, während dies in Industrienationen umgekehrt ist (SIVIN 1979, MORENO und GOLDMAN 1991, JEJEEBHOY 1991).

[33]Untersuchungen zeigten eine Erhöhung des systolischen Wertes von durchschnittlich 5mmHg und diastolisch 2-3mmHg, wodurch meist aber keine pathologischen Werte erreicht werden.

[34]Kombinationspräparate fördern das Gerinnungspotential, den Verbrauch von Faktoren der Gerinnung, die Fibrinolyse und die Bildung von Thromben und bewirken zudem eine Verlangsamung des Blutflusses und Veränderung der Fließeigenschaften und der Funktion der Venenwand. Dadurch wird die Entstehung einer Thrombose begünstigt (TEICHMANN 1996, KANNEL 1979).

[35]Aber auch die Gestagene sind verantwortlich für die reologischen Unterschiede verschiedener Präparate (ERNST et al. 1989). JICK et al. (1995) konnte für Präparate, in denen Gestagene der Dritten Generation Anwendung fanden, ein erhöhtes Risiko für tiefe thrombo-embolische Komplikationen aufzeigen.

Östrogene und Gestagene können auf den **Glukosestoffwechsel** wirken. KANNEL (1979) spricht noch von 15-20% pathologischen Werten, während nach TEICHMANN (1996) bei niedrig dosierten Ovulationshemmern eine Verschlechterung der Glukosetoleranz kaum noch meßbar ist und bei manifestem Diabetes durch Anpassung der Insulindosis kompensiert werden kann. Bei der niedrigen Prävalenz des Diabetes ist diese Kontraindikation für die meisten Länder der Dritten Welt wenig relevant.

Inwieweit es zu einer **Arteriosklerose** und damit unter Umständen zu einem **Herzinfarkt** unter Einnahme von hormonalen Kontrazeptiva kommen kann, ist umstritten. Nach VESSEY (1977) ist die Anwendung von oralen Kontrazeptiva mit einem erhöhten Risiko für einen Tod aus kardiovaskulären Gründen verbunden[36]. Nach CROFT und HANNAFORD (1989) erhöht sich das Herzinfarktrisiko bei Einnahme von hormonalen Kontrazeptiva nur beim gleichzeitigen Zigarettengenuß. Ein Infarkt in der Anamnese gilt als absolute Kontraindikation.

Nikotinabusus ab 35 Jahren ist eine Kontraindikation für die Einnahme von oralen Kontrazeptiva. Der Nikotinabusus korreliert positiv mit den arteriellen und venösen Komplikationen (Myokardinfarkt, Subarachnoidalblutung und hämorrhagischer Insult) unter Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva und erhöht somit das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (DRIFE 1989)[37].
Im allgemeinen wird eine **Altersgrenze von 35** angenommen, oberhalb derer bei Zigarettengenuß die Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva nicht mehr vertretbar ist. Von Teichmann (1996) wird aber vielmehr die Dauer und Intensität der Einwirkung der Noxe betont, so daß auch unterhalb dieser Altersgrenze unvertretbare Risiken auftreten können.

Die bedeutendste unerwünschte, aber harmlose Nebenwirkung unter der Einnahme von hormonalen Kontrazeptiva ist die **Blutungsstörung.** Es treten geringe Schmierblutungen aber auch Durchbruchblutungen auf, deren Häufigkeit aber bei längerer Einnahme auf unter 10% abnimmt (DROEGEMUELLER et al. 1989, TAUBERT und KUHL 1995). Bei den niedrig-dosierten Ovulationshemmern treten Blutungsstörungen häufiger auf (PRESTON 1972, EDGREEN 1989). Eine Amenorrhoe tritt bei ungefähr 3% der Anwenderinnen im ersten Jahr auf (HILLARD 1989).

Bekannt ist eine erhöhte Rate an **genitalen Infektionen** (vor allem Mykosen und Chlamydien), während die Inzidenz von endometrialen, tubaren und pelvinen Infektionen etwa halbiert ist. Der Effekt der niedrigeren Rate an Infektionen der inneren Geschlechtsorgane könnte unter Umständen durch den zäheren Zervixschleim bedingt sein, der für Bakterien weniger leicht penetrierbar ist (DRIFE 1989, TAUBERT und KUHL 1995)[38].

---

[36]Bei näherer Aufschlüsselung zeigt sich jedoch, daß in der Gruppe der von ihm observierten Todesfälle viele Raucherinnen waren.
[37]Nach einer Studie von CROFT und HANNAFORD (1989) liegt das relative Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, bei Frauen, die die Pille nehmen und rauchen, bei 20.8, während sich das Risiko nur durch die Einnahme von Hormonen nicht erhöht.
[38]Eine Studie von ARAL (1987) zeigt jedoch eine leicht höhere Sterilitätsrate im Vergleich von Anwenderinnen des IUD zu Anwenderinnen der Pille, die den Schutz vor Infektionen in Zweifel zieht. Auch NSOFOR et al. (1990) konnten bei Untersuchungen in einer FP-Klinik in Nigeria eine höhere Inzidenz an Mykoplasmen im Zervikalabstrich bei Frauen, die die

Kopfschmerzen als Nebenwirkung der oralen Kontrazeptiva ließen sich nicht bestätigen (GOLDZIEHER 1971, TAUBERT und KUHL 1995). Demgegenüber ist eine erstmalig während der Einnahme von Ovulationshemmern aufgetretene Migräne ein Hinweis auf drohende zerebrovaskuläre Komplikationen und sollte somit zum Absetzen führen (TEICHMANN 1996, DIETZ und BRANDRUP-LUKANOW). Bereits in den siebziger Jahren war die Problematik der Nebenwirkungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Gewichtszunahme Gegenstand verschiedener Untersuchungen. Nach einer älteren Studie von PRESTON (1972) kommen die Nebenwirkungen bei Einnahme der niedrig-dosierten Präparate seltener vor. Auch AZNAR-RAMOS et al. (1969) zeigte in einer Studie mit Placebos, daß die Nebenwirkungen wie herabgesetzte Libido, Kopfschmerzen, Müdigkeit u. a. unter mit Placebos statt Hormonen behandelten Frauen ebenso häufig auftreten, wie sie in der Literatur bei Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva beschrieben werden.

Eine weitere Nebenwirkung, die mit der Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva in Zusammenhang gebracht wird, ist die **Gewichtszunahme**.[39] Etwa 10% der Frauen nehmen in den ersten Monaten nach Beginn der Einnahme von Ovulationshemmern um 3kg oder mehr zu. Es ist jedoch nicht geklärt, ob diese Gewichtszunahme tatsächlich durch Hormone bedingt ist oder ob andere Faktoren entscheidend sind (TAUBERT und KUHL 1995). GOLDZIEHER et al. (1971) konnte in einer Plazebo-kontrollierten Doppel-Blind-Studie jedoch nachweisen, daß eine Gewichtszunahme in der mit Placebo behandelten Gruppe sogar häufiger zu beobachten war. TAUBERT und KUHL (1995) gehen davon aus, daß, abgesehen von wenigen Fällen einer individuellen Disposition zu Ödemen, die Gewichtszunahme durch eine nennenswerte Steigerung des Appetits und eine erhöhte Kalorienzufuhr zustande kommt.

Einige Studien verneinten eine Erhöhung der **Mehrlingschwangerschaften** bei Anwendung von hormonaler Kontrazeption, während andere eine Erhöhung der Anzahl monozygoter Zwillinge innerhalb einiger Monate nach Absetzen der Pille ermitteln konnten (BRACKEN 1979, ROTHMAN 1977). Insgesamt ließ sich die Vermutung, daß es nach Absetzen der Pille vermehrt zu Mehrlingen kommt, weder klar bestätigen noch widerlegen. Auch konnte nicht bestätigt werden, daß es bei unter Einnahme von oralen Kontrazeptiva eingetretenen Schwangerschaften zu einer erhöhten Rate an Fehlbildungen kommt. (TAUBERT und KUHL 1995).

Ovulationshemmer und Neoplasien

Obwohl zahlreiche Studien vorliegen, die klar zeigen, daß auch eine langjährige Einnahme von oralen Kontrazeptiva nicht zu einer Steigerung des Krebsrisikos führt, ist die Angst unter der Bevölkerung immer noch hoch. Die Furcht vor negativen Konsequenzen bei der Einnahme von Ovulationshemmern ist unter den Anwenderinnen weit verbreitet, und ungefähr ein Viertel der Frauen nennt Krebs als potentielles Risiko (HILLARD 1989).

Pille nahmen im Gegensatz zu IUD-Anwenderinnen, feststellen. Da bei Anwenderinnen der Pille eine erhöhte Inzidenz an HIV-positiven Frauen gefunden wurde, wurde auch ein begünstigender Effekt diskutiert, der aber nach AMSTEY (1990) durch das Nichtanwenden von Kondomen als Infektionsschutz unter diesen Frauen zustande kommt.

Jahrelang war insbesondere die Frage, ob sich unter Einnahme von hormonalen Kontrazeptiva das Brustkrebsrisiko erhöht, Anlaß zu Kontoversen. Insgesamt läßt sich nach TEICHMANN (1996) bisher in keiner Kohortenstudie eine positive Relation zwischen Inzidenz des Mammakarzinoms und Einnahme von oralen Kontrazeptiva aufzeigen (HAMMERSTEIN 1987, ETREBY et al. 1979, KIRK 1979).

Nach Studien von HANKINSON et al. (1992) und HAMMERSTEIN (1987) kann die Rate an bösartigen Ovarialtumoren durch die Einnahme von oralen Kontrazeptiva um etwa die Hälfte gesenkt werden. Der Schutzeffekt korreliert mit der Einnahmedauer und bleibt auch über diesen Zeitraum erhalten (TAUBERT und KUHL 1995, HUGGINS und ZUCKER 1987). Für die neueren niedrig-dosierten oralen Kontrazeptiva ist dieser protektive Effekt jedoch noch nicht nachgewiesen (GOLDZIEHER 1994).

Das Zervixkarzinom ist das häufigste Karzinom der Genitalorgane, insbesondere in Entwicklungsländern. Für dieses gilt, daß sich in der Gruppe der Anwenderinnen von hormonellen Kontrazeptiva gehäuft Zervixkarzinome finden lassen (VESSEY et al. 1982, HUGGINS und ZUCKER 1987). Das Risiko scheint um so höher, je länger orale Kontrazeptiva angewendet werden. Dennoch werden diese Ergebnisse in Zweifel gezogen, da das Auftreten des Zervixkarzinoms stark vom Sexualverhalten und sexuell übertragbaren Erkrankungen abhängt. Frauen, die die Pille nehmen, weisen ein aktiveres Sexualleben auf. Die erhöhte Inzidenz könnte aber auch auf den Umstand zurückzuführen sein, daß sich in dieser Gruppe vermehrt Raucherinnen und Trägerinnen genitaler Infektionen mit den humanen Papillomaviren finden, zwei Einflußfaktoren, die ätiologisch von Bedeutung für die Entstehung des Zervixkarzinoms sind (SIVIN 1979. TAUBERT und KUHL 1995). Im Prinzip können Zervixkarzinome durch die regelmäßige Krebsvorsorge frühzeitig entdeckt werden und damit die manifesten Erkrankungen häufig verhindert werden (TEICHMANN 1996). Diese Vorsorgeuntersuchung ist jedoch in den FP-Diensten in den meisten Entwicklungsländern aus finanziellen Gründen nicht durchführbar.

Sehr selten sind Leberzellkarzinome. Alkoholismus, Hepatitiden und toxische Substanzen gelten als wesentliche Risikofaktoren. Die Inzidenz läßt sich in Populationen mit niedriger Inzidenz durch hormonelle Kontrazeptiva steigern, nach Studien jedoch nicht in Populationen mit hoher Inzidenz (TEICHMANN 1996, HUGGINS und ZUCKER 1987, KENYA 1990).

Wichtig bei Anwendung von oralen Verhütungsmitteln ist die Interaktion mit anderen Arzneimitteln. Besondere Relevanz für Entwicklungsländer haben Tuberkulostatika und Malariamittel. Bekannt ist, daß Rifampicin über eine Enzyminduktion am Cytochrom P450 die Wirkung hormoneller Kontrazeptiva herabsetzt (TEICHMANN 1996). Außer Rifampicin wird die Wirksamkeit durch andere Tuberkulostatika, Ampicillin, Malariamittel oder Metronidazol nicht beeinflußt (JOSHI et al. 1980a, JOSHI et al. 1980b, BACK et al. 1980).

2.1.2 Gestagenpräparate

Gestagenpräparate stehen in oraler Form als sogenannte Minipille, in Depotform Noristerat® (Noritheronenanthat) und Depo-Provera® (Depot-Medroxyprogesteron) und als Implantat, dem Norplant®, (Levonorgestrel) zur Verfügung.

Das Noristerat® wird alle zwei Monate injiziert, das Depo-Provera® alle drei Monate und das Implantat Norplant® hat eine Wirkungszeit von bis zu fünf Jahren.

Die oralen Gestagenpräparate kosten in Kamerun wie die Kombinationspräparate 100 CFA pro Zyklus (30 Pf.). Die Injizierbaren werden für 570 CFA bis 700 CFA (ca. 1,50 DM bis 2DM) inklusive Einweginjektionsnadel und -spritze von den Apotheken ausgegeben. Das Implantat Norplant® kostet für fünf Jahre 5000 CFA (15 DM), hinzu kommen sterile Handschuhe für das Einsetzen der Präparates.

Gestagenmonopräparate gewährleisten mit Ausnahme des Depo-Provera keine sichere Ovulationshemmung. Sie wirken in der Regel über periphere Effekte wie Veränderung des Zervixschleimes mit Viskositätssteigerung, wodurch die Penetrierbarkeit des Schleims für die Spermien reduziert wird (MARTINEZ-MANAUTOU et al. 1967, WHO 1990.)

Eine besondere Rolle spielen die Injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva in vielen Entwicklungsländern. Dort gehören sie unverzichtbar zum Methodenmix, der jeder Frau ein für ihre Situation möglichst optimales Verhütungsmittel bereitstellen soll. Der Vorteil der Injizierbaren liegt vor allem in der nur 2- oder 3-monatigen Anwendungsweise, wodurch die regelmäßige tägliche Einnahme entfällt und eine heimliche Anwendungsweise ermöglicht wird. Die Gestagenpräparate sind zudem für stillende Mütter ein geeignetes Kontrazeptivum. Ein negativer Effekt auf das gestillte Kind hat sich bisher nicht gezeigt (WHO 1990)[40] und die Quantität wird nicht verringert. Darüber hinaus bestehen keine für die kombinierten oralen Kontrazeptiva typischen Kontraindikationen wie Bluthochdruck oder thromboembolische Komplikationen in der Anamnese. In vielen Ländern sind sie ein sehr populäres Kontrazeptivum aufgrund der einfachen Anwendungsweise.

Als Vorteil wird von der WHO (1990) der positive Effekt auf die in Entwicklungsländern weit verbreitete Anämie durch die oft eintretende Amenorrhoe hervorgehoben.

Die verschiedenen Stoffwechselveränderungen, Fettstoffwechsel, Kohlenhydratstoffwechsel, Hämostasesystem und Blutdruckregulation, wie sie für die Kombinationspräparate beschrieben werden, sind bei Anwendung von reinen Gestagenpräparaten wesentlich geringer ausgeprägt. Es konnten keine Änderungen des systolischen oder diastolischen Blutdruckes unter Anwendung von Gestagenpräparaten nachgewiesen werden (FORTHERBY 1989).

Inwieweit das Risiko einer Krebserkrankung durch die Anwendung von reinen Gestagenpräparaten erhöht ist, läßt sich nicht abschließend beurteilen, da keine ausreichenden Daten in der Literatur vorliegen. Es zeigt sich aber bisher kein Anhalt für einen negativen Einfluß (WHO 1990).

[40] Die Konzentration der in die Milch übergegangenen Gestagene ist zu gering, um im kindlichen Organismus wirken zu können, und in Untersuchungen konnte im Blut gestillter Kinder bisher kein Gestagen nachgewiesen werden (FORTHERBY 1989).

Die wichtigsten Nebenwirkungen bei der Anwendung von reinen Gestagenpräparaten sind die Blutungsstörungen. Bei fast der Hälfte der Anwenderinnen treten diese auf. Meist handelt es sich um kurz dauernde Zwischenblutungen oder Spotting; Verlängerung der Menstruationsblutung und längeranhaltende Zwischenblutungen sind eher selten (FRASER 1989). Die Amenorrhoerate ist bei Depot-Gestagenen und den Implantaten gegenüber den oralen reinen Gestagenpräparaten erhöht. Sie beträgt bei oralen Gestagenpräparaten zwischen 3% und 15% und bei zweijähriger Anwendung von Depo-Provera sogar etwa 50% (FORTHERBY 1989, WHO 1990). Die höhere Amenorrhoerate unter Depo-Provera bringt mehr Frauen zum Abbruch der Anwendung als dies bei Noristerat-Anwenderinnen der Fall ist (WHO 1986). Eine wichtige Nebenwirkung, die mit der Klientin in jedem Falle besprochen werden muß, ist die verspätete Rückkehr der Fertilität. Nach Anwendung von Depot-Provera werden Frauen im Durchschnitt erst 5,5 Monate nach Beendigung der Wirkung des Kontrazeptivums schwanger (WHO 1990)[41].

2.1.3 Norplant®

Norplant® besteht aus 6 länglichen flexiblen Silastic-Kapseln, die kristallines Levonorgestrel enthalten. Sie werden in den Oberarm der Frau subdermal implantiert und wirken ca. 5 Jahre zuverlässig. Das Produkt ist seit 1987 in Schweden, Finnland, den USA und einigen Ländern der Dritten Welt zugelassen (TAUBERT und KUHL 1995, SUJUAN et al. 1995).

Die Wirkungsweise des Norplant® ist komplex, und man nimmt an, daß es über eine Störung der Follikelreifung wirkt. Teilweise wird eine Ovulation verhindert, und in vielen Fällen findet man auch persistierende Follikel durch Erniedrigung des präovulatorischen LH-Gipfels.
Unter Lokalanästhesie werden die Hülsen mittels eines Trokars unter die Haut der Innenseite des Ober- oder Unterarmes plaziert. Die Infektionsrate wird mit unter 1% angegeben.
Der Vorteil der Methode ist die lange Wirkdauer. Eine täglich Einnahme und ein tägliches Erinnern an die Einnahme ist nicht notwendig. Studien zeigen eine relativ hohe Kontinuität der Anwendung über 86% und eine hohe Zufriedenheit mit dem Präparat (NOERPRAMANA 1995, MARTEY et al. 1995, SIHKO et al. 1995, HASSAN et al. 1992, BERENSON und WIEMANN 1993). Nebenwirkungen wurden von den Frauen, verglichen mit anderen Methoden wie Pille oder Spirale, seltener empfunden.

Nachteil der Methode sind die ausgeprägten Zyklusstörungen. Blutungsstörungen werden von zwischen 5,2% und 23% der Anwenderinnen angegeben, in den USA unter Jugendlichen aber sogar von 71% der Anwenderinnen (NOERPRAMANA 1995, KASULE et al. 1992, MARTEY et al. 1995, BERENSON und WIEMANN 1995, DATEY et al. 1995.
Nach einigen Monaten der Anwendung werden die Unregelmäßigkeiten durch die Amenorrhoe bei bis zu 60% der Anwenderinnen abgelöst (TAUBERT und KUHL 1995, KASULE et al. 1992). Die Fertilität ist rasch nach Entfernen des Norplant wiederhergestellt, und 50% der Frauen werden innerhalb der ersten 3 Monate schwan-

[41] Auch unter Anwenderinnen von oralen Kontrazeptiva tritt eine leicht verspätete Rückkehr der normalen Fertilität ein. Im Durchschnitt vergehen nach Absetzen der Pille 6 Zyklen, bis die Frau schwanger ist, während bei anderen Verhütungsmitteln nur 3,6 Zyklen vergehen (TAUBERT und KUHL 1995).

ger. Blutdruck und Gewicht ändern sich unter der Anwendung von Norplant nicht (NOERPRAMANA 1995, MARTEY et al. 1995).

2.1.4 Die natürlichen Methoden

Zu den natürlichen Methoden gehören die postpartale Abstinenz und die periodische Enthaltsamkeit. Die Abstinenz nach der Geburt eines Kindes ist eine sehr verbreitete Verhütungsmethode[42].

Viele Jahrhunderte haben sich die Gelehrten über die fruchtbaren Tage der Frauen getäuscht. So riet *Soranus,* der bekannte griechische Gynäkologe des 2. Jahrhunderts nach Christus, zur Enthaltsamkeit vor und nach der Regelblutung (ASBELL 1996). Die zeitliche Einordnung der Ovulation gelang dem Japaner *Ogino* als erstem (OGINO 1932), und aufgrund von Untersuchungen von KNAUS (1933) hat die Methode der periodischen Enthaltsamkeit ihre Publizität gefunden.

Die **Temperaturmethode** basiert auf dem thermogenetischen Effekt des Progesterons, wodurch die morgendliche Aufwachtemperatur in der zweiten Zyklushälfte um ca. 0,5 °C erhöht ist. Die Methode weist eine Versagerquote von nur einer ungewollten Schwangerschaft auf 100 Anwendungsjahre auf, wenn Geschlechtsverkehr nur in der sicher unfruchtbaren prämenstruellen Phase stattfindet (TEICHMANN 1996, RÖTZER 1968, DÖRING 1967).
Die **Billings-Methode** geht auf den gleichnamigen australischen Arzt zurück, der die Beobachtung des Zervixschleimes als eine alleinige Methode zur Bestimmung der Ovulation empfahl. An den fruchtbaren Tagen liegt ein verflüssigter Schleim vor, der nach der Ovulation sich in einer typischen Weise zu einem zähen Schleim verändert. Die Methode wird in puncto Sicherheit von verschiedenen Autoren sehr unterschiedlich bewertet, zwischen einem Pearl-Index von 1,4 von Billings selbst und 32,1 in anderen Quellen (TEICHMANN 1996). Studien der WHO in Salvador, Indien und einigen anderen Ländern haben eine Versagensquote von 22 auf 100 Anwendungsjahre gezeigt (WHO 1989). Die Kombination der Temperaturmethode mit der Selbstbeobachtung des Schleims (**symptothermale Methode**) führt zu einer Sicherheit von 0,7 auf 100 Anwendungsjahre (RÖTZER 1968).

Studien der WHO haben gezeigt, daß die verschiedenen Methoden auch von Frauen mit mangelhafter Schulbildung angewendet werden können, wenn sie qualifiziert genug angeleitet werden. Dadurch ist diese Methode letztendlich aber nicht kostenlos, da genügend ausgebildetes Personal zur Anleitung der Anwender ausgebildet und bezahlt werden muß. Wichtig für die Etablierung der natürlichen Methoden der FP ist zum einen, daß sie

[42] In traditionellen Kulturen in den verschiedenen Kontinenten waren Abstinenzzeiten von bis zu 2 Jahren nach der Geburt üblich. Daneben gab es auch andere Regelungen in bezug auf Abstinenz. In Ruanda ist der Monat Mai traditionell ein Monat der Enthaltsamkeit. Auch nach dem Tod eines Elternteiles sind Abstinenzzeiten von bis zu zwei Monaten einzuhalten (GÖRGEN 1985). Bei den Massai in Ostafrika war es Sitte, daß die Frau in einer bestimmten Jahreszeit schwanger wurde, wenn ein bestimmter Baum Früchte trug (HIMES 1963).

kulturell akzeptiert sind, und zum anderen die genügende Ausbildung des Personals [43](WHO 1989, DIETZ und BRANDRUP-LUKANOW).

2.1.5 Die Barrieremethoden

Barrieremethoden wurden zusammen mit verschiedenen chemischen Zubereitungen seit dem Altertum zur Kontrazeption genutzt. Die Weiterentwicklung der Pharmazeutik brachte neue Substanzen auf den Markt. So beschrieb *Rendell*, ein englischer Pharmazeut, 1880 den spermiziden Charakter des Chinins[44] (NETTER UND ROZENBAUM UND ROZEMBAUM 1985). Später wurde von *Marie Stopes* die Nutzung des Chinins zusammen mit Portiokappen empfohlen.

Erste, der heutigen Verwendung entsprechende Beschreibungen des Kondoms, findet man bei *Fallope* 1564. Als Mittel gegen Ansteckung durch Geschlechtskrankheiten wurde das Kondom vor allem in England im 17. Jahrhundert zunehmend bekannt[45]. Die ersten industriell hergestellten Kondome wurden in England auf den Markt gebracht (ROBERTSON 1990, NETTER und ROZENBAUM 1985, ASBELL 1996).

Die Barrieremethoden gelten als sehr sichere Methoden im Hinblick auf Nebenwirkungen und haben ihren Platz im Methodenmix insbesondere auch für Frauen und Männer, die eher unregelmäßig und selten Gelegenheit zu Geschlechtsverkehr haben (CONNELL 1979). Zudem hat insbesondere die AIDS-Pandemie die Bedeutung des Kondoms, aber auch der spermiziden Substanzen, wieder gestärkt (NIEBUHR 1994).

Die sich im Handel befindenden **chemischen Verhütungsmittel** basieren auf den Stoffen Oktoxinol und Nonoxinol. Sie werden als Tabletten, Zäpfchen, Cremes und Ovula angeboten und müssen zwischen 2-15 Minuten vor dem Geschlechtsverkehr in die Scheide eingeführt werden. Als Nebenwirkung müssen lokale Reizungen, in seltenen Fällen Kolpitiden, beachtet werden. Diskutiert wurde bei Anwendung von chemischen Methoden eine erhöhte Teratogenität, die sich jedoch widerlegen ließ (BRACKEN 1985). Eine höhere Sicherheit der Methode wird durch die gleichzeitige Anwendung von Spermiziden und Kondomen erreicht (DINGLE et TIETZE 1963). Diskutiert wird ein gewisser Infektionsschutz (ELIAS und HEISE 1993). In einer Studie von BARBONE et al. (1990) zeigte sich eine geringere Prävalenz, die aber nicht statistisch signifikant war, an Infektionen mit Trichomonaden und bakteriellen Vaginosen in der Gruppe der Anwenderinnen von Spermiziden.

In Kamerun wird die kombinierte Anwendung mit Kondomen empfohlen, das Diaphragma ist nicht im Handel. Das Spermizid Nonoxinol wird in Tablettenform angeboten.

---

[43] Das Personal muß jedoch nicht nur gut genug ausgebildet sein, es muß die Methode mit ihren Vorzügen auch akzeptieren.

[44]Anti-Malariamittel in Tablettenform werden auch heute noch als Verhütungsmittel von Frauen verwendet (siehe S.129)

[45] Auch von *Casanova* ist bekannt, daß er das Kondom als Verhütungsmittel und zum Schutz vor Geschlechtskrankheiten benutzte. Gefürchtet war damals vor allem die Syphilis, die weit verbreitet war.

Das Kondom als Mittel der Empfängnisverhütung und zum Schutz vor Geschlechtskrankheiten hat durch die HIV-Pandemie eine ungeahnte Renaissance erlebt. Neben dem Schutz vor HIV und anderen Geschlechtskrankheiten wurde als Vorteil auch die Senkung des Risikos der Zervixdysplasie erkannt (TEICHMANN 1996). Ein großes Problem in Entwicklungsländern ist die regelgerechte Lagerhaltung. Aufgrund des tropischen Klimas und der UV-Bestrahlung zerreißen die Kondome häufiger während des Gebrauches. Bis zu 30% der Anwender berichten von während des Verkehrs gerissenen Kondomen, und auch Tests konnten geringere Festigkeit nach einer Lagerung über 40 Monate im tropischen Klima belegen (FREE 1986).

2.1.6 Das Intrauterinpessar

Erste Hinweise auf intrauterine Verhütungsmittel gibt es von Kameltreibern, die kleine Kieselsteine in den Uterus ihrer Kamele einbrachten, um Schwangerschaften zu verhindern. Im 19. Jahrhundert wurden von verschiedenen Forschern Metallteile hergestellt, um den Muttermund zu verschließen. 1909 stellt *Richter* sein Intrauterinpessar aus chirurgischer Seide vor. Die Entdeckung der Spirale der heutigen Zeit geht auf G*rafenberg* 1929 zurück. Er stellte den sogenannten Grafenberg-Ring aus Silberdraht vor (ROBERTSON 1990, NETTER und ROZENBAUM 1985).

In Kamerun wird das Kupfer-T für 1000 CFA (ca. 3 DM) angeboten.

Heute nimmt man an, daß die Hauptwirkung der Spiralen in der Inaktivierung der Spermatozoen beruht finden ist, verursacht durch eine sterile Entzündung des Endometriums und eine erhöhte Konzentration an Kupferionen (TEICHMANN1996). Für Deutschland gilt, daß die Einlage der Spiralen Ärzten vorbehalten ist und möglichst nach einem Abstrich auf zervikale Keime und nach Papanicolaou erfolgen sollte (TECHMANN 1996). Die Spirale wird mittels eines Applikatorrohres unter aseptischen Kautelen in den Uterus eingebracht. Als Zeitpunkt der Einlage sollten die Tage der Menstruation oder 5-6 Wochen nach der Geburt gewählt werden. Die Sonographie kann anschließend genutzt werden, um eine Spiralenperforation auszuschließen[46]. Eine Kontrolle des regelrechten Sitzes sollte 6 Wochen nach Einlage und danach in halbjährlichen Abständen erfolgen (TEICHMANN 1996)[47].

Für die Länder der Dritten Welt hat sich die Einlage von Spiralen durch paramedizinisches Personal, Hebammen und Pflegepersonal, durchgesetzt. Studien zeigen, daß diese mit einer gleich hohen Sicherheit die Spirale einsetzen können (ROSENFIELD 1977). Auch die Rate an späteren Ausstoßungen ist gleich hoch, während die Kontinuität der Anwendung durch den Einsatz der Hebammen oder Krankenpfleger sogar erhöht wird (BEASLEY 1967).

Die gefürchtete Komplikation bei Anwendung der IUPs ist die aufsteigende Infektion. VESSEY et al. stellten in einer 1981 durchgeführten Studie ein 10-fach erhöhtes Infektionsrisiko fest. Auch Studien von FAULKNER

[46] In früheren Studien wurde das Risiko für eine Perforation des Fundus beim Einsetzen der Spirale auf 1:600 bis 1:1000 beziffert (MISHELL 1979). Heute wird sie von der WHO (1987) mit zwischen 0,6 und 0,9 auf 1000 angesetzt.

und ORY 1976, KAUFMANN et al. (1983), zeigten ein stark erhöhtes relatives Risiko, an aufsteigenden Infektionen des Genitaltraktes zu erkranken, auf. Das geringste Risiko besteht für die kupferhaltigen IUPs (KAUFMANN et al. 1983). Nach der WHO (1986) wurde das relative Risiko einer aufsteigenden Infektion des Genitaltraktes auf 2,3 für Entwicklungsländer geschätzt.

Spätere Studien zeigten, daß das Risiko aufgrund methodischer Fehler vermutlich überschätzt wurde (BURKMAN 1980, WHO 1987). Analysen von BUCHAN et al. (1990) ermittelten eine wesentlich geringere Risikoerhöhung von Frauen mit IUPs gegenüber Frauen, die keine kontrazeptive Methode anwenden, als ältere Studien. Auch die Annahme, daß IUP-Trägerinnen häufiger von einer subklinischen Clamydieninfektion betroffen sind, die mit einer hohen Infertilitätsrate einhergeht, konnte nicht bestätigt werden (EDELMAN 1988, TEICHMANN 1996). Die WHO (1987) geht nicht von einem erhöhten Sterilitätsrisiko für Anwenderinnen einer Spirale aus und beziffert das Risiko einer aufsteigenden Infektion in stabilen monogamen Beziehungen als gering. Es muß aber davon ausgegangen werden, daß der sozioökonomische Status und das Alter einen Einfluß auf das Infektionsrisiko haben (WHO 1987).

Nach TATUM et al. (1976) ist das Abortrisiko bei eingetretener Schwangerschaft bei liegendem IUD erhöht, besonders wenn dieses nicht entfernt wurde. Darüber hinaus findet sich bei Versagen der Methode eine erhöhte Rate für ektope Schwangerschaften (3-9%).

2.1.7 Die Sterilisation

Sterilisationen wurden bereits im alten Ägypten beschrieben[48]. Weltweit gesehen ist die Sterilisation das am häufigsten genutzte Verhütungsmittel (ROYSTON und ARMSTRONG 1989).
Die Sterilisation machte 1982 ein Drittel aller kontrazeptiven Maßnahmen aus (WHO 1986). Im Ländervergleich zeigen sich aber große Unterschiede nach Regionen. In China ist es das führende Verhütungsmittel, und auch in Indien wird es häufig genutzt, während es im afrikanischen Raum nur eine untergeordnete Rolle einnimmt (RUTENBERG et al. 1991, WHO 1992). Soziokulturelle Einflüsse bestimmen die Akzeptanz der Sterilisation, so daß sich auch in den entwickelten Ländern große Unterschiede im Prozentsatz der Anwendung zeigen, mit z.B. einer hohen Anwendungsrate in Kanada, Australien und Belgien und einer niedrigen in Frankreich und Spanien (WHO 1992).

Die Sterilisation ist in den verschiedenen Ländern unterschiedlichen Gesetzen und Regelungen unterworfen. Als rechtliche Legitimierung für die Durchführung einer Sterilisation gelten in Kamerun folgende Voraussetzungen: die Frau muß mindestens fünf lebende Kinder beiderlei Geschlechts haben, mindestens 35 Jahre alt sein, der Ehepartner muß seine schriftliche Einwilligung geben, und vor der Durchführung muß die Frau mindestens sechs Monate mit einem anderen Mittel verhütet haben. (MSP/DSFM 1994).

[47] In Kamerun sind Kontrollen einen Monat, 3 Monate und 6 Monate nach Einsetzen der Spirale vorgesehen und danach in einjährigem Abstand.
[48] Es wurden Ovarektomien durchgeführt, um ungewollte Schwangerschaften zu verhindern. Ziel dieser Operationen war es, jungen Mädchen die Mutterschaft zu ersparen, damit sie zart blieben und nicht gezeichnet wurden durch Schwangerschaft und Geburt (NETTER und ROZENBAUM 1985).

Die Methode hat eine hohe Sicherheit und ist nebenwirkungsfrei. Der Pearl-Index wird mit 0,3 Schwangerschaften auf 100 Anwendungsjahre angegeben (RABE 1990, LOFFER und PENT 1980).

Das Risiko der Sterilisation der Frau liegt in der notwendigen Operation und dem Narkoserisiko. Die Sterblichkeit wird auf 4 Todesfälle bei 100000 Sterilisationen geschätzt (PETERSON et al. 1983). Ungefähr die Hälfte der Todesfälle geht auf Narkosezwischenfälle zurück. Die Sterilisation des Mannes ist genauso sicher in bezug auf die Versagensquote und birgt ein sehr geringes gesundheitliches Risiko. Soziokulturell ist diese Methode insbesondere in Afrika aber kaum akzeptiert (WHO 1989).

2.1.8 Stillen als Verhütungsmethode

Das Stillen hatte traditionell eine Auswirkung auf die Fertilität. In Westafrika werden Kinder noch immer häufig 2 Jahre gestillt, jedoch nur noch sehr selten exklusiv mit Muttermilch[49].

Während die Vorteile des Stillens für die Entwicklung des Neugeborenen und seine Gesundheit allgemein anerkannt sind, ist die Einstellung zum Stillen als Verhütungsmittel von allgemeiner Skepsis bestimmt. Eine Expertengruppe aus Mitgliedern verschiedenster Organisationen, unter anderem der WHO und Family Health International, konnte aber in mehreren Studien die Unsicherheit der Methode widerlegen[50]. Unter gewissen Bedingungen, so KENNEDY et al. (1989), kann das Stillen somit als Verhütungsmittel gelten. Diese umfassen die Amenorrhoe während des Stillens, das ausschließliche Stillen der Mutter und den Zeitraum innerhalb der ersten sechs Monate. Unter diesen Bedingungen ermöglicht das Stillen einen über 98%igen Schutz vor erneuter Schwangerschaft. Bei einer Schwangerschaftsrate von 0,7, bei Beachtung dieser drei Kriterien, kommt das Stillen an die Sicherheit modernen Kontrazeptiva heran (KENNEDY und VISNESS 1992, ASHWORTH et al. 1988). Lokale Stillpraktiken bzw. längere Amenorrhoezeiten lassen die Methode unter Umständen aber auch länger als 6 Monate wirksam sein (WEIS 1993).
"Die Amenorrhoe während des Stillens ist eine adäquate Methode zur Regulation der Fertilität für viele Frauen, und diese Strategie sollte in die FP-Programme aufgenommen werden" (ASHWORTH et al. 1988). Das Stillen sollte somit zum Methodenmix gehören.

Die **post-koitalen Methoden** (z.B. Tetragynon®) werden in Kamerun nicht angeboten.

[49] Z. B. in Burkina Faso und der Elfenbeinküste fanden sich Werte von unter 5% auch innerhalb des ersten Lebensmonates (KONATÉ et al. 1994, SOMBO et al. 1995). Auch in Kamerun wird den Neugeborenen von den ersten Lebenstagen an meist Wasser zusätzlich angeboten.
[50] Das Risiko einer Ovulation liegt bei Frauen, die exklusiv stillen, während der ersten 6 Monate post partum bei 1.5% und bei 10% bei teilweise stillenden Müttern (GRAY et al. 1990).

3 Familienplanung und Entwicklung

3.1 Familienplanung und "Safe Motherhood"

Obwohl ‘Mutter-und-Kind-Gesundheit’ (MCH) als Teil der Gesundheitsdienste schon 1978 in Alma-Ata[51] identifiziert wurde, ist die Sicherung der Gesundheit von Frauen während Schwangerschaft und Geburt erst in den letzten Jahren ins Blickfeld der öffentlichen Diskussion gerückt.

Der gesundheitliche Stellenwert der Krankheiten und Todesfälle von Müttern ist hoch[52]. 500.000 Mütter sterben jedes Jahr, davon 99% in Entwicklungsländern. Dies bedeutet, daß jede Minute Tag für Tag eine Frau an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt stirbt. Während in den Industrienationen die Lebenserwartung der Frauen über denen der Männer liegt, ist dies in den Entwicklungsländern umgekehrt. Ein erheblicher Anteil der Todesfälle von Frauen in der reproduktiven Zeit wird durch Schwangerschaft, Geburt und insbesondere durch illegale Abtreibungen verursacht (WADDELL 1995, SADIK 1993, FATHALLA 1990, ROSENFIELD und MAINE 1985)[53]. Nach Schätzungen der WHO sterben jährlich zwischen 100.000 und 200.000 Frauen an den Folgen einer ungewollten Schwangerschaft (FATHALLA et al. 1989).

"Das herausragendste Merkmal der Gesundheit der Mütter in der heutigen Welt ist der außergewöhnliche Unterschied der mütterlichen Todesfälle zwischen Industrienationen und Entwicklungsländern" (MAHLER 1987 p 668).

Während Mutterschaft und Geburt in der Bundesrepublik zumeist ein glückliches Ereignis bedeuten, sind sie in Entwicklungsländern nicht selten eine Tragödie (ROSENFIELD und MAINE 1985). Erst die Dekade der Frauen der Vereinten Nationen (1976-1985) lenkte die Aufmerksamkeit auf die reproduktive Gesundheit. Die Konferenz "Sichere Mutterschaft" 1987 in Nairobi half, das Problem der hohen Morbidität und Mortalität von Müttern ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken. Im selben Jahre wurde die Initiative der WHO „Sichere Mutter-

---

[51]Das Ziel "Gesundheit für alle im Jahr 2000" wurde 1978 auf der Konferenz in Alma-Ata von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet. "Basis Gesundheitswesen heißt, daß essentielle Gesundheitsfürsorge überall allen Individuen und Familien zugänglich ist in den Gemeinden und akzeptabel durch deren volle Teilnahme und zu Kosten, die die Gemeinde und das Land dafür ausgeben können."
Um dieses Ziel zu erreichen, wurden 8 Basiskomponenten des Primärgesundheitswesens entwickelt, die Teil aller Gesundheitsprogramme sein sollten:
Gesundheitserziehung
Ernährungssicherung
sichere Versorgung mit Wasser und sanitäre Maßnahmen
Mutter- und Kind-Dienste inklusive FP
Immunisierung gegen die Hauptinfektionskrankheiten
Prävention und Kontrolle lokaler endemischer Krankheiten
adäquate Behandlung häufiger Erkrankungen
Versorgung mit essentiellen Medikamenten (WHO 1987).
[52]Die Müttersterblichkeit ist definiert als Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt bis 42 Tage post partum, direkt hervorgerufen oder verschlimmert durch die Schwangerschaft oder Geburt. Sie wird als Rate der Müttersterblichkeit = Zahl der mütterlichen Todesfälle auf 100.000 Lebendgeburten angegeben (TINKER und KOBLINSKY1993)

schaft“ gegründet, die grundlegende Richtlinien zur Verbesserung der Gesundheit der Frauen während der reproduktiven Lebensphase festlegte. Als Ziel wurde die Senkung der Müttersterblichkeit um die Hälfte bis zum Jahr 2000 gesetzt (STARRS 1987, TINKER und KOBLINSKY 1993).
Auch in der Bundesrepublik erhält die hohe Mütter- und Kindersterblichkeit in den Ländern der Dritten Welt durch die Arbeit von verschiedenen Gruppierungen eine steigende Aufmerksamkeit (KÜNZEL 1997, WACKER et al. 1997).

Die hohe Müttersterblichkeit "war eine vernachlässigte Tragödie; und sie wurde vernachlässigt, weil sie eine vernachlässigte Bevölkerungsgruppe betraf, mit dem geringsten Einfluß auf nationale Ressourcen; sie sind arm, eine ländliche Bevölkerung und zudem Frauen" (MAHLER 1987 p668).

Berechnungen der Müttersterblichkeit basieren auf Schätzungen, da sich gerade in Entwicklungsländern zum Teil erhebliche Schwierigkeiten zeigen, die Zahl der mütterlichen Todesfälle zu erfassen[54]. Die Daten basieren in der Regel auf Einzeluntersuchungen in Kliniken (ABOUZAHR und ROYSTON 1991). Für Afrika werden Werte zwischen z.B. 360 Todesfällen in Nordafrika und 760 in Westafrika angegeben (TINKER und KOBLINSKY 1993) [55][56]. Hohe Werte, wie wir sie heute nur noch aus Entwicklungsländern kennen, waren in Europa zwischen 1500 und 1850 zu verzeichnen (DOBBIE 1982). Ähnlich hohe mütterliche Sterbefälle zeigen sich außerhalb der Entwicklungsländer auch in religiösen Gruppen, die eine Geburtshilfe im Krankenhaus ablehnen (KAUNITZ et al. 1984).

Es lassen sich im wesentlichen fünf Ursachen für die hohe mütterliche Mortalität finden: **Blutungen, Sepsis, unsachgemäße Abtreibung, Gestose und Mißverhältnis zwischen mütterlichem Becken und Kind** (WHO 1994, CAFFREY 1979, KWAST et al. 1985, WALKER 1986, FREEDMAN und MAINE 1993, GEENWOOD et al. 1987). Nach TINKER und KOBLINSKY (1991) sind 25% der mütterlichen Todesfälle auf Blutungen, 15% auf eine Infektion, 13% auf Abtreibungen, 12% auf Bluthochdruck und 8% auf ein cephalo-pelvines Mißverhältnis zurückzuführen.

Blutungen sind die häufigste Einzelursache für mütterliche Todesfälle in Entwicklungsländern. Sie ereignen sich bei 10% bis 20% aller Geburten (WALKER 1986, HARRISON 1985). Starke antepartale Blutungen aus einer Plazenta praevia, vorzeitige Lösungen oder Uterusrupturen kommen bei werdenden Müttern über 35 und mit 4 oder mehr Geburten häufiger vor. Auch postpartale Blutungen aufgrund von Kontraktionsschwächen der Gebärmutter oder verzögerter Lösung der Gebärmutter bei Mehrgebärenden sind nicht selten und werden für

[53]Ein Viertel der Todesfälle von Frauen im Alter zwischen 15 und 44 geht auf Schwangerschaft und Geburt zurück, und diese Ursache rangiert somit in Entwicklungsländern unter den zwei oder drei führenden Todesursachen von Frauen (FORTNEY et al. 1986, WALKER 1986).
[54]Offizielle Statistiken unterschätzen oft die tatsächliche Sterblichkeit (WALKER 1986).
[55]Während in der Bundesrepublik heute um die 5,5 Todesfälle auf 100.000 Lebendgeburten fallen, liegt diese Rate in Entwicklungsländern zwischen 50 und 800 (WULF 1996, ROYSTON and ARMSTRONG 1989). Dies bedeutet ein Lebensrisiko von zwischen 1:15 und 1:50 für Frauen in Entwicklungsländern, an einer Schwangerschaft zu sterben (MAHLER 1987). Für Nordeuropa wird das Lebensrisiko mit einem Todesfall auf fast 10.000 angegeben (FREEDMAN und MAINE 1993).

bis zu 44% der Sterbefälle verantwortlich gemacht (BULLOUGH et al. 1989, ROYSTON und ARMSTRONG 1989, CAFFREY 1979).
Schon geringe Blutungen unter der Geburt können bei einer vorbestehenden Anämie, unter der bis zu zwei Drittel der Frauen in Entwicklungsländern leiden, lebensgefährlich werden (ABOUZAHR 1993 BELSEY und ROYSTON 1990, HARRINGTON 1983). Nach SAI (1987) sind wahrscheinlich sogar 40% bis 50% der Todesfälle mit einer Anämie zu assoziieren. Präventionsmaßnahmen während der Schwangerschaft werden zur Verhütung der Anämie in der Dritten Welt von der WHO gefordert (WHO 1994a, WHO 1994b, ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

Puerperale Sepsis gehört ebenso zu den wichtigsten Ursachen für die hohe mütterliche Mortalität in Entwicklungsländern. Die Sepsisrate in gynäkologischen Abteilungen ist insbesondere in Ländern, in denen Abtreibungen illegal sind und deshalb unter unzureichenden hygienischen Bedingungen durchgeführt werden, hoch (ROYSTON und ARMSTRONG 1989, KHAN et al. 1986). Daneben ist der mütterliche Tetanus[57] nach wie vor ein großes Problem in der Dritten Welt (FAUVEAU et al. 1993).

Illegale Abtreibungen haben einen wesentlichen Anteil an der hohen Müttersterblichkeit in den Entwicklungsländern (FATHALLA et al. 1989). Jedes Jahr versuchen zwischen 40 und 60 Millionen Frauen, eine ungewollte Schwangerschaft durch Abtreibung zu beenden. Abtreibung ist die älteste Methode, ungewollte Kinder zu vermeiden und ist wahrscheinlich auch heute noch die man meisten benutzte. Man schätzt, daß ein Fünftel bis ein Drittel aller Schwangerschaften abgebrochen wird[58] (ROYSTON und ARMSTRONG 1989 (MASHALABA 1989, GASHARANKWANZI et al. 1989).
In vielen Ländern vor allem der Dritten Welt ist die Abtreibung strengen Gesetzen unterworfen und wird so meistens illegal unter schlechten hygienischen Bedingungen durchgeführt (GERMAIN 1989). Ein Sinken der Müttersterblichkeit nach Legalisierung von Abtreibungen kann man regelmäßig beobachten[59] (ROYSTON und ARMSTRONG 1989, SINGH et al. 1989). Die Problematik der Todesfälle infolge illegaler Abtreibungen erfuhr seit Ende der achtziger Jahren vermehrt Aufmerksamkeit. Die Konferenz „Frauengesundheit in der Dritten Welt, die Auswirkungen der ungewollten Schwangerschaften" (1988) setzte sich hiermit auseinander (FATHALLA et al. 1989).

In den meisten Ländern Afrikas (ROUDI 1991, IPPF 1990) ist die Abtreibung nur aus medizinischer Indikation bei gesundheitlicher Gefahr für die Mutter erlaubt[60]. Für Schwarzafrika schätzt man, daß 28% der Müttersterb-

---

[56] Für Kamerun wird eine Müttersterblichkeit von 430 Sterbefällen auf 100.000 Geburten angegeben. Als Hauptkomplikationen, die zum Tode führten, wurden Blutungen, Sepsis und Anämie gefunden (ABOUZAHR und ROYSTON 1991, NASAH et al. 1991).
[57] definiert als Tetanus während der Schwangerschaft, innerhalb von 6 Wochen nach der Geburt oder nach jeder Form der Schwangerschaftsbeendigung
[58] In Kamerun fand sich unter Studentinnen der Universität in Yaounde, daß 44% eine Abtreibung hatten vornehmen lassen (bei 27% ohne Angaben), davon 34% vor dem 20. Lebensjahr. 43% berichteten von starken Blutungen und 19% von Fieber als Komplikationen.
[59] Das Risiko, an einer Abtreibung zu sterben, ist, von Unqualifizierten durchgeführt, unter Umständen 100 bis 500 fach höher, als wenn Frauen Zugang zu medizinischen Einrichtungen haben, in denen Abtreibungen von qualifiziertem medizinischem Personal und unter hygienischen Bedingungen durchgeführt werden.
[60] In Kamerun gilt eine etwas liberalere Gesetzgebung. Hier ist eine Abtreibung auch bei allgemeiner gesundheitlicher Gefährdung der Mutter legal sowie bei Vergewaltigung und Inzest (PEOPLE 1990).

lichkeit auf Abtreibungen zurückgeht (OMU et al.1981, KWAST et al. 1985). Studien zeigen zudem, daß bis zu zwei Drittel der Gründe für Sterilität in unsachgemäßen Abtreibungen zu finden sind (OMU et al. 1981, ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

Gestosen können gerade in Afrika unbehandelt sehr schnell zum Tod führen. Aus ungeklärten Gründen kommt die Pre-Eklamsie in der schwarzen Bevölkerung häufiger vor (ROYSTON und ARMSTRONG 1989). Besonders junge Erstgebärende tragen ein erhöhtes Risiko.

Im tropischen Afrika sind das **Zephalopelvine Mißverhältnis und Uterusrupturen** für 8% der Todesfälle verantwortlich (TINKER und KOBLINSKY 1991). In Kamerun fand sich diese Komplikation in 3,5% aller Geburten (ROYSTON und ARMSTRONG 1989). Durch Mangel an Protein, Calcium und Vitamin D kommt es zu einer ungenügenden Ausreifung des Knochens (BELSEY und ROYSTON 1990, FREEDMANN und MAINE 1993). Insbesondere das hohe Mortalitätsrisiko der unter Zwanzigjährigen kommt durch die späte Ausreifung des Beckens zustande (ANONYMUS 1991, MOERMAN 1982).

Auch die weibliche Beschneidung, die in den Ländern der Sudanzone weit verbreitet ist, trägt zu dem Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko durch lange Geburtsverläufe bei vor allem in Ländern wie dem Sudan, in denen die Infibulation verbreitet ist (MCLEAN et al.1985, INTER-AFRICAN COMMITTEE 1989).

Neben dem erhöhten Mortalitätsrisiko der Mutter bei einem Mißverhältnis zwischen mütterlichem Becken und kindlichem Kopf und durch Geburtsverläufe von über 36 Stunden kommt es nicht selten auch zu Fistelbildungen, die ein erhebliches Gesundheitsproblem in Afrika darstellen (PERQUIS 1971). Neben einer angemessenen geburtshilflichen Versorgung sind eine ausgewogene Ernährung und die Vermeidung von Geburten junger Mütter mit einem noch unreifen Becken wichtige Präventionsmaßnahmen (MOERMAN 1982, WHITE et al. 1987, WHO 1994 b).

Eine ausschließliche Betrachtung der mütterlichen Sterbefälle läßt nicht die gesamte Tragik des Gebärens in Entwicklungsländern sichtbar werden. Neben der Müttersterblichkeit hat auch die Morbidität eine hohe Relevanz, obgleich diese noch schwieriger zu erfassen ist. Untersuchungen in Nigeria von HARRISON (1985) zeigen die oft vernachlässigten erheblichen Erkrankungen wie Fisteln, vaginale Stenosen, uterovaginaler Prolaps, das Sheehan Syndrom und chronische Infektionen der Genitalorgane sowie Infertilität (TAHZIB 1985, EBIE 1972).

3.1.1 Familienplanung und Müttersterblichkeit

FP hat einen äußerst wichtigen Platz in der Prävention der mütterlichen Mortalität und Morbidität. FP gehört zu den essentiellen Elementen der Schwangerenvor- und Nachsorge. Sie ist heute integraler Bestandteil der Programme zur Sicherung der Mutterschaft (WHO 1975, WHO 1994 a, WHO 1994 b).

Schon 1977 wurde die Bedeutung der FP für die Gesundheit hervorgehoben: "Familienplanung ist essentiell für eine gute Gesundheit wie reines Wasser und eine gute Ernährung“ (ECKHOLM und NEWLAND 1977).

FP kann helfen, die Risikoschwangerschaften zu vermeiden: Geburten in zu jungem (<18 Jahre) oder zu hohem Alter (>35), nach vier Geburten und mit einem zu geringen Abstand. Darüber hinaus kann FP helfen, die Zahl der Abtreibungen bei ungewollter Schwangerschaft zu verhindern und übt dadurch einen ganz wesentlichen Einfluß auf die Gesundheit der Frauen aus. Letztendlich senkt FP die Fertilität und darüber das Risiko, an Schwangerschaft und Geburt zu sterben (WHO 1994a, WHO 1994b, OMRAN 1984, ROSENFIELD und MAINE 1987).

Die höchste Mortalität zeigte sich nach KWAST et al. (1985) in der Gruppe der 15 bis 19-jährigen und im Alter zwischen 35 und 49. Die niedrigste Sterblichkeit zeigte sich beim zweiten und dritten Kind. Andere Untersuchungen bestätigen diesen Trend (SMITH et al. 1986, GREENWOOD et al. 1987, WALKER (1986). HARRISON (1985) fand ein siebenfach erhöhtes Risiko bei den unter Fünfzehnjährigen verglichen mit den 20-24 Jahre alten Frauen. Eine Studie in Matlab, Bangladesch, zeigte, daß das Risiko, an einer Schwangerschaft zu sterben, für Mädchen im Alter von 10-14 fünfmal so hoch und zwischen 15-19 zweimal so hoch ist wie zwischen 20 und 24 (CHEN et al. 1974). In vielen Entwicklungsländern finden 10%-20% der Geburten bei unter Zwanzigjährigen statt, so daß zwischen 25% und 45% Risikoschwangerschaften aufgrund des Alters sind (HARRISON 1985, ROYSTON und ARMSTRONG 1989 FORTNEY 1987).

Die Wirkung, die FP auf die mütterliche Sterblichkeit ausübt, ist somit eine Reduzierung der ungewollten Schwangerschaften[61] sowie der Risikoschwangerschaften.

Die Zahl der Geburten vor dem 20. und nach dem 35. Lebensjahr wird für Afrika mit zwischen 14% (Südafrika) und 41% (Kamerun) angegeben (OMRAN 1984). Ausgehend von diesen Prävalenzen der Risikoschwangerschaften, läßt sich die Bedeutung der FP für die Reduzierung der mütterlichen Sterbefälle errechnen. Schätzungen gehen davon aus, daß eine Senkung der Müttersterblichkeit um 11% zu erreichen wäre, wenn man die Schwangerschaften vor dem 20sten und nach dem 39sten Lebensjahr vermeiden würde (TRUSSEL und PEBLEY 1984). Würde man zudem die Zahl der Kinder auf vier beschränken, ließe sich die Mortalität nochmals um 4% senken (SAI 1986). Nach der WHO (1994 b) kann FP die Mortalität um ein Drittel verringern. Nach FORTNEY (1987) wäre eine Reduzierung der Todesfälle im reproduktiven Alter bei Vermeidung ungewollter Schwangerschaften durch FP-Methoden zwischen 5% (Elfenbeinküste) und 62% (Bangladesch) möglich.

Das von der WHO (1994a) definierte Ziel der Senkung der Müttersterblichkeit um die Hälfte bis zum Jahr 2000 soll durch FP unterstützt werden. Die Anwendungsrate an Methoden der Kontrazeption, so die WHO (1994a), soll auf 56% gesteigert werden bis zum Jahr 2000, alle Frauen sollen nach Abtreibungen Informationen über

[61]Man schätzt, daß sich die Müttersterblichkeit in Afrika um 17% verringern könnte, wenn die Frauen, die keine Kinder mehr möchten, verhüten könnten (ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

FP erhalten, das Intervall zwischen zwei Geburten soll auf zwei Jahre gesteigert werden und die Rate an Geburten unter 18 und über 40 Jahren um ein Drittel gesenkt werden.

3.1.2 Einfluß der FP auf die Gesundheit der Kinder

Neben dem gesundheitlichen Einfluß der FP auf die Müttersterblichkeit ist auch die positive Wirkung auf die Sterblichkeit der Kinder beschrieben. Nach TRUSSEL und PEBLEY (1984) ließe sich die Säuglings- und Kindersterblichkeit um 5% verringern, wenn alle Geburten im Alter zwischen 20 und 34 Jahren stattfinden würden. Die höchste Überlebenschance haben Kinder, deren Mütter zwischen 25 und 29 Jahren alt sind. Auch der Geburtsrang ist entscheidend. Wird ein Kind als viertes Kind geboren, erhöht sich das Mortalitätsrisiko bereits um 10% bis 20% und erreicht ab dem siebten Kind 40% (RUTSTEIN 1983).

Analog zur Müttersterblichkeit zeigt sich bei den Säuglingen eine erhöhte Mortalität, wenn sie mit einem zu geringen Abstand, in zu hohem oder zu jungem Alter der Mutter und nach mehr als 3 Geburten zur Welt kommen. Bei einem zu kurzen Geburtsintervall unter zwei Jahren verdoppelt sich das Mortalitätsrisiko (ROYSTON und ARMSTRONG 1089, ECKHOLM und NEWLAND 1977, RUTSTEIN 1983, OMRAN 1984, WHO/UNICEF 1986).

Das Mortalitätsrisiko beschränkt sich nicht nur auf das nachgeborene Kind. Das Erstgeborene wird nach Eintritt einer erneuten Schwangerschaft frühzeitig entwöhnt und mit proteinärmerer Nahrung aufgezogen werden. Dadurch kommt es häufiger zur Proteinmangelkrankheit Kwashiorkor[62](ECKHOLM und NEWLAND 1977, AMPOFO 1976).

FP ist heute integraler Bestandteil der Mutter-Kind-Fürsorge (WHO 1994a, WHO 1994b). Obwohl die Bedeutung der FP für die Gesundheit schon 1977 von ECKHOLM und NEWLAND hervorgehoben wurde, wurde sie jedoch in vielen Ländern nur zögerlich mit in die Gesundheitsprogramme aufgenommen. Die Strategie des GOBI FFF[63] beinhaltete FP, dennoch wurde dieser Komponente in vielen Ländern wenig Beachtung geschenkt. Erst die Initiative der WHO zur "Sicheren Mutterschaft" nimmt FP wieder in die essentiellen Programme zur Reduktion des Müttersterblichkeit auf (ROSENFIELD und MAINE 1985).

Es existieren im Prinzip vier unterschiedliche Strategien, FP für die Bevölkerung anzubieten: FP-Dienste **in Kliniken und Ambulanzen**, **gemeindegestützte FP-Dienste (Community-Based Family Planning Services, CBS**), und die **freie Vermarktung (Social Marketing).** Die einzelnen Strategien werden in den verschiedenen Kontinenten und Ländern unterschiedlich genutzt.

---

[62] "die Krankheit, die ein Kind bekommt, wenn das nächste geboren wird"(buchstabengetreu aus der Ga Sprache in Ghana übertragen)
[63]GOBI FFF steht für: G = Growth monitoring and promotion of Child growth, O = oral rehydratation therapie, B = breathfeeding and later weaning, I = immunization, F1 = FP, F2 = food supplementation and F3 = female education

3.2 FP-Programme

3.2.1 Integrierte FP-Dienste in Gesundheitseinrichtungen

Mutter-und Kind-Dienste, pränatale und postnatale Einrichtungen wurden in den siebziger Jahren als ideale Möglichkeiten der Versorgung mit Verhütungsmitteln erachtet, insbesondere, da Methoden wie die Spirale oder die Sterilisation an klinische Dienste gebunden sind. Von der WHO wurde die Integration der FP in Gesundheitseinrichtungen propagiert. Das notwendige medizinische Referenzsystem bei Anwendung der Spirale, hormoneller Kontrazeption oder der Sterilisation sah die WHO so gegeben (HEIDEGGER 1980, WHO 1994a, WHO 1994b). Zudem wurde die Verbindung von FP-Angeboten mit der Gesundheitsfürsorge von Müttern und Kindern als idealer Ansatz, FP-Dienste bei geringer soziokultureller Akzeptanz anzubieten, gesehen (HEIDEGGER 1980), zumal in Afrika, anders als im asiatischen Raum, durch restriktive Gesetze FP bis in die achtziger und neunziger Jahre nur im klinischen Rahmen eingeführt werden konnte (BOUZIDI 1990).

In der Zeit vor der Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest 1974 legte man auf die Integration der FP in Gesundheitsdienste besonderen Wert. TAYLOR und BERELSON (1968) richteten die Aufmerksamkeit auf post-partum-Programme, und diese wurden z. B. im Rahmen des internationalen Post Partum-FP-Programmes ins Leben gerufenen. Das Konzept sah vor, Frauen während der pränatalen Betreuung, post partum und zum Nachsorgetermin 6 Wochen post partum mit Informationen über FP zu versorgen (ROSS und FRANKENBERG 1993, WINIKOFF und MENSCH 1991). In der Zeit nach der Geburt, so hoffte man, seien Frauen besonders sensibel für Informationen über FP (MENSCH 1993). Vorteil dieser Konstellation waren die geringen Kosten bei Einrichtung der FP-Dienste, ein Nachteil, daß meist nur städtische Bereiche versorgt wurden (ROSS und FRANKENBERG 1993).

Es konnten Erfahrungen in Asien, Lateinamerika, im Nahen Osten und Afrika ausgewertet werden. Zwischen 16% und 33% der entbundenen Frauen konnten für FP sensibilisiert und die Anwendungsraten an Verhütungsmethoden erhöht werden (CASTADOT et al. 1975, TOWNSEND 1991, SCHMIDT-EHRY 1990. Andere Studien ergaben aber auch konträre Ergebnisse, daß nämlich viele Frauen die Information aufgrund der besonderen Situation post partum rasch wieder vergaßen.
Die längste Erfahrung mit klinischen FP-Diensten hat die 'Internationale Organisation der geplanten Elternschaft'. Insbesondere in den frankophonen Ländern waren Tochterorganisationen der IPPF lange die einzigen Organisationen, die FP-Dienste anboten. Die FP-Kliniken der IPPF waren aber zumeist in den größeren Städten angesiedelt (DIOP 1988).

Auch die ersten CBS-Programme in Indien (Narangwal Projekt), Bangladesch (Matlab FP und Gesundheitsprojekt) und in Ghana (Danfa Projekt) waren Projekte, die die Effektivität der Integration der FP in verschiedenen Angeboten im Gesundheitsbereich evaluieren sollten (KOLS et al. 1982, SIMMONS und PHILLIPS 1987, AMPOFO et al. 1976). Die Auswertung der Ergebnisse blieb schwierig, und letztendlich konnte die Frage, inwieweit die Integration von FP in den Gesundheitsbereich die Akzeptanz unter der Bevölkerung zu steigern vermag, nicht abschließend beantwortet werden (SIMMONS und PHILLIPS 1987). Auswertungen in Matlab

(Bangladesch) geben aber Hinweise, daß eine gesteigerte Mutter-und Kind-Betreuung die Akzeptanz zu steigern vermag (PHILLIPS et al. 1984, DEGRAFF et al. 1986). Ein wichtiger Aspekt, der sich in diesen Studien auch zeigte, ist die Betonung der Informationsaktivitäten (AMPOFO et al. 1976, SIMMONS und PHILLIPS 1987).

Letztendlich sollte aber trotz der Diskussion um die Effektivität der FP-Programme nicht außer Acht gelassen werden, daß "Isolierte FP-Programme, die die Rechte des einzelnen auf gute Information, Nachsorge und Prävention von medizinischen Risiken der FP ignorieren, nicht vereinbar sind mit den moralischen Verpflichtungen eines Staates" (SIMMONS und PHILLIPS 1987).
Ein weiterer Vorteil der Integration von FP in Gesundheitseinrichtungen ist die Wahrung der Vertraulichkeit. In Jamaika z. B. wurde FP in die allgemeinen Polikliniken mit aufgenommen, so daß hier die Anwenderinnen Dienste in Anspruch nehmen, ohne daß die Familie etwas davon erfährt (WYNTER 1990).
In der Diskussion um die Post-Partum-Programme in den letzten Jahren wurde erneut überlegt, zu welchem Zeitpunkt nach der Geburt Frauen besonders empfänglich für die FP sind und wann stillende Mütter mit der Kontrazeption beginnen sollten. Darüber hinaus ist die Frage des Einflusses eines Angebots der Kinderfürsorge auf die Akzeptanz der Dienste ungeklärt. Einige Studien geben jedoch einen Hinweis, daß gerade eine gute Betreuung der Kinder innerhalb eines Programmes die Akzeptanz zu steigern vermag. Darüber hinaus könnte das Management von Nebenwirkungen besser durchgeführt werden (WINIKOFF und MENSCH 1991, SIMMONS und PHILLIPS 1987, HART et al. 1990, RIFKIN 1990).

3.2.2 Gemeindegestützte FP-Dienste (CBS)

Gemeindegestützte FP-Dienste sollten, analog zu Gesundheitsdiensten, eine Versorgung ländlicher Gebiete durch paramedizinisches Personal oder speziell ausgebildete Laienhelfer gewährleisten, da die räumliche Distanz zu den Zentren als der entscheidende Grund für seltene Nachsorge und schlechte Kontinuität bei Anwendung von FP identifiziert wurde (BEESON et al. 1987a, HEIDEGGER 1980, MAGUIRE et al. 1982).
Community Based Systems (CBS) wurden konzipiert, um Kosten zu reduzieren, kulturelle Schranken und Kommunikationsbarrieren überwinden zu helfen und die Arbeitsbelastung des klinischen Personals zu reduzieren (KOLS et al. 1982, ROSS et al. 1987, HEIDEGGER 1980). Die Idee der CBS gewann Mitte der sechziger Jahren vor allem in Asien und Lateinamerika an Bedeutung (ROSENFIELD et al. 1980). 1982 sprachen KOLS et al. (1982) von 70 gemeindegestützten FP-Diensten in 70 Ländern.

Verschiedene Systeme wurden bisher erprobt, insbesondere ein Angebot an Diensten durch Hausbesuche und das lokale Depot mit Verhütungsmitteln. Die Arbeit der CBS-Anbieter beinhaltete zumeist Information, Erziehung und Kommunikation (IEC) und die Versorgung mit Verhütungsmitteln, zumeist mit der Pille, Kondomen und Spermiziden. Erfahrungen haben gezeigt, daß auch paramedizinischem Personal oder speziell ausgebildete Laienhelfer das Screening vor Verschreibung der Pille übertragen werden kann, ohne daß mehr Komplikationen in Kauf genommen werden müssen (FOREIT 1991, ROSENFIELD et al. 1980, ROSENFIELD 1977, MUINDI 1991/1992).

Bestimmend für den Erfolg eines CBS-Programms sind Auswahl der Anbieter, Ausbildung, Supervision und klinische Referenzeinrichtungen sowie die daraus entstehenden Kosten (ROSS et al. 1987, NIEBUHR 1994 KOLS et al. 1982). Dennoch zeigen sich CBS-Projekte kostengünstiger als klinische Programme (FOREIT 1991). In integrierten Gesundheitsprogrammen, in denen den Agenten neben der FP auch noch andere Aufgaben übertragen wurden, ist es wichtig, diese auf konkrete und gezielte Dienste zu begrenzen (SCHMIDT EHRY 1984, ROSS et al. 1987). Zu viele verschiedene Aufgaben können die Qualität des einzelnen Dienstes wie auch die Frequenz und Qualität der Informationsarbeit sowie eine persönliche vertrauensvolle Beziehung vermindern (NIEBUHR 1994). Darüber hinaus haben sich die Informations- und Bildungsaktivitäten als äußerst wichtiger Teilaspekt der CBS-Programme erwiesen (SIMMONS und PHILLIPS 1987). Die erfolgreichsten CBS-Agenten sind verheiratete ältere Frauen mit Kindern, die selbst Verhütung praktizieren (ROSS et al. 1987, FOREIT 1991). Daneben ist die Unterstützung der dörflichen Gemeinschaft bei dem CBS-Ansatz von entscheidender Bedeutung. So liegt die Auswahl der Agenten, die innerhalb eines CBS-Projektes ausgebildet werden, oft in den Händen der Dorfgemeinschaft. Auch traditionelle Hebammen wurden eingesetzt, Frauen über FP zu informieren (ISENALUMBE 1990, NIEBUHR 1994).

In Afrika waren es die anglophonen Länder, in denen CBS-Projekte Ende der siebziger Jahren eingeführt wurden. In Kenia und Ghana wurden die ersten Erfahrungen mit diesem Ansatz in Afrika gemacht. Heute existieren CBS-Projekte auch in vielen anderen Ländern wie Zimbabwe, Nigeria und Tansania, die umfassende Programme besitzen und auf die längste Erfahrung auch als staatliche Programme zurückgreifen können (MANDARA 1991, ROSS und FRANKENBERG 1993).

Erfolgreiche Programme zeigten, daß sich ein beachtlicher Anstieg der Kontrazeptivaprävalenz von bis zu 37% unter verheirateten Frauen durch CBS-Programme erreichen läßt (KOLS et al. 1982, EL TOM 1989, NACHTIGAL 1990, FAJOBI 1990, MAGUIRE et al. 1982, GAMBANGA 1991, ZINANGA 1990). Insgesamt sprechen ROSS und FRANKENBERG (1993) von einem Anstieg von 15% in ein oder zwei Jahren nach Etablierung eines CBS-Programms.

3.2.3 Subventionierter Verkauf von Verhütungsmitteln

Der subventionierte, freie Verkauf von Verhütungsmitteln (Social Marketing (SM)) nutzt vorhandene Verkaufskanäle und den Einzelhandel, um Verhütungsmittel, die zumeist von nationalen Regierungen oder Organisationen subventioniert werden, insbesondere der einkommensschwachen Bevölkerung anzubieten. Die Verhütungsmittel werden unter einem speziellen Namen vermarktet, um bestimmte Gruppen zu erreichen (SHEON et al. 1987, HEIDEGGER 1980, ROSS und FRANKENBERG 1993). Bis zu 30% der Bevölkerung, so zeigte sich in einigen Ländern wie Ägypten, können über den freien Verkauf erreicht werden (SHERRIS et al. 1995).

In den lateinamerikanischen Ländern hat der subventionierte Vertrieb von Verhütungsmitteln über kommerzielle Kanäle einen großen Erfolg. Ein Vorteil der SM-Projekte ist die günstigere Kosteneffizienz. Die teuren

CBS-Projekte können durch SM-Programme unter Umständen sinnvoll ergänzt werden. Studien in Honduras z. B. haben gezeigt, daß viele Frauen, die die Pille zunächst von CBS-Agenten bezogen hatten, durch das Angebot der preiswerten Präparate in den Apotheken auf diese wechselten (JANOWITZ et al. 1992, BAILEY et al. 1989, VERNON et al. 1988).

SM-Programme finden sich oft in Ländern, in denen FP eine breite Unterstützung durch die Regierungen erfährt und meist schon funktionsfähige CBS-Programme operieren. Sie ergänzen sich zumeist in sinnvoller Weise und helfen, das Angebot mit Verhütungsmitteln für eine breite Bevölkerung zu akzeptablen Preisen zur Verfügung zu stellen (NIEBUHR 1994, HARVEY 1994). Zudem arbeiten die kommerziellen Systeme unter Umständen effizienter. Ein höheres Kapitalvermögen und eine bessere Struktur als in den öffentlichen Einrichtungen ermöglicht oft eine kontinuierliche Bereitstellung von Kontrazeptiva (MITCHELL et al. 1987).
Zu den Vorteilen des SM gehört, wie bei den CBS-Programmen, die geringere soziokulturelle Distanz zwischen Anbieter und Klient, die zu höherer Kontinuität der Anwendung führt [64] (BEESON et al. 1987a, MITCHELL et al. 1987, BAILEY et al. 1989). Zudem können über diese Kanäle Bevölkerungsgruppen wie Jugendliche und Männer erreicht werden, die sonst nur sehr schwierig versorgt werden können (MITCHELL et al. 1987). GREEN und Mitarbeiter (1988) und BAILEY und Mitarbeiter (1989) konnten zeigen, daß der kommerzielle Vertrieb subventionierter oraler Verhütungsmittel besonders die Zielgruppe der Frauen mit mittlerem und niedrigem Sozialstatus anspricht.

Das Angebot an Methoden ist je nach Gesetzgebung des Landes recht unterschiedlich. In einigen lateinamerikanischen und asiatischen Ländern darf die Pille über private Apotheken ohne Rezept ausgegeben werden. In afrikanischen Ländern verbietet eine rigidere Gesetzgebung zumeist die Ausgabe der Pille ohne Rezept oder verbietet sie gänzlich außerhalb der Apotheken (SHEON et al. 1987). Hier werden in der Regel nur Kondome und Spermizide vertrieben. In Nigeria werden jedoch von Marktfrauen und -männern, nach einer kurzen Ausbildung, auch hormonelle Verhütungsmittel verkauft (LADIPO et al. 1990).

Eine Schwäche des freien Vertriebes sind Informationen über Anwendungsweise oder Nebenwirkungen (DAVIES et al. 1987). Auch eine medizinische Betreuung in bezug auf Risiken und Nebenwirkungen bei der Anwendung moderner Methoden ist nicht gewährleistet (MITCHELL et al. 1987).

3.2.4 Multisektorielle Strategien

Während der Weltbevölkerungskonferenz wurden auch andere multisektorielle Strategien, wie die Integration in Sozialprogramme, Frauenförderung u.a. diskutiert, und entschieden, den Bereich der FP in Entwicklungsprogramme mit aufzunehmen (MAULDIN et al. 1974). Auch Informationskampagnen am Arbeitsplatz zeigen Erfolge durch Ansprache von Männer. Sie sind schwieriger über die etablierten Informationsaktivitäten im Bereich der Gesundheitsdienste zu sensibilisieren, und alternative Informationskanäle bieten eine große Chance.

[64] Theorie der Homophilie (REPETTO 1977). Vergleiche Seite 43

3.2.5 Jugendliche und Familienplanung

Als Jugendliche bezeichnet man die Altersgruppe zwischen 10 und 19 Jahren, die in den Entwicklungsländern oft mehr als 20% der Gesamtbevölkerung ausmacht. Diese Lebensphase fordert eine gezielte Aufmerksamkeit (GÖRGEN und DIESFELD 1994, BRANDRUP-LUKANOW et al. 1991).
Die Sexualität der Jugendlichen bietet besondere Problempunkte. In vielen Kulturen ist vorehelicher Verkehr verboten. Ungewollte Schwangerschaften und alleinstehende junge Mütter, mit den damit verbundenen schwierigen ökonomischen und emotionalen Verhältnissen, sind oft Folge der rigiden Moralvorstellungen der Gesellschaften, die Sexualaufklärung verbieteten. (BRANDRUP-LUKANOW et al. 1991, GASHARANKWANZI et al. 1989). Schwangerschaften im jungen Alter sind überdies ein großes gesundheitliches Problem[65]. Sozialer Druck, Ausbildung und schwierige Lebenssituationen lassen zudem junge Frauen eine Abtreibung unter unsicheren Bedingungen durchführen[66]. Überdies sind gerade Jugendliche aufgrund des häufigeren Partnerwechsels besonders gefährdet durch eine Infektion mit sexuell übertragbaren Erkrankungen und HIV (FRIEDMAN 1993, GÖRGEN und DIESFELD 1994, POTTS et al. 1991).

So groß der Bedarf an Information über Sexualität und FP in diesem Alter ist, so schwierig ist es dennoch, gerade diese Altersgruppe zu erreichen. Das Wissen der Jugendlichen über die Existenz von Methoden der Kontrazeption ist zwar recht groß, dennoch zeigen Studien, daß die Kenntnisse z. B. über die Errechnung der fertilen Tage doch unzureichend ist. Die DHS-Studien zeigen, daß in der Hälfte der Länder, in denen Jugendliche über die fertilen Tage befragt wurden, nur 10% den Eisprung korrekt datieren konnten (BARKER und RICH 1992). Die Anwendungsrate von Methoden der Kontrazeption liegt zwischen 10% und 70% im subsaharanischen Afrika. In Kamerun wenden 11% der zwischen 15 bis 19-jährigen eine moderne Methode an (BALÉPA et al. 1992). Unter Studenten der Universität in Yaounde ließ sich ein ausreichendes Wissen über die Pille und Kondome (über 90%) feststellen, und auch die Anwendungsrate war mit über 57% sehr hoch (YANG MANGE 1991).

Wichtig für die Aufklärung von Jugendlichen ist der Sexualkundeunterricht in Schulen und auch die Einbeziehung der Eltern z. B. durch Versammlungen von Elternbeiräten. Traditionen und rigide Moralvorstellungen, auch der Lehrer, verringern jedoch die Effektivität dieser Programme. Darüber hinaus können über die Schule nur die Jugendlichen erreicht werden, die sie auch besuchen. Somit sind Jugendgruppen, Medien, Hefte und Liebesromane nach BARKER und RICH (1992) wichtige Informationsquellen. Verschiedene Ansätze, wie z.B. spezielle FP-Kliniken für die reproduktive Gesundheit Jugendlicher, sind entwickelt worden, um diese Gruppe zu erreichen. Jugendgruppen selbst müssen in die Informationsaktivitäten zu FP und AIDS und auch den Verkauf von Kondomen und Spermiziden mit eingeschlossen werden. (GÖRGEN und DIESFELD 1994, BRANDRUP-LUKANOW et al. 1991, NIEBUHR 1994b, ROMO 1990).

[65]Vergleiche S. 29
[66]YANG MANGE (1991) fand in Kamerun, daß 34% der Studentinnen der Universität in Yaounde eine Abtreibung hatten vornehmen lassen.

3.2.6 Männer und Familienplanung

Ebenso wie die Gruppe der Jugendlichen sind auch Männer nur über spezielle Projekte erreichbar. Angesichts der AIDS-Pandemie erhält diese Gruppe nochmals einen entscheidenden Stellenwert (RIEDLBERGER 1994). Neben Informationen über die Massenmedien ist das persönliche Gespräch von entscheidender Bedeutung. Insbesondere der Arbeitsplatz bietet sich als mögliche Quelle für Information an. Auch hier müssen Studien, am besten unter Beteiligung der Zielgruppe, zeigen, auf welche Weise Männer erreicht werden können (GÖRGEN und BRANDRUP-LUKANOW 1992, RIEDLBERGER 1994). In Ghana z. B. erwiesen sich Programme, die mit den Arbeitsplätzen assoziiert waren, als erfolgreich (KWANSA 1990).

3.3 Die Qualität der Familienplanungsdienste

Die Qualität der FP-Dienste als maßgeblicher Grund für die Akzeptanz von Kontrazeption ist erst in den letzten Jahren vermehrt diskutiert worden. Die meisten FP-Programme haben quantitative Ziele gesetzt, um ihr Ziel, die Verbesserung der Gesundheit und die Akzeptanz von FP, zu erreichen. Traditionell wurde zur Überprüfung der Effektivität der Projekte die Zahl der neuen Anwender, die Zahl der kontinuierlichen Benutzer von FP-Methoden, die Anzahl der durch die FP-Dienste ausgegebenen Verhütungsmitteln und die Anwendungsrate von modernen Methoden verwendet (BRUCE 1990, KIM et al. 1992, SIMMONS und ELIAS 1994, JAIN 1989).
Die mangelnde Zugänglichkeit[67] von FP-Diensten wurde viele Jahre als ein Hauptgrund für niedrige Anwendungsraten von Kontrazeptiva gesehen. Aus diesem Grund wurden die Strategien wie CBS und SM entwickelt, um gerade der ländlichen Bevölkerung Zugang zu FP-Diensten zu ermöglichen (HEIDEGGER 1980, KETTING et al. 1994, BERTRAND et al. 1995). Die Diskussion um die KAP-Gap[68] veranlaßte verschiedene Autoren jedoch, die vernachlässigte Dimension der Qualität der FP-Dienste zu diskutieren (BRUCE 1990, JAIN 1989, BRUCE und JAIN 1991, SIMMONS und SIMMONS 1992, SIMMONS und ELIAS 1994).

Von ZEIDENSTEIN (1980) wurde die Anwenderperspektive als "revolutionärer Schritt" in der Evaluierung von FP-Diensten eingeführt. Als Hauptgrund für mangelnde Akzeptanz bzw. den Abbruch der Anwendung wurden Nebenwirkungen der Methoden identifiziert. Er folgerte daraus: "Die FP-Programme sollten besser an den Bedürfnissen der Individuen, einschließlich der Probleme, die sie bei der Nutzung erleben, orientiert werden" (ZEIDENSTEIN 1980 p 28). In den folgenden Jahren wurde nun die Anwenderperspektive vermehrt beachtet: "Der Hauptaspekt der Betrachtung der Perspektive der Klienten ist, daß ihre Werte Vorstellungen und Prioritäten in bezug auf FP verstanden und respektiert werden; dies wird zur breiteren Akzeptanz und dauerhafteren und effektiveren Nutzung von Verhütungsmethoden führen" (LIPTON et al. 1987).

Aus den von ZEIDENSTEIN 1980 veröffentlichten Thesen, daß durch Verbesserung der Qualität der Dienste eine bessere Akzeptanz und Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden erreicht werden kann, wurden von BRUCE die sechs Qualitätskriterien entwickelt, die sie 1988 auf dem Kongreß der amerikanischen Gesellschaft für Bevölkerung vortrug[69]. Sie hoffte, daß über eine höhere Aufmerksamkeit gegenüber der Qualität die "Verbesserung der Qualität der Dienste zu einer größeren, festen Klientel von zufriedenen FP-Anwendern führen wird". Sie faßt aus der Klientensicht die sechs wichtigsten Qualitätskriterien zusammen (BRUCE 1990):

---

[67]Der Zugang zu FP-Diensten wird neuerdings mittels einer umfassenderen Definition neu diskutiert in bezug auf die Qualität der medizinischen Dienste und die medizinischen Barrieren (BERTRAND et al. 1995).
[68]siehe S.8
[69]Die Verbesserung der Qualität der Dienste ist nach BRUCE (1990) vor allem dort wichtig, wo der Bedarf an Kontrazeptiva gering ist, wie in den meisten Ländern Afrikas; Frauen, mit einer hohen Motivation zu verhüten, sind eher gewillt auch qualitativ minderwertige Dienste in Anspruch zu nehmen. Gerade in Ländern mit einer niedrigen Anwendungsrate ist die Qualität der Dienste für die Vertrauensbildung und Akzeptanz entscheidend. Diese Hypothese wird von KOENIGS et al. (1987) bestätigt, der in Bangladesch eine Steigerung der Anwendungsrate von modernen Kontrazeptiva aufzeigen konnte durch intensive qualitativ gute FP-Dienste.

Wahl der Methode

Informationen, die den Klienten vermittelt werden

Technische Kompetenz

Zwischenmenschliche Interaktion zwischen Klienten und Anbietern

Nachsorge-/Kontinuitätsmechanismen

Adäquate Konstellation der Dienste

Auch von anderen Autoren wurden in den letzten Jahren Qualitätskriterien entworfen. ROBEY et al. (1994) identifizierten zehn Hauptaspekte, um FP-Programme effektiver zu gestalten[70]: Nachfrage nach FP, Erreichbarkeit der Dienste, Auswahl an Verhütungsmethoden, Klientenzentrierte Qualität, Kommunikation, gut ausgebildete Anbieter, Management, Forschung und Evaluierung, politische Unterstützung und finanzielle Möglichkeiten). Wie auch bei BRUCE (1990) aufgelistet, spielt darüber hinaus die Auswahl an Methoden eine große Rolle für den Erfolg.

Zudem wurden von der IPPF Qualitätskriterien festgelegt. Sie wurden als Rechte der Klienten und Bedürfnisse der Anbieter formuliert (HUEZO und BRIGGS 1992, HUEZO und DIAZ 1993a und b).

Recht auf Information	**Bedürfnis nach Ausbildung**
Recht auf Zugang	**Bedürfnis nach Information**
Recht auf Auswahl	**Bedürfnis nach Infrastruktur**
Recht auf Sicherheit	**Bedürfnis nach Nachschubsicherung**
Recht auf Wahrung der Privatsphäre	**Bedürfnis nach Management**
Recht auf Vertraulichkeit	**Bedürfnis nach medizinischem Hintergrund**
Recht auf Würde	**Bedürfnis nach Respekt**
Recht auf Annehmlichkeit	**Bedürfnis nach Förderung**
Recht auf Kontinuität	**Bedürfnis nach Supervision**
Recht auf Meinung	**Bedürfnis nach Beteiligung**

Die Qualitätskriterien überschneiden sich zum Teil mit denen von BRUCE (1990). Besondere Betonung findet die medizinische Sicherheit bei Anwendung von Methoden der Kontrazeption. Nicht nur eine ausreichende medizinische Untersuchung in bezug auf Nebenwirkungen, sondern auch die Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen gehören nach HUEZO und BRIGGS (1992) mit zu den Rechten der FP-Klienten. Darüber hinaus wurden das Recht auf die private Atmosphäre und die Vertraulichkeit als separate Qualitätsaspekte hervorgehoben.

[70]Auch sie beschrieben die klientenzentrierte Qualität als eine wichtige Basis der Programme.

3.3.1 Die Qualitätskriterien nach BRUCE

Das Qualitätskonzept nach BRUCE (1990) ist das bekannteste in der Literatur. In den meisten Studien zur Qualität von FP-Diensten wurden diese Kriterien verwendet (BROWN et al. 1995, ASKEW et al. 1994). Die sechs Qualitätsaspekte sollen als Diskussionsgrundlage verstanden werden[71].

- **Wahl der Methode**

Die von BRUCE (1990) zusammengetragenen Kriterien basieren auf Erfahrungen der FP-Projekte in den letzten Jahren. Die **Wahl der Methode** meint das Angebot von verschiedenen Methoden der Kontrazeption. Der Klient kann jeweils die Methode wählen, die der momentanen Lebenssituation und den aktuellen Bedürfnissen am besten entspricht[72]. Zudem ermöglicht dies, bei Nebenwirkungen auf ein anderes Verhütungsmittel auszuweichen. Nebenwirkungen sind ein Hauptgrund, die Anwendung von Verhütungsmitteln schon im ersten Jahr wieder zu beenden. Zwischen 4% und 34% der Anwenderinnen der Spirale und 8%-50% der Anwenderinnen der Pille brechen die Anwendung deshalb ab (BRUCE 1990, ONAPO/GTZ 1990, FOLCH-LYON 1981, OUCHO und AYIEMBA 1991, PEREA et al. 1991, AKTER und AHMED 1991, WHO 1996, CLELAND et al. 1990).

Die Möglichkeit, bei Auftreten von Problemen auf ein anderes Verhütungsmittel auszuweichen zu können, ist nach BRUCE (1990) ein Schlüssel zur Zufriedenheit der Klientinnen. JAIN (1989) subsumiert, daß das Hinzufügen von Methoden zu einer Erhöhung der Kontrazeptivaprävalenz führt, da die Bereitstellung verschiedener Methoden die Kontinuität fördert. Sie stellt die These auf, daß die Kontrazeptivaprävalenz mit der Anzahl von Methoden, die in verschiedenen Einrichtungen eines Landes erhältlich sind, korreliert (JAIN 1989). Auch andere Autoren betonen den Zusammenhang zwischen einer guten Auswahl an Verhütungsmethoden und den Anwendungsraten (FREEDMAN und BERELSON 1976, PHILLIPS et al. 1982, LAPHAM und PARKER 1985, FOREIT 1991, BHATIA et al. 1980, AKBAR et al. 1991,76, DAVANZO 1989, MUNDIGO et al.1989).

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die kontinuierliche Bereitstellung der Methoden. Hohe Abbruchraten, falls die gewählte Methode nicht vorhanden ist, unterstreichen die Relevanz (WOLFF 1991, TOWNSEND 1991, GREEN 1988). Ein Mangel an Medikamenten wird von seiten der Klienten mit mangelhafter Qualität der Dienste assoziiert (ABU-ZEID et al. 1985, McPAKE et al. 1992). Wichtig ist auch, alle vorhandenen Methoden den Klienten anzubieten[73](MILLER et al. 1992).

Die Studie von PHILLIPS et al. (1988) bestätigt die Hypothese und zeigt die enge Verknüpfung der Einführung neuer Methoden mit der Gesamtprävalenz an Verhütungsmitteln, insbesondere auch durch Wechseln der Me-

[71]Die Wertigkeit der einzelnen Kriterien in bezug auf die Gesamtbewertung eines FP-Projektes wurde bisher nicht bestimmt. Letztendlich fehlen zudem Studien, die bestimmen, welche Kriterien für die Bewertung durch die Klienten ausschlaggebend sind.

[72] In diesem Zusammenhang ist nicht nur die möglichst umfangreiche Auswahl an Verhütungsmethoden entscheidend, sondern auch die eigenständige Auswahl der Methoden durch die Klienten. Werden Klienten gedrängt, eine bestimmte Methode anzuwenden, sind sie eher geneigt, die Benutzung wieder abzubrechen (PARIANI et al. 1991, HASSAN 1993, BULATAO 1991).

[73] Hier zeigt sich ein nicht zu vernachlässigender Bias von seiten der Anbieter. Durch ihre Auswahl der vorgestellten Verhütungsmittel können sie die Wahl der Methoden von seiten der Klienten beeinflussen.

thoden, auf. Frauen wird so z. B. nach einer Geburt die Möglichkeit eröffnet, auf sicherere Verhütungsmittel zu wechseln. Verschiedene Wünsche in bezug auf Fertilität erfordern unterschiedliche Methoden[74]. Darüber hinaus ist der Methodenmix besonders auch dort notwendig, wo bestimmte Verhütungsmittel aus religiösen Gründen für die Klientinnen nicht akzeptabel sind[75]. (WARWICK 1988, TOWNSEND 1991).

- **Informationen, die den Klientinnen gegeben werden**

Eine umfassende **Informationsübermittlung** ist ein äußerst wesentliches Qualitätskriterium. Vor einer eigenständigen Wahl einer Verhütungsmethode muß der Klient in genügender Weise über die verschiedenen Methoden aufgeklärt werden. Nach Meinung der WHO (1996) sollten die Informationen zumindest folgende Punkte umfassen: „Darstellung der Wirkungsweise, korrekte Anwendung, häufige Nebenwirkungen, Gesundheitsvor- und Nachteile, Zeichen und Symptome, die eine Rückkehr zum FP-Dienst nötig werden lassen, Wiederherstellung der Fertilität und Informationen über Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen."

Wichtig ist ein genaues Aufzeigen der Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden sowie der Nebenwirkungen. Gerade in Kulturkreisen, in denen moderne Verhütungsmittel als etwas Neues und Fremdes empfunden werden, sind breite Informationen notwendig, um Gerüchten und Falschinformationen Einhalt zu gebieten (LIPTON et al. 1987, SIMMONS et al. 1988, WHO 1996, SIMMONS und SIMMONS 1992). Als Hauptgründe, weit vor erneutem Kinderwunsch, für die Ablehnung oder den Abbruch der Anwendung von modernen Methoden werden immer wieder Risiken, Nebenwirkungen sowie Ängste vor Sterilität oder gesundheitlichen Konsequenzen in Verbindung mit den Methoden genannt (WARWICK 1988, PEREA et al. 1991, AKHTER und AHMED 1991, OUCHO und AYIEMBA 1991, AINSWORTH 1985, FERGUSON 1992, SIMMONS et al. 1990, DECLERQUE et al. 1986, ONAPO/GTZ 1990, BAILEY et al. 1989, FOLCH-LYON 1981. Sind Gerüchte und Ängste in der Bevölkerung weit verbreitet, wird dies die Akzeptanz der FP oder auch der einzelnen Methoden beeinträchtigen[76] (AINSWORTH 1985)[77]. Gut informierte Anwender sind weniger anfällig, Gerüchten über Verhütungsmittel Glauben zu schenken (BRUCE 1990, SIMMONS und SIMMONS 1992, DWYER et al. 1991)[78].

Es ist wichtig, Gerüchte nicht nur als falsch abzutun, sondern herauszufinden, in welchem Zusammenhang sie entstanden sind. Die Entkräftung von Gerüchten ist in vielen Gebieten ein Hauptbestandteil der Beratung, um Vertrauensbildung zur Anwendung von Verhütungsmitteln zu ermöglichen (DECLERQUE et al. 1986,

[74] So haben die Pille und die Injizierbaren ihre Anwenderinnen in der Gruppe der Frauen, die den Abstand zwischen den Geburten verlängern möchten, während Frauen mit abgeschlossener FP unter Umständen die Sterilisation bevorzugen.
[75] In einigen Ländern werden Frauen von Festen ausgeschlossen während der Periodenblutungen. Blutungsstörungen können so zu einem großen Problem werden.
[76] Schlechte Erfahrungen mit Verhütungsmethoden verbreiten sich schneller als gute (ICKIS 1992).
[77] AINSWORTH (1985) diskutiert in diesem Zusammenhang die psychologischen und physischen Kosten der Nebenwirkungen bei Nutzung von modernen Verhütungsmethoden. „Diese", so AINSWORTH (1984) „und andere finanzielle, psychologische, physische und zeitliche 'Kosten' der Regulierung der Fertilität sind für manche Paare eine größere Belastung als die Kosten eines weiteren Kindes."
[78] In einer Studie von RAHMAN et al. (1980) wurde eine Reihe von Nebenwirkungen von den Frauen als der Grund genannt, die Nutzung der Kontrazeptiva abzubrechen. Als Erklärung für die häufige Nennungen von Nebenwirkungen nannte RAHMAN et al. (1980) die unzulängliche Ausbildung der Agenten, die mehr auf die einwandfreien technischen Fähigkeiten und weniger auf die Informationsübermittlung und kommunikative Aspekte ausgerichtet war.

LETTENMAIER und GALLEN 1987, SIMMONS et al. 1988, LIPTON et al. 1987, CHURCH und RINEHART 1990). Wie BEESON et al. (1987b) formulierten, ist: „...eine gute Klient-Anbieter-Beziehung notwendig, um Gerüchte zu entkräften; und dies bedeutet, daß der Anbieter den Klienten Zeit gibt, eigene Ansichten kund zu tun.“ Informationsvermittlung und Kommunikation über FP muß den kulturellen, psychologischen und ökonomischen Kontext einer Bevölkerung in hohem Maße mit einbeziehen (KUSHWAHA 1979, WARWICK 1988, WORLD HEALTH ORGANIZATION TASK FORCE 1981).

Informationen über Anwendungsweise und Sicherheit der Methode sind neben den Informationen über Nebenwirkungen von vordringlicher Bedeutung (DECLERQUE et al. 1986). So ist auch die ungewollte Schwangerschaft ein häufiger Grund (30%), die Nutzung abzubrechen. Besonders viele ungewollte Schwangerschaften treten trotz des hohen Pearl-Index durch Einnahmefehler bei der Nutzung der Pille auf (FERGUSON 1991, JEJEEBHOY 1991).

Unzufriedene Anwenderinnen, die aufgrund von Nebenwirkungen die Anwendung beenden, geben ihre negativen Erfahrungen an andere weiter und verringern das Vertrauen der Frauen in die Methoden und beeinträchtigen so den Erfolg von Programmen (BEESON et al. 1987b, JEJEEBHOY 1991).

Die Informationsübermittlung wird vorwiegend durch die FP-Dienste, zu einem großen Teil aber auch durch die öffentlichen Medien geleistet. Der optimale Ansatz ist die Kombination von mündlichen und schriftlichen Informationsmedien (LIPTON et al. 1987). Auch FOREIT (1991) unterstreicht den Einfluß von Massenmedien für die Information von Klientinnen.

- **Technische Kompetenz**

Die **Fachkompetenz** ist ein weiterer wichtiger Punkt bei der Qualitätssicherung der FP-Dienste. In der Regel ist sie aber weniger wichtig für die Klientinnen als die persönliche Zuwendung und der Zeitfaktor (SUNG 1977). Die Fachkompetenz war klassischerweise der Ansatz, Qualität zu messen. Erst später wurden andere Kriterien wie z. B. die Patientenzufriedenheit mit hinzu genommen[79].

Im Bereich der FP wurden nur wenige Studien durchgeführt zur Kompetenz der Anbieter. Die von der IPPF entwickelten Qualitätskriterien[80] heben die Notwendigkeit der ausreichenden Schulung der Anbieter hervor. Nur gut ausgebildete Anbieter sind in der Lage, qualitativ gute Dienste anzubieten und die ausreichende Informationsvermittlung, wie sie im vorherigen Abschnitt dargestellt wurde, zu leisten[81] (HUEZO und DIAZ 1993a, OYEDIRAN 1993). Eine gute Ausbildung und die motivierende Betreuung durch Vorgesetzte schlagen sich in der Kompetenz der Anbieter nieder (TOWNSEND 1991, AINSWORTH 1985).

[79] Vergleiche auch Seite 49
[80] Vergleich Seite 38
[81] TOWNSEND (1991) zeigte in einer Studie, daß 50% der Anbieter keine genauen Vorstellungen darüber hatten, wieviel Tage ohne Einnahme zwischen 2 Pillenpackungen bei 21 oder 28 Pillen bleiben sollten. Dementsprechend lag das Wissen der Anwenderinnen bei unter 40%.

In diesem Kontext wurde immer wieder die Frage erörtert, inwieweit nichtärztliche Personal z. B. das Einsetzen einer Spirale oder die Verschreibung der Pille übertragen werden kann. ZEIGHAMI et al. (1976) zeigt in seiner Studie, daß in bezug auf das Einsetzen von Spiralen angelernte, traditionelle Hebammen keine höhere Rate an Ausstoßungen und ungewollten Schwangerschaft haben. Hervorgehoben wurde auch, daß es wichtig sei, Krankenschwestern oder Hebammen das Einsetzen der Spirale übernehmen zu lassen, weil die Alternative im Fehlen jeglicher Dienste bestände (ZEIGHAMI et al. 1976, ROSENFIELD 1977, ROSENFIELD et al. 1980).

Nicht außer Acht lassen sollte man in diesem Zusammenhang, daß aber auch zu hohe Qualitätsansprüche negative Konsequenzen für die Bevölkerung haben können. In einigen Ländern Westafrikas ist die Verschreibung der Pille zum Beispiel an Blutuntersuchungen gebunden, die nicht internationaler Standard[82] sind aber die Zugänglichkeit stark beeinträchtigen (INTRAH 1994, BROWN Jahr unbekannt)[83].

Ein anderer Aspekt der technischen Kompetenz ist das Management bei Auftreten von Nebenwirkungen bei der Anwendung von Verhütungsmitteln. Die Anbieter müssen nicht nur die Behandlung der verschiedenen Komplikationen übernehmen können oder an geeignete Einrichtungen überweisen, sondern auch Ängste und Gerüchte entkräften. SIMMONS et al. (1990) konnten in ihrer Studie in Bangladesch zeigen, daß die Ausbildung der Anbieter nicht ausreichend ist, um diesen Anspruch zu erfüllen.

- **Zwischenmenschliche Interaktion zwischen Klienten und Anbieter**

Der interaktive und affektive Teil der Tätigkeit der Anbieter von FP-Diensten wird unter dem Begriff der **zwischenmenschlichen Interaktion zwischen Klienten und Anbieter** zusammengefaßt. Es ist wichtig, diesen Aspekt von der adäquaten, übermittelten Information abzugrenzen. "In einer guten Beratungssituation übermittelt der Anbieter nicht nur genaue Informationen, er ermöglicht auch eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Klienten" (GALLEN und LETTENMAIER 1987). Eine auf der persönlichen Ebene gut geführte Sprechstunde, in der alle wichtigen Informationen übermittelt werden und der Klient sich mit seinen Ängsten und Bedürfnissen ernst genommen fühlt, wird den entscheidenden Platz in der Vertrauensbildung zwischen Anbieter und Klientin einnehmen. AINSWORTH (1985) beschreibt den „initialen Kontakt als den kritischen Aspekt der FP-Dienste“. Ein positiver Kontakt wird die regelmäßige Inanspruchnahme fördern. Zudem ist ein vertrauensvoller zwischenmenschlicher Kontakt wichtig, um Gerüchten über Nebenwirkungen entgegenzuwirken (BEESON et al. 1987b, SIMMONS und SIMMONS 1992).

---

[82] Blutuntersuchungen wie Leberwerte, Glukose u.a. vor der Verschreibung der Pille werden auch in industrialisierten Ländern kontrovers diskutiert. In vielen französischen Lehrbüchern werden sie gefordert, während englische Lehrbücher zurückhaltender sind. BUEKENS et al. (1990) kommt nach einer Studie über die Praxis der Blutuntersuchungen in Afrika zu dem Schluß, daß nach Abwägung der Risiken und Kosten Blutuntersuchungen vor Verschreibung der Pille in Afrika nicht notwendig sind, insbesondere vor dem Hintergrund, daß der Diabetes sehr viel seltener vorkommt und das kardiovaskuläre Risiko niedriger ist.

[83] Das 1996 bei der WHO erschienene Buch „Verbesserung der Zugänglichkeit zur Qualität in der FP“, bewertet viele der bisher beachteten Kontraindikationen neu und schafft damit einen neuen Standard.

Einzelne Studien zur Zufriedenheit der Klienten unterstreichen die Bedeutung dieses Kriteriums[84]. Die Klienten wünschen, mit Respekt, Anstand und Verständnis behandelt zu werden (VERA 1993, GALLEN und LETTENMAIER 1987, SIMMONS und SIMMONS 1992, MERNISSI 1975). Die Kriterien einer guten zwischenmenschlichen Beziehung und guten Beratungsstrategie wurden von der Johns-Hopkins-Universität unter dem Akronym "GATHER"[85] zusammengefaßt:

Freundliche und zuvorkommende Begrüßung
Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse der Klientinnen
Information über alle vorhandenen FP-Methoden
Entscheidungshilfe bei der Wahl der Methoden
Aufklärung über die Anwendungsweise der Methoden
Festlegung eines nächsten Termins im FP-Dienst

Zunächst spielen auch Sprachbarrieren eine Rolle. Das Klinikpersonal kommuniziert in der Regel in den Amtssprachen, die aber nicht von Frauen aus den unteren Schichten gesprochen werden. In Mexiko fand BAILEY et al. (1982), daß Apotheken höhere Kontinuitätsraten aufweisen als die staatlichen Kliniken, und machte dafür die geringere kulturelle Barriere zwischen Anbieter und Klienten verantwortlich. Die Privatheit spielt ebenso eine wichtige Rolle (BRUCE 1990). In manchen Studien wurde gezeigt, daß Anbietern, die in bezug auf soziokulturelle Charakteristika wie Familienstand und Sozialstatus den Klienten ähneln, mehr Vertrauen entgegengebracht wird (BRUCE 1990, REPETTO 1977, LIPTON et al. 1987). Hebammen können die Vertrauensbrücke insbesondere in dörflichen Gegenden eher schlagen (CHOWDHURY und CHOWDHURY 1975, EREN 1983). Gerade in Südostasien und Lateinamerika zeigen CBS-Programme mit traditionellen Hebammen, daß durch sie soziale Distanz minimiert wird und Vertrauen zum FP entstehen kann (BEESON et al. 1987a)[86]. Indes können Hebammen nicht generell als die besseren Anbieter betrachtet werden. Das Gesundheitspersonal gehört in der Regel der Mittelschicht an, und so bleibt eine schichtspezifische Barriere zwischen Anbietern und Klientinnen bestehen, welche die Akzeptanz von FP-Diensten beeinflussen kann (HULL 1979).

Besonders auffällig war in einer Studie von SCHULER et al. (1985), daß sich Frauen aus einer niedrigen sozialen Schicht sehr zurückhaltend zeigten, die FP-Dienste aufzusuchen und zu vereinbarten Terminen wiederzukommen. Eine große Scheu und das Gefühl, daß das Angebot nicht ihnen gelte, sind eine starke Barriere für die Inanspruchnahme. HUNTINGTON et al. (1990) fanden in seiner Studie, daß Frauen aus einer niedrigen

[84] ICKIS (1992) sieht in der persönlichen Interaktion zwischen Klient und Anbieter den entscheidenden Aspekt in puncto Kontinuität der Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption.

[85] G - Greet clients in a friendly and helpful way.
A - Ask clients about their family planning needs.
T - Tell clients about available family planning methods.
H - Help clients decide which method they want.
E - Explain how to use the method chosen.
R - Return visits should be planned.

[86] Vergleich Seite 34

sozialen Schicht, und insbesondere wenn sie jung und unverheiratet waren, eine schlechtere Behandlung erfuhren oder sogar gar keine Beratung erhielten[87].

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Interaktion ist, daß die Klientin ermutigt wird, sich selbst für ein Kontrazeptivum zu entscheiden. Bevormundungen durch den FP-Agenten können das Vertrauen zerstören und hohe Abbruchquoten zur Folge haben. MITCHELL et al. (1987) sehen im freien Verkauf von Verhütungsmitteln einen großen Vorteil: "In puncto Wahl zwischen den Methoden haben Klienten bei der Auswahl im freien Verkauf mehr Entscheidungsfreiraum als in jedem anderen Versorgungssystem".

Neben der Qualität der zwischenmenschlichen Interaktion spielt auch die Quantität, das heißt die Häufigkeit des Kontaktes zwischen Anbietern und Klienten eine Rolle. Dieser Aspekt der zwischenmenschlichen Beziehung ist, insbesondere in CBS-Programmen, ausgeprägt. SIMMONS und Mitarbeiter (1986) konnte für Asien zeigen, daß ein häufigerer Kontakt mit dem Klienten zu einer höheren Anwendungsrate an Verhütungsmitteln führt.

- **Nachsorge und Kontinuitätsmechanismen**

Ein weiteres Merkmal der Qualität nach BRUCE (1990) sind **Nachsorge und Kontinuitätsmechanismen[88].** Begrüßenswert wäre, wenn Klienten, die einen vereinbarten Termin in den FP-Diensten nicht wahrgenommen haben, von einem Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes aufgesucht würden. Diese Arbeit kann jedoch nur sehr selten von klinischen FP-Diensten übernommen werden. CBS-Programme sind, wenn sie mit dem System der Hausbesuche arbeiten, von ihrer Struktur her so ausgelegt, daß sie Kontinuität durch Hausbesuche eher zu fördern vermögen als FP-Programme, die Dienste in Kliniken anbieten. Eine Studie auf den Philippinen bestätigt den positiven Impakt, den Hausbesuche auf die Kontinuität der Anwendung ausüben können. Hier lag die Abbrecherquote in der Gruppe der Frauen, die Besuche von Agenten erhielten, um ein Drittel niedriger (SIMMONS und ELIAS 1994).

Die Förderung der Kontinuität sollte auf die Zufriedenheit der Klienten gerichtet sein. So meinen LIPTON et al. (1987): "Letztendlich, so postulieren wir, daß die Erfassung der Qualität - die Basis auf der die Klient/Anbieter Ebene bewertet werden sollte - sich nicht in reinen demographischen Konsequenzen (in einem meßbaren Sinken der Fertilität) oder im Erreichen von hohen Anwendungsniveaus an Verhütungsmitteln zeigen wird, sondern in dem Ausmaß, in dem die Klienten eine zuverlässige Beziehung zu einem respektvollen Anbieter finden können (...)."

[87] Es zeigen sich Unterschiede in der Behandlung der Klientinnen aus besser gestellten und sozial niedrigen Schichten. Klientinnen aus niedrigen sozialen Schichten werden z. B. eher Methoden mit einer höheren Sicherheit angeraten und seltener Kondome (BEESON et al. 1987b).

[88] Diskutiert wurde der Aspekt der Kontinuität vor allem, um demographische Ziele zu erreichen. Programme können nach JAIN (1989) "bessere demographische Resultate erzielen, wenn sie sich auf eine kleine Zahl von jährlichen Anwendern konzentrieren und diese gut betreuen, um ihre Zufriedenheit und Kontinuität zu erreichen, als wenn versucht würde, eine große Anzahl von Anwendern zu erreichen, ohne diese zu betreuen".

Kontinuitätsraten differieren stark nach Programm und Region. In den Philippinen konnten Kontinuitätsraten von 44% über 2 Jahre gefunden werden (BRUCE 1990, AINSWORTH 1985). RAHMAN et al. (1980) hingegen stellten in einem Projekt in Bangladesch lediglich 25% Kontinuität im Verlauf von zwei Jahren fest.

Nach BRUCE (1990) liegen die Ursachen für hohe Abbruchquoten in einem unzureichenden Anfangskontakt, der mangelnden Aufklärung über Nebenwirkungen und der fehlenden Möglichkeit, die Methode zu wechseln, und einer inadäquaten Nachsorge. Nachteilig auf die Kontinuität wirkt sich aus, wenn FP-Dienste nur zu bestimmten Tageszeiten oder nur an wenigen Tagen der Woche angeboten werden oder lange Wartezeiten bestehen (BEESON et al. 1987b, SUNG 1977, KELLER et al. 1975, MERNISSI 1975).

Auch Alter, Parität und Bildung wirken sich auf die Kontinuität der Anwendung von Methoden der Kontrazeption aus. Darüber hinaus zeigen sich geringere Abbruchquoten für die Spirale als für andere Methoden (PARIANI et al. 1991, AKBAR et al. 1991, AINSWORTH 1985, HAMMERSLOUGH 1984).

- **adäquate Konstellation der Dienste**

Ein weiterer Qualitätsaspekt ist die **adäquate Konstellation der Dienste**. Bisher ergeben sich keine eindeutigen Hinweise, daß eines der Systeme der FP-Dienste zu bevorzugen wäre (MENSCH 1993). Je nach Klientel und Bedürfnissen der Klientinnen können CBS- , SM- oder klinische Projekte die Erwartungen am besten erfüllen (SIMMONS und PHILLIPS 1987)[89].

Die Sichtweise der Klienten ist in diesem Punkt ausschlaggebend. Ein Programm sollte so konzipiert werden, daß die Konstellation die Bedürfnisse der Bevölkerung befriedigt[90]. Aufgrund des Vorteils der geringeren soziokulturellen Distanz zwischen Anbieter und Klient können je nach kultureller Ausgangssituation CBS-Projekte oder SM-Programme eine akzeptablere Konstellation für die Bevölkerung bedeuten (NIEBUHR 1994, ROSS et al. 1987). Analysen zeigen, daß sowohl vertikale wie integrierte Programme die Erwartungen der Bevölkerung zu befriedigen vermögen. "...die Bevölkerung wünscht gute Dienste, unabhängig von spezifischen Kombinationen[91]" (SIMMONS und PHILLIPS 1987)[92].

In der Zeit vor der Bevölkerungskonferenz in Bukarest standen zunächst im gesundheitlichen Rahmen integrierte FP-Dienste im Mittelpunkt. Während der Bevölkerungskonferenz änderte sich die Zielrichtung, und ein besonderes Augenmerk wurde auf die Kombination von FP und allgemeinen Entwicklungsprogrammen gelegt (MAULDIN et al. 1974). Seit der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo steht wieder ein umfassendes Konzept im Vordergrund. So sollen den Klienten nicht nur FP-Dienste angeboten werden, sondern die reproduktive Gesundheit, inklusive der Behandlung der sexuell übertragbaren Erkrankungen, im Mittelpunkt der Dienstleistung stehen (BERTRAND et al. 1995).

---

[89] Vergleiche Seiten 31 bis 36
[90] Nach SIMMONS und SIMMONS (1987) spielt die soziokulturelle Einbettung eine große Rolle.
[91] gemeint sind hier die verschiedenen CBD, Social Marketing oder klinische Programme
[92] SUNG (1977) fand jedoch in einer Studie in Detroit, daß Frauen große Kliniken mit einem umfassenden Angebot bevorzugen.

Frauen werden nach BRUCE (1990) vor allem erreicht und für FP interessiert, wenn ihr Bedarf nach Information über Sexualität berücksichtigt wird. Wenn durch breite Informationsveranstaltungen den Wünschen der Frauen zur Vermittlung von Wissen über ihre Organe, reproduktive Gesundheit und Sexualität Rechnung getragen wird, kann hierüber eine notwendige Vertrauensbasis geschaffen werden.
Das Konzept eines FP-Dienstes muß sich somit grundsätzlich an den jeweiligen Familienstrukturen orientieren. BRUCE (1990) faßt zusammen: "Die adäquate Konstellation der Dienste ist eine solche, die dem Tagesablauf und dem Gesundheitskonzept der Klienten entspricht.“

3.3.2 Studien zur Qualität der FP-Dienste

Bis Ende der achtziger Jahre betrafen Studien zu FP zumeist Wissen, Haltung zu oder Anwendung von FP-Methoden (KAP-Studien) oder die Auswirkung der Programmstruktur auf die Akzeptanz von Methoden der Kontrazeption bzw. den Rückgang der Fertilität (MAULDIN und BERELSON 1978, MAULDIN et al. 1995, FREEDMANN und BERLSON 1976, LAPHAM und MAULDIN 1985, CLELAND 1973, MAULDIN und ROSS 1991, LAPHAM und SIMMONS 1987). Diese Studien konnten wichtige Basisdaten, jedoch keine Informationen über die Qualität der Dienste selbst und ihre Arbeitsweise liefern. Nachdem die Qualität der FP-Dienste und die Sichtweise der Klienten als entscheidendes Kriterium für die Akzeptanz der FP-Methoden große Bedeutung erhielt, wurden neue Evaluierungsmethoden entwickelt (FISHER et al.1992, BROWN et al. 1995, ASKEW et al. 1994). Ziel dieser Methoden war es, die vernachlässigte Dimension der Qualität der Dienste, der Anbieter-Klient Interaktion und der Sichtweise der Klienten zu erfassen. Hintergrund der Auseinandersetzung mit der Qualität der FP-Dienste war auch das weltweit steigende Interesse der Mediziner an Qualitätskontrollmechanismen in der Medizin und die ungeklärte Frage nach der Ursache des KAP-Gap (KETTING et al. 1994, MENSCH 1990).

Klientenzentrierte Forschung ist notwendig, um Wege zu identifizieren wie Hindernisse für eine breite Akzeptanz von Verhütungsmitteln abgebaut werden können. Ziel ist es nach LIPTON et al. (1987), "Anbieter, Programmanager und Gesetzgeber mit Informationen zu versorgen, die ihnen ermöglichen, die Struktur und das Management von Programmen zu verbessern". AINSWORTH (1985) postuliert, daß bei Beachtung von Bedürfnissen und Erwartungen von Klienten und bei Anpassung der Kommunikation der Anbieter sowie des Dienstleistungsangebot, die Akzeptanz und Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden gesteigert wird.

Verschiedene Modelle haben sich bisher mit der Akzeptanz und Kontinuität der Inanspruchnahme von medizinischen Diensten und der Einnahme von Medikamenten auseinandergesetzt. Das **soziomedizinische** Konzept suchte soziokulturelle Charakteristika, die Akzeptanz und Kontinuität erklären könnten, fanden aber keine klaren Hinweise[93].

[93] Es zeigte sich jedoch, daß Injektionen eine bessere Kontinuität aufweisen als orale Medikamente (LIPTON et al. 1987).

Das **Erziehungsmodell** basiert auf der Annahme, daß insbesondere in Kulturen, in denen moderne Methoden der Kontrazeption als fremd erlebt werden und Ängste vor der westlichen Technologie bestehen, Erziehungs- und Informationskonzepte von vordringlicher Bedeutung sind, insbesondere, um Gerüchte und Ängste zu entkräften[94]. Mehr Wissen würde nach diesem Modell zu einer kontinuierlicheren Anwendung führen. Verbale und gedruckte Aufklärungsmaterialien sind die optimale Kombination.

Das **Gesundheitskonzept** basiert nicht auf dem Wissen sondern auf der Bedeutung der Vorstellungen und Motivation im Hinblick auf Gesundheitsverhalten. In diesem Zusammenhang liegt die Betonung der Arbeit der Anbieter darauf, die Einstellungen der Klienten zu erkennen[95].

Ebenfalls wichtig ist die soziale Unterstützung der Klienten. Das **soziale Unterstützungsmodell** geht davon aus, daß die sozioemotionale Unterstützung die Schlüsselstellung für die Änderung der Verhaltens ist. Stehen Freunde, Verwandte und die Familie einer Einnahme von Verhütungsmitteln negativ gegenüber, ist die kontinuierliche Anwendung schwierig. Wichtig ist nach diesem Konzept, Ersatzreferenzgruppen wie Mütter-Clubs oder ähnliches anzubieten.

Das **Kommunikationsmodell** geht davon aus, daß wichtigster Kernpunkt die Arbeit der Anbieter ist. Die Interaktion zwischen Anbieter und Klient wird als entscheidend in bezug auf Akzeptanz von modernen Methoden der Kontrazeption gesehen. In diesem Zusammenhang ist es äußerst wichtig, Feed-back-Mechanismen zu entwickeln, um den Anbieter über Schwächen der Kommunikation mit dem Klienten zu informieren (LIPTON et al.1987).

3.4 Qualitätskontrolle im medizinischen Bereich

Qualität ist „(...) die sorgfältige Durchführung von Interventionen (gemäß einem Standard), die als sicher bekannt sind, erschwinglich für die Zielgruppe sind und die die Möglichkeit einer Wirkung auf Mortalität, Morbidität, Behinderung und Unterernährung ausüben“ (ROEMER und AGUILAR 1988).

Der Aspekt der Qualitätsverbesserung im medizinischen Bereich geht auf Florence *Nightingale* zurück, die mit einfachen Verbesserungen wie Sauberkeit und Hygiene die Mortalität in Krankenhäusern senkte. Die Systeme des ‘Totalen Qualitätsmanagement’ bzw. ‘Kontinuierliches Qualitätsverbesserungssystem’ haben sich aus der industriellen Produktion entwickelt. Sie wurden insbesondere in Japan eingeführt, um die Qualität der Produkte zu verbessern und gleichzeitig die Produktionskosten zu senken. Das System konzentriert sich darauf, Fehlerhaftes bzw. qualitativ Minderwertiges zu identifizieren und durch eine Korrektur der Produktion die weitere Herstellung der fehlerhaften Ware auszuschließen (DE GEYNDT 1995).

Qualitätskontrolle wurde zunächst unter dem Blickwinkel begonnen, Informationen über Schwächen der Gesundheitsdienste zu eruieren. Die ökonomischen Zwänge verschieben heute die Intention zur Frage, wieviel Qualität ein Dienst anbieten kann und zu welchen Kosten.

---

[94] Instruktionen, was im Falle von Schwierigkeiten und Nebenwirkungen zu tun sei, sind von vordringlicher Bedeutung (BEESON et al. 1987, MERNISSI 1975).

Gerade in Entwicklungsländern war angesichts der begrenzten Ressourcen die Qualität der Gesundheitsdienste eine vernachlässigte Dimension (MENSCH 1993). Steigende Beachtung erhielt sie jedoch auch hier, da sich die Qualität der Dienste als kritischer Aspekt für die Akzeptanz der Dienste erwies[96]. So postulieren BROWN et al.(Jahr nicht bekannt):“... meistens kostet die Verbesserung der Qualität nichts, sondern sie zahlt sich aus.“

Wichtig erwies sich bei diesem Konzept der Einbeziehung der Bevölkerung, das diese nur gewillt ist, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen und auch für sie zu zahlen, wenn sie ihrer persönlichen Einschätzung nach qualitativ gut sind (McPAKE et al. 1993, , GILSON et al. 1994, ABU-ZEID et al. 1985, LERBERGHE et al. 1993).

3.4.1 Ziele der Qualitätserfassung und Verbesserung

Nach DE GEYNDT (1995) ist das fundamentale Ziel für systematische Anstrengungen der Qualitätsverbesserung die soziale Verpflichtung, jedem eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen. „Die bestmögliche Qualität für jeden“ wäre ein wünschenswertes Ziel, welches aber selbst in den reichen Industrienationen als ökonomisch nicht mehr vertretbar diskutiert wird (VUORI 1982).

Die steigenden Kosten im Gesundheitssystem in den siebziger Jahren und die Unzufriedenheit vieler Patienten mit ihrer Behandlung trieben die Diskussion um die Qualität an. Schlecht informierte Patienten, skeptische Zahler der Gesundheitskosten, frustrierte Ärzte und Verantwortliche des Gesundheitssystems, die glaubten, daß eine „ungesunde Balance zwischen Gesundheitsergebnissen und Kosten besteht“, beeinflußten die Gedanken über Qualitätskontrolle (ELLWOOD 1988).

Erziehungsprogramme innerhalb des Qualitätsmanagements sollten die Effizienz der Dienste erhöhen. Umstritten ist dennoch, ob durch kontinuierliche Fortbildung des Personals, um ein möglichst effektives Arbeiten zu erreichen, Kosten gespart werden können, da die Etablierung einer regelmäßigen Weiterbildung eine teure Investition bedeutet (GOLDMAN 1990, KASSIRER 1993). Schließlich soll die Qualitätskontrolle ein Mechanismus der Selbst-Regulierung sein und Verbesserung der Dienste bewirken (WHO 1985, RAZUM 1994).

Verschiedene **Definitionen** zeigen die Entwicklung zu einer umfassenden Sichtweise. Waren Qualitätskontrollen in der Vergangenheit mehr auf die Qualität des technischen Teils konzentriert, so rückt nun eine breitere Definition an diese Stelle (GILSON et al. 1994). BOWEN (1987) formulierte: „Der Weg, die Qualität zu messen, ist zu schauen, was mit dem Patienten nach der Therapie passiert.“ So wurde z. B. in einer Studie von WELLS et al. (1989) ein Ergebnis-Konzept entwickelt, bei dem die Lebensqualität der Patienten erfaßt wird.

---

[95] Pflegepersonal, das den Klienten meist soziokulturell näher steht, kann diese Arbeit oft besser erfüllen. Die Vertrauensbrücke wird leichter hergestellt.

[96] Dienste, die keine adäquaten Leistungen anbieten, z..B. keine Medikamente zur Verfügung haben, werden von der Bevölkerung nicht angenommen.

WELLS et al. (1989) gehen davon aus , daß „sich wohl fühlen, die subjektive Verbesserung der Lebensqualität oder die Möglichkeit, Arbeiten und Aktivitäten auszuführen, das primäre Anliegen des Patienten ist".

3.4.2 Konzepte der Qualitätskontrolle

In der Diskussion der letzten Jahre gewinnt die Zufriedenheit der Klienten als Aspekt der Qualität einen immer größeren Raum. Für die Klienten inakzeptable Dienste werden nicht genutzt und sind dadurch ineffektiv. GILSON et al. (1994) fordern: „Definitionen der Qualität sollten in hohem Maße die Zufriedenheit berücksichtigen und den Einschätzungen der Patienten eine wichtigere Rolle bei der Definition der Qualität einräumen."

Nach DONABEDIAN (1988) kann die Qualitätskontrolle auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Er unterscheidet **Struktur, Prozeß und Ergebnis** als mögliche Ansätze, die Qualität zu messen.

Unter **Struktur** beschreibt er das Umfeld, in dem die Dienstleistung angeboten wird. Dies umfaßt die Ressourcen wie z. B. Ausstattung, Einrichtung und Ausbildung der Mitarbeiter wie auch die Organisationsstruktur. Der **Prozeß** ist die tatsächlich durchgeführte Dienstleistung. Diagnose und Therapie werden hierunter zusammengefaßt. Das **Ergebnis** kann sich auf vielfältige Art und Weise niederschlagen, als Verbesserung des Gesundheitsstatus, als Verbesserung des Wissens der Klienten oder auch als Zufriedenheit mit dem Dienst.

Am häufigsten werden in Studien sogenannte **Struktur-Variablen** als Qualitätsindikatoren genutzt. DE GEYNDT (1995) unterscheidet physikalische, personelle, finanzielle und organisatorische Investitionen. Zu den physikalischen gehören z. B. die geregelte Bereitstellung von Medikamenten, ausreichende Ausstattung der Gesundheitseinrichtung und Wartung sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Die personellen Investitionen decken den Bereich der genügenden Bereitstellung und Ausbildung des Personals ab. Die organisatorische Struktur als wichtiger Teilaspekt dieses Ansatzpunktes der Qualitätskontrolle umfaßt die Managementkapazitäten und die Gesetzgebung bzw. Programme (DE GEYNDT 1995).

Prozessvariablen beziehen sich z. B. auf die Erreichbarkeit der Gesundheitsdienste, Integration, Management, Koordination oder Supervision. Innerhalb einer Gesundheitseinrichtung können Daten wie Häufigkeit des Arzt-Patient-Kontaktes, Medikamente, Überweisungen, Hospitalisierungsraten u.a. erfaßt werden (TAVLOV et al. 1989). Die Perinatalstudien der verschiedenen Bundesländer in der BRD sind Beispiele von Studien, die eine Reihe von Prozessvariablen abfragen. Diese Prozess-Variablen wurde von HORNUNG (1992) auch für die Erfassung einer geburtshilflichen Einrichtung in Togo verwendet.

Die Messung der Kindersterblichkeit oder der Todesfälle in Krankenhäusern sind Beispiele **von Ergebnis-Variablen**. Die Sensitivität und Spezifität dieser Variablen sind jedoch umstritten (DE GEYNDT 1995).Als eine wichtige Ergebnis-Variable hat sich die Lebensqualität entwickelt, da nach JENKINS (1992) „die letztendliche Absicht aller Interventionen im Gesundheitsbereich die Steigerung der Lebensqualität ist". Diese Lebensqualität umfaßt das subjektive Gesundheits- bzw. Krankheitsgefühl, funktionale körperliche Einschränkungen und gesundheitliche Prognosen für die Zukunft (JENKINS 1992). Auch ERBEN (1992) fordert die Hinwendung zu mehr ganzheitlicher Erfassung von Ergebnis-Variablen und betont insbesondere das subjektive Gesundheitsgefühl und dessen psycho-sozialen Kontext. Zur Evaluierung eines umfassenden Qualitätsbegriffes sind quantitative und qualitative Methoden notwendig (ERBEN 1992).

Die relativ einseitige Messung der Qualitäts-Variablen der Struktur oder des Prozesses läßt die Frage ungeklärt, wie über die Investitionen wirklich eine verbesserte Ergebnis-Variable erreicht werden kann (DE GEYNDT 1995, BASINSKI et al. 1992). ELLWOOD (1988) sieht in der Evaluierung der Ergebnisse (z. B. Klientenzufriedenheit und Todesfälle als Indikatoren) eine Möglichkeit, zu einer besseren Beziehung zu den Klienten zu gelangen und Entscheidungen treffen zu können, um das Gesundheitssystem kosteneffektiver zu gestalten.

Eine Übersicht über die in den Entwicklungsländern durchgeführten Qualitätsstudien zeigt, daß fast ausschließlich Prozeß- oder Struktur-Variablen genutzt werden. Insbesondere steht bei den Studien die Frage im Vordergrund, wie gut der Dienst ist und wie sicher Diagnose und Behandlung gestellt werden. Ergebnis-Variablen werden auch deshalb selten allein verwandt, weil valide und zuverlässige Indikatoren der Qualität nicht bekannt sind bzw. deren Beziehung zu Qualitätsindikatoren des Prozesses oder der Struktur unklar sind (DE GEYNDT 1995).
Einige Studien, wie die von GILSON (1995), führen eine Qualitätskontrolle auf allen drei Ebenen durch. Struktur- und Prozeß-Indikatoren wurden entwickelt und als Ergebnis-Variable die Zufriedenheit der Klienten untersucht.

3.4.3 Modelle der Qualitätskontrolle

Ein bekanntes Konzept der Qualitätskontrolle ist die **TRACER[97]-Methode**. Bei dieser Methode wird stellvertretend anhand ausgewählter Krankheiten die Qualität der Dienste ermittelt.
So wurde z. B. die Prävalenz sechs verschiedener Krankheitsbilder in einer Region regelmäßig evaluiert, um die Effektivität der Dienste in bezug auf Senkung der Krankheiten zu untersuchen (DE GEYNDT 1995). Die Methode soll durch die Evaluierung der Behandlung bestimmter ausgewählter Krankheiten auf Schwächen und Stärken des Gesundheitssystems schließen lassen. Wichtig ist die Auswahl derjenigen Krankheiten, die eine hohe Prävalenz in der zu untersuchenden Region haben und leicht zu diagnostizieren sind. Von AMONOO-LARTSON und DE VRIES (1981) wurde diese Methode genutzt, um die Qualität von Kliniken im dörflichen Ghana zu untersuchen. Anhand von drei Krankheitsbildern, Fieber, Husten und Durchfall, wurde hier mit Hilfe von Prozeß-Variablen wie Anamnese, Untersuchung, Therapie und Verschreibungen die Tätigkeit des medizinischen Personals bzw. die Interaktion zwischen Anbieter und Klient überprüft.

Die **Gesundheitsdarstellungs-Methode** von WILLIAMSON (1971, 1978) wurde für Kliniken entwickelt und richtet sich auf diagnostische Kriterien oder spezifische Behandlungen. Kennzeichnend für diese Methode ist der Vergleich der erreichten richtigen Diagnose und Therapie mit der theoretisch aus dem Krankeitsverlauf zu ermittelnden Diagnose. Zur Messung der Qualität werden somit Ergebnis-Variablen genutzt.

Auch von anderen Autoren wurden Ergebnis-Variablen genutzt, um Qualität zu bestimmen. Ziel dieser **medizinischen Ergebnis-Studien (Medical Outcomes Study MOS)** war es, die Auswirkung unterschiedlicher Gesundheitsstrukturen und der Ausbildung der Mitarbeiter auf die Qualität der medizinischen Dienste zu erfassen. Die Outcome-Variablen umfaßten verschiedene Kriterien, wie klinische Endergebnisse (Todesraten), den funktionellen und psychosozialen Status, den Gesundheitsstatus und die Zufriedenheit der Klienten (TARLOV et al. 1989, STEWART 1989, WELLS et a. 1989).
Letztendlich ist jedoch bei der Verwendung der Ergebnis-Variablen die Frage, inwieweit Unterschiede, wie z. B. in der Mortalität, tatsächlich auf unterschiedliche Qualität zurückzuführen sind. Andere Einflüsse, wie die Auswahl der Patienten, können ebenso maßgeblich an den Unterschieden beteiligt sein, so daß das Konzept, nur die Ergebnisse als Qualitätsindikator zu messen, in Frage gestellt wird (DUBOIS et al. 1987). So argumentiert DONABEDIAN (1988), daß, bevor die Qualität gemessen werden kann, der Einfluß von Struktur-Variablen auf die Prozeß-Variablen und auf die Ergebnis-Variablen, bekannt sein muß. Die Perinatalstudien der Bundesländer in der BRD verbinden Prozeß- und Ergebnis-Variablen und sind ein wichtiges Instrument die Qualität der geburtshilflichen Dienste und die perinatale Sterblichkeit kontinuierlich zu erfassen (KÜNZEL 1994).

Der **‘Qualitätverbesserungszugang’** bzw. das **‘Totale Qualitätsmanagement’** oder auch das ‘**Kontinuierliche Qualitätsverbesserungs-Modell’** nutzen ein System, das als präventives Qualitätssicherungssystem ein fester Bestandteil der organisatorischen Struktur ist. Hiermit soll die Qualität kontinuierlich gesteigert werden können.

Das ‘Qualitätverbesserungszugangs - Modell’ geht auf ELLWOOD (1988) zurück. Er unterschied vier verschiedene Ergebnis-Kategorien: Funktionaler Status und subjektives Wohlfühlen (Lebensqualität), konventioneller physiologischer und biomedizinischer Zustand, Kosten des Gesundheitssystems und Zufriedenheit seitens der Klienten. Der gesundheitliche Status kann durch Laboruntersuchungen, Röntgenkontrolle u.a. erfaßt werden und wird schließlich mit den Kosten und der Zufriedenheit der Klienten verglichen. Diese Ergebnis-Variablen befinden sich in ständiger Weiterentwicklung.

BERWICK (1989) faßt das System wie folgt zusammen: „Die wahre Qualitätsverbesserung, gemäß der Theorie der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, basiert auf dem Verständnis und der Korrektur des Produktionsprozesses auf der Basis der Daten über den Prozeß selbst“. Es geht somit nicht um reine Auslese des „qualitativ Minderwertigen“, sondern um Änderung des Produktionsweges, um die Herstellung von Minderwertigem auszuschließen. Letztendlich fordert das Modell nach DE GEYNDT (1995) „...eine radikale Wende von Haltungen und Einstellungen durch Veränderung der Organisationsstruktur, bei Betonung der Verbesserung des Prozesses. Die Änderung sollte sich schließlich auf die Klienten und die Zufriedenheit der Klienten konzentrieren“.

[97]Diese Methode zeichnet sich dadurch aus, daß anhand bestimmter Krankheiten die Qualität der Dienste untersucht wird

Von DE GEYNDT (1995) wird für die Evaluierung von Gesundheit, Ernährung und Bevölkerungsprogrammen, ausgehend von der Dreiteilung Struktur-, Prozeß- und Ergebnis-Indikatoren, folgendes Modell entworfen:

Struktur

- Medizinische Ausstattung
- Personal
- Finanzielle Ressourcen
- Organisatorische Struktur

Prozeß

- Funktionen: Prävention, Diagnose, Behandlung, Screening, Verlaufskontrolle
- Klienten und Anbieter Compliance
- Programme: EPI, ORT, ARI, MCH/FP[98]
- Unterstützungsleistungen: Planung, Ausbildung, Supervision, Finanzielles Management, Logistik, Mobilisierung der Bevölkerung

Ergebnis

- Morbidität
- Mortalität
- Funktionelle Beeinträchtigungen
- Schmerzen und Leiden
- Zufriedenheit der Klienten
- Veränderung der Gewohnheiten

Für eine Verbesserung der Qualität eines Gesundheitssystems fordert BERWICK (1989) sechs Grundsätze zur Einführung einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung:

- Vorgesetzte müssen die Qualitätskontrolle leiten
- Die Qualitätsverbesserungen müssen sich finanziell auszahlen
- Respekt vor den im Gesundheitsdienst Tätigen sollte gewährleistet sein
- Der Dialog zwischen Anbietern und Klienten muß vorsichtig unterstützt werden
- Moderne Kontrollwerkzeuge sollen genutzt werden (Prozeßflußdiagramme, Kontrollblätter, Diagramme u.a.)
- Die gesamte Gesundheitsorganisation muß auf die Qualitätsverbesserung ausgerichtet sein

Positive Erfahrungen wurden durch eine 1993 durchgeführte Studie über Qualitätsverbesserungsaktivitäten von Krankenhäusern gemacht. Es zeigte sich, daß die Häuser, die Werkzeuge zur kontinuierlichen Qualitätskontrolle nutzten, Kosten sparen konnten, ihre eigenen Mitarbeiter stärker weiterbilden und eher statistisch signifikante Verbesserungen für die Patienten in ausgewählten Bereichen erreichen konnten (DE GEYNDT 1995).

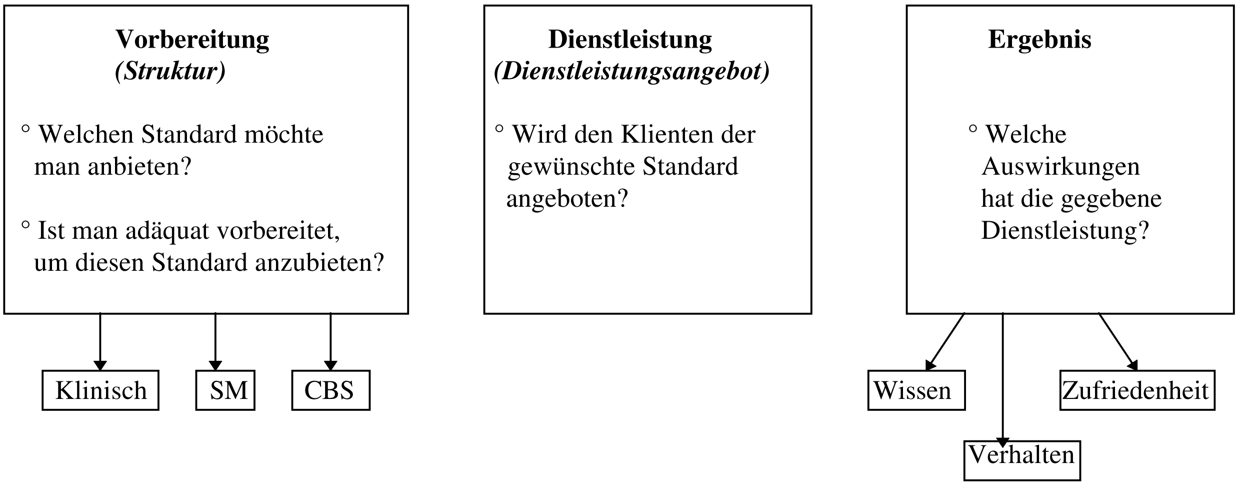
Ausgehend von den Grundlagenarbeiten von DONABEDIAN (1988) hat BRUCE (1990) ein Konzept für die FP-Dienste entworfen (Vergleiche Abb. 3).

---

und diese quasi als Indikatoren der Qualität dienen.

[98]Impfprogramm, orale Rehydratation, Programm zur Therapie der Erkrankungen der Luftwege und Mutter-Kind-Dienste inc. FP

Abb.3: Qualitätsziele, die bei Vorbereitung, Dienstleistung und Ergebnis berücksichtigt werden müssen (BRUCE 1990).

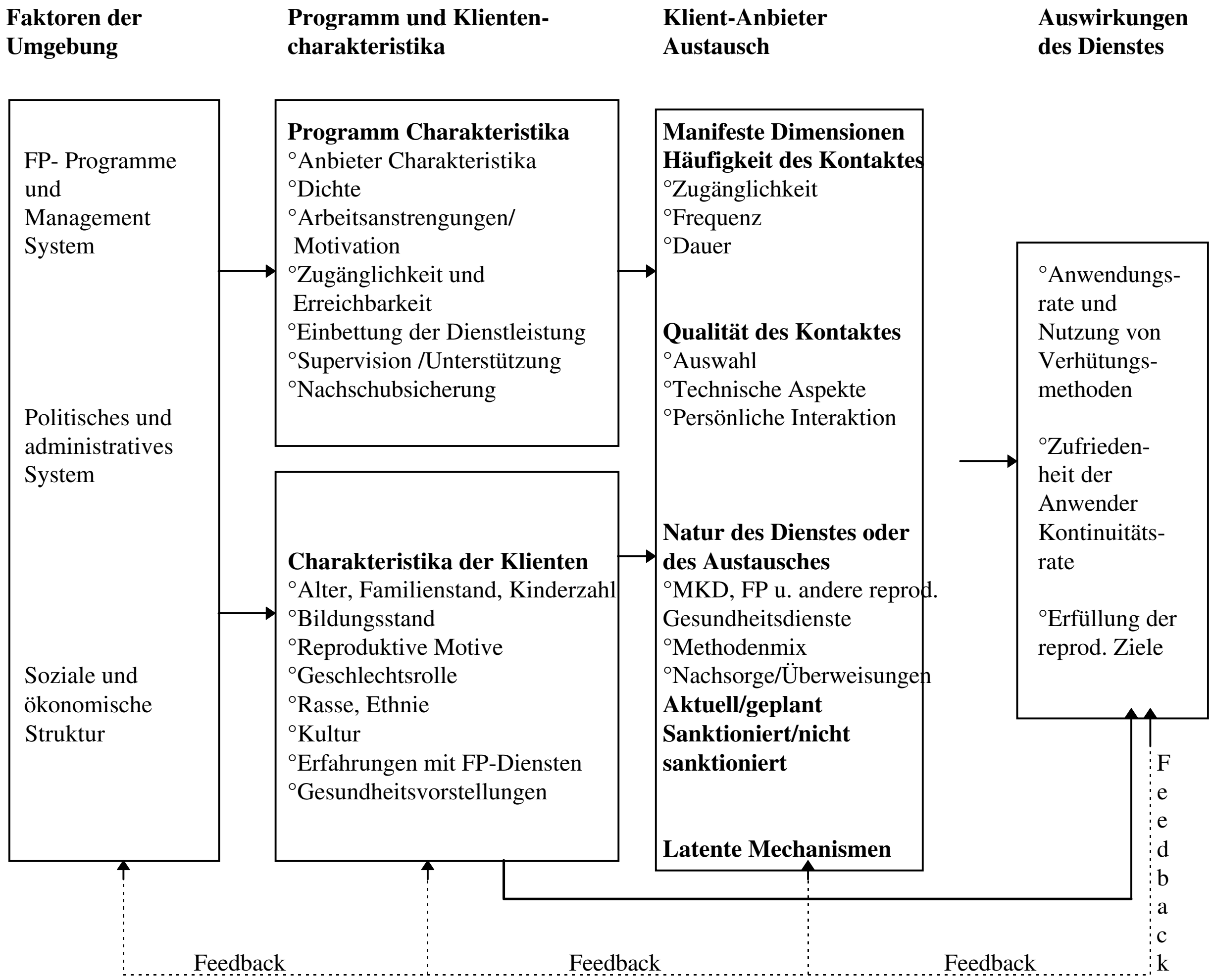


Innerhalb der Bereiches ***Struktur*** oder ***Vorbereitung*** wie BRUCE (1990) ihn nennt, spielt das Grundkonzept des FP-Dienstes, aber auch die Ausstattung und die Ausbildung der Anbieter eine Rolle. Der zweite Bereich, ***Prozeß*** oder ***Dienstleistungsangebot***, wird in Studien zur Qualität meist vernachlässigt. Die Schwierigkeit der objektiven Qualitätsanalyse erklärt dies. Die Methode der ‘Situation Analysis’ (FISHER et al.1992) ist ein Beispiel für die Erfassung dieses Qualitätsbereiches. Den dritten Bereich der Qualitätsanalyse stellt das ***Ergebnis*** dar. Beispiele sind hier die KAP-Studien. Andere Beispiele zur Erfassung von ***Ergebnis*** Variablen sind langfristige Qualitätsindikatoren wie die Effektivität der Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption und die Kontinuität der Inanspruchnahme von FP-Diensten.

3.4.4 Methodische Vorgehensweisen zur Erforschung der Interaktion zwischen Klienten und Anbietern

Der Fokus auf die Qualität der FP-Dienste in den letzten Jahren hat zu einem besseren Verständnis der Bedürfnisse der Frauen im reproduktiven Alter geführt und gleichzeitig die vernachlässigte Ebene der Interaktion zwischen Klienten und Anbietern als kritischen Aspekt der Erfolge der FP-Programme identifiziert (SIMMONS und ELIAS 1994). Studien zur Interaktion von Klienten und Anbietern gehören in den Bereich des 'Prozesses' wie DONABEDIAN (1988) es formulierte oder 'Dienstleistungsangebot' nach BRUCE (1990).

Abb. 4: Klienten-Anbieter-Interaktion, ihre Determinanten und ihre Auswirkungen auf die Dienste (aus SIMMONS und ELIAS 1994



FP-Programme haben das Ziel, durch Informationsverbreitung Frauen und Männer für FP zu gewinnen, um deren Verhalten zu beeinflussen. Nach SIMMONS und ELIAS(1994) kann die Interaktion zwischen Klient und Anbieter als das vermittelnde Element gesehen werden, durch die FP-Programme dem Bedarf an Verhütungsmitteln befriedigen. Der Erfolg eines Programmes ist somit in erster Linie von der Häufigkeit und der Qualität der Kontakte zwischen Klient und Anbieter abhängig (SIMMONS und ELIAS 1994[99]).

Beachtet werden muß aber auch, daß sich diese Interaktion jeweils in einem gegebenen soziokulturellen Umfeld vollzieht. Der Status der Frau, ihre Bildung, ihr Entwicklungsstand und die Struktur der Gemeinde beeinflussen sowohl die Klienten wie die Anbieter (SIMMONS und ELIAS 1994, WARWICK 1988, Vergleiche Abbildung 4).

Dieser umfassenden Definition der Interaktion entsprechen nur wenige der Studien, die in den letzten Jahren publiziert wurden. Die meisten beschränken sich auf die Ebene der Informationsübermittlung und decken somit

---

[99] Ob sich jedoch diese so definierte Qualität in meßbaren Indikatoren niederschlagen wird, bezweifeln LIPTON und Mitarbeiter (1987).

nur einen Teilbereich ab (GALLEN und LETTENMEIER 1987). Darüber hinaus ist es wichtig, nicht nur offensichtliche Elemente zu erfassen, wie die verfügbare Zeit für jeden Klienten, technische Aspekte oder die Anzahl der Methoden, die vorgestellt wurden, sondern auch Teilbereiche, deren Bedeutung bisher nicht bekannt ist, aber durch qualitative Studien aufgedeckt werden könnten (SIMMONS und ELIAS 1994). So sind nicht nur die einzelnen Qualitätskriterien, wie BRUCE sie 1990 formulierte, entscheidend, vielmehr vollzieht sich die Akzeptanz in einem komplexen Wechselspiel zwischen den Anbietern und Anwendern von Verhütungsmethoden. SIMMONS und ELIAS (1994) schlagen deshalb vor, sich in weiteren Studien auf die Sichtweise der Klienten in bezug auf Qualität zu konzentrieren.

So komplex, wie sich die Interaktion zwischen Klient und Anbieter vollzieht, sollten auch Studien zur Erforschung der Zusammenhänge sein. "Studien zur Interaktion von Klient und Anbieter profitieren am meisten von einer ergänzenden Anwendung beider, quantitativen und qualitativen Untersuchungstechniken" (SIMMONS und ELIAS 1994). Verschiedene soziologische Methoden wurden genutzt, um die verschiedenen Aspekte der Interaktion zwischen Klient und Anbieter zu untersuchen. Direkte Beobachtung, strukturierte und halbstrukturierte Interviews, Tiefeninterviews und Focus-Gruppen-Diskussionen sind Verfahren, die in den verschiedensten Studien allein oder in Kombination angewendet wurden. SIMMONS und ELIAS (1994) heben gerade die Kombination qualitativer und quantitativer Verfahren hervor, da es z. B. wichtig ist, nicht nur zu wissen, ob mehr Frauen moderne Kontrazeptiva kennen, sondern auch, welcher Art dieses Wissen ist.

Ein Beispiel für eine Studie im Bereich der Klient-Anbieter-Interaktion und der Qualität der Dienste ist die 'Situations Analysis', wie sie u. a. in Studien in Nigeria, Marokko, Tansania, Simbabwe und Peru Anwendung fand (FISHER et al. 1992, MENSCH et al. 1994, BROWN et al. 1995, ASKEW et al. 1994, MILLER et al. 1992, MENSCH et al. 1996[100]). Hier werden verschiedene qualitative und quantitative Verfahren, wie Interviews mit Klienten nach Besuch der Dienste, strukturierte Interviews mit Anbietern, Beobachtung und Einschätzung der Interaktion zwischen Klient und Anbieter anhand eines Leitfadens und eine Bestandsanalyse der Ausgangssituation angewendet, um rasch konkrete Daten über das komplexe Thema der Qualität zu gewinnen.

Die von der Organisation der freiwilligen chirurgischen Sterilisation (AVSC) genutzte Methode der Selbst-Evaluierung „COPE“ nutzt ebenso wie die ‘Situation Analysis’ verschiedene soziologische Verfahren. Ziel dieses Konzeptes ist es, Probleme zu identifizieren und direkt im Gespräch mit den Mitarbeitern zu lösen. Somit basiert diese Studie auf den Prinzipien der ‘Kontinuierlichen Qualitätsverbesserung’. Ein Teilaspekt dieser Studie ist die Verringerung des Zeitaufwandes der Klienten für die Beratung in der Klinik. Die Studie nutzt zudem einen Fragebogen mit offenen Fragen zur Erforschung der Klientenzufriedenheit. Auch hier werden die Klientinnen im Anschluß an die Inanspruchnahme der Dienstleistung befragt (LYNAM et al. 1993, DWYER et al. 1991, DWYER 1992). Auch von der mexikanischen IPPF-Tochter wurde diese Methode angewandt, um die Effektivität der Programme und die Zufriedenheit der Klienten und Mitarbeiter zu erhöhen (BUXBAUM et al. 1993).

[100] Die Studie in Peru ist die einzige, die ausdrücklich die Wirkung der Qualität der FP-Dienste auf die Anwendungsrate an Kontrazeptiva untersucht. Sie kommt zu einer positiven Relation und unterstützt somit die These, daß die Qualität der FP-Dienste einen Einfluß auf die Akzeptanz der Verhütungsmethoden ausübt.

Auch die Einbindung der Gemeinde bzw. die Zielgruppe in die Evaluierung von Programmen ist ein sinnvoller Ansatz, wodurch alle Teilnehmer der Studien lernen (SIMMONS und ELIAS 1994, MAGUIRE 1987).

3.4.5 Qualitative Studien zur Interaktion zwischen Anbietern und Klienten

Die in der Literatur beschriebenen Studien zur Qualität aus der Perspektive der Klienten nutzen verschiedene soziologische Verfahren zur Datensammlung. Die verschiedenen Methoden versuchen insbesondere, die Interaktion zu erforschen und unbekannte Barrieren für die Anwendung von Verhütungsmethoden zu ermitteln. Die Interviews werden im Haushalt der Klientinnen oder auch im Anschluß an die Beratung des FP-Dienstes durchgeführt.

Interviews im Haushalt der Klienten und teilnehmende Beobachtung	SIMMONS et al. 1986
Interviews im Anschluß an die Beratungen teilnehmende Beobachtungen	FISHER et al. 1992, KIM et al. 1992
Interviews mit Klienten an unabhängigen Orten	GREEN 1988
Fokus-Gruppen-Diskussionen	FOLCH-LYON et al. 1981
angelernte „Mystery“ Klienten	HUNTINGTON et al. 1990, SCHULER et al. 1985, HUNTINGTON und SCHULER 1993, LEÓN et al. 1994, BROWN et al. 1995

SIMMONS et al. (1986) nutzte Interviews und teilnehmende Beobachtungen, um die Dimension der Qualität von FP-Projekten in Südasien zu untersuchen. Sie konnte durch ihre Studie zeigen, daß durch Interviews mit Klientinnen zu Hause wichtige Informationen zum Zusammenhang zwischen der Qualität des Kontaktes von Anbieter und Klient und Akzeptanz und Kontinuität der Anwendung von Methoden der Kontrazeption zu ermitteln sind.

Die in der Marktforschung bekannte Methode des Abfangens von Konsumenten eines bestimmten Produktes an unabhängigen, zentralen Orten nutzte GREEN (1988), um in der Dominikanischen Republik das soziodemographische Profil der Klientel des staatlichen Marketingprogramms für Verhütungsmittel herauszufinden.

Interviews mit Klientinnen im Anschluß an den Besuch des Dienstes sind eine Komponente der 'Situations Analysis' (FISHER et al. 1992). Sie eignen sich besonders, übermitteltes Wissen in der Beratungssituation zu erfragen. Der Courtesy-Bias[101] ist bei Interviews im Anschluß an die Dienstleistungen besonders hoch (SIMMONS und ELIAS 1994). Diesem Bias wurde versucht, mit sozialwissenschaftlichen Verfahren entgegenzutreten. Tiefeninterviews, ethnographische Methoden und Focus-Group-Diskussionen wurden in Studien zur Qualität der FP-Dienste genutzt (STYCOS 1981, SIMMONS und ELIAS 1994, FISHER et al. 1992, DWYER et al. 1991).

[101] Bias durch zu positive Antworten von seiten der Klienten durch die Nähe zur und Abhängigkeit von der Dienstleistung. BROWN et al. 1995 diskutieren jedoch auch die mangelnden Erfahrungen der Klienten mit anderen Diensten, so daß die Urteilsfähigkeit, was qualitativ schlecht ist, fehlt.

Insbesondere die Focus-Gruppen-Diskussionen fanden breite Anwendung. Man hofft vor allem durch die Diskussion in der Gruppe, wichtige Einblicke zu erhalten, die durch Befragung einzelner nicht gewonnen werden könnten (SIMMONS und ELIAS 1994). Durch die Gestaltung von Gruppen mit unterschiedlicher soziokultureller Situation (Frauen mit vielen Kindern, ledige Frauen ohne Kinder...) ermöglicht gerade diese Methode, Gründe für die reservierte Einstellung gegenüber FP in dieser Gruppe zu erfassen. Darüber hinaus werden durch die Interaktion in der Gruppe nicht nur Ideen, sondern auch Gefühle und konträre Einstellungen offenbar (GÖRGEN 1992, FOLCH-LYON und TROST 1981). FOLCH-LYON et al. (1981) nutzten z. B., um das Profil der Klientel des Marketing Programms in Mexiko herauszufinden, diese aus der Marktforschung bekannte Methode. Diese Methode wurde aber auch kritisch betrachtet. So bezweifelt STYCOS (1981), daß alle Frauen, gerade mit konträren Meinungen zu anderen Gruppenmitgliedern, tatsächlich ihre eigenen Emotionen und Meinungen äußern. Zudem kritisierte STYCOS (1981) in der Studie in Mexiko, daß auch hier ein Courtesy-Bias zu finden ist, insofern, daß Forscher dazu neigen negative Verhaltensweisen, wie die männliche Dominanz, überzubewerten.

Auch teilnehmende Beobachtungen sind geeignete Verfahren um bedeutsame Aspekte der Interaktion zwischen Klient und Anbieter zu erforschen. Sie bieten sich besonders dort an, wo Interaktionen in komplexen Handlungsfeldern erforscht werden sollen. Der Forscher übernimmt eine bestimmte Rolle innerhalb des zu erforschenden sozialen Alltags, um möglichst unverfälschte Daten gewinnen zu können. Die Methode ermöglicht eine gewisse Offenheit, da man sich nicht nur auf Bekanntes konzentriert; sie bietet so die Möglichkeit, gerade Unbekanntes zu entdecken (vgl. FLICK 1986). Anders als Befragungen der Anbieter selbst über ihre Tätigkeit, kann dieses Verfahren helfen, gerade den technischen Aspekt, aber auch kommunikative Schwächen und Stärken der Beratungssituation objektiver zu erfassen (SIMMONS und ELIAS 1994). Hilfreich sind Checklisten, wie sie z. B. in der 'Situation Analysis' von FISHER et al. (1992) genutzt wurden.
Als Nachteil der teilnehmenden Beobachtung wird die ‘bessere Beratung’ in Anwesenheit einer Zuschauers und Bewerters diskutiert[102] (SIMMONS und ELIAS 19994, FRIEDRICHS 1980, MENSCH et al. 1993). Wird die Untersuchung jedoch über einen längeren Zeitraum durchgeführt, relativiert sich dieser Effekt. Alternativ zur Überwindung dieses Bias durch die teilnehmende Beobachtung wurde die Methode der ‘Test-Klienten’ eingeführt[103]. Nachteil dieser Methode ist, daß jeweils nur Erstkonsultationen bewertet werden können. In dörflichen Gegenden werden zudem die ‘Test-Klienten’ als Fremde erkannt[104]. Außerdem bringen diese angelernten, fiktiven Klienten ihren persönlichen soziokulturellen Hintergrund mit ein. Dies beeinflußt die Objektivität der Untersuchung (SCHULER et al. 1985, SIMMONS und ELIAS 1994). So kann die Methode nur als verläßlich gelten, wenn mehrere Test-Klienten an einem Ort eingesetzt werden, um den Bias des einzelnen so gering wie möglich zu halten (LEÓN et al. 1994).Diese Methode eignet sich insbesondere zur Erforschung der persönlichen Beratungssituation. Zumindestens drei Teilaspekte der Qualität, wie sie von BRUCE (1990) beschrieben wurden, die Informationsübermittlung, die technische Kompetenz und die zwischenmenschlichen Beziehungen

[102]HAWTHORNE-Effekt, siehe auch Methodik, Seite 66
[103]Die Klienten werden für ihre Funktion, der Bewertung der Beratungssituation, ausgebildet. Anschließend werden sie interviewt, um die gewünschten Kriterien der Qualität der Anbieter-Klient-Interaktion zu erfassen.
[104]BROWN et al. (1990) setzten aus diesem Grund die ‘Mystery Clients’ nur im städtischen Bereich ein.

lassen sich durch diese Form der Studien erhellen (HUNTINGTON et al. 1990, SCHULER et al. 1985, HUNTINGTON und SCHULER 1993, LEÓN et al. 1994, BROWN et al. 1995).

Alle genannten Methoden, die zur Untersuchung der Interaktion von Klient und Anbieter und der Qualität der Dienste genutzt werden, haben ihre Schwächen und Stärken. Sinnvoll erscheint eine Kombination verschiedener Ansätze auch mit quantitativen Daten (SIMMONS und ELIAS 1994).

4 Das Studiengebiet

4.1 Soziodemographische Situation in Kamerun

Kamerun gehört geopolitisch zu Zentralafrika und wird im Nordwesten von Nigeria, im Norden vom Tschad, im Osten von der Zentralafrikanischen Republik und im Süden von Äquatorialguinea, Gabun und Kongo begrenzt.
Auf einer Fläche von 475442 km lebt eine Bevölkerung von 13,1 Millionen Menschen (1994) bei einem Bevölkerungswachstum von rd. 3% im Jahr. Die Projektionen gehen von einer Bevölkerung von 15-17 Mill. Einwohnern für das Jahr 2000 aus, während 2025 mit mindestens 29 Mill. gerechnet werden muß. Besonders stark wächst im Moment die Stadtbevölkerung (6%), und für 1991 wurde geschätzt, daß 42% der Bevölkerung bereits in Städten lebt. Die Alphabetisierungsrate wird für die weibliche Bevölkerung mit 42,6% und für die männliche mit 66,3% angegeben (UNICEF 1995, HILLEBRAND und MEHLER 1993).

Die Kleinkindersterblichkeit beträgt 113 Kinder auf 1000 Geburten (1993), die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 56 Jahren. Die Müttersterblichkeit wurde für die 80er Jahre auf 430 Todesfälle auf 100.000 Lebendgeburten geschätzt (UNICEF 1995, ABOUZAHR und ROYSTON 1991).

Die Situation im Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch Defizite im präventiv-medizinischen System. Der Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu Gesundheitseinrichtungen wird für 1988 mit 41% angegeben. Eine vollständige Durchimpfungsrate von Kindern unter 2 Jahren wird nur bei 70% der Kinder erreicht (1990). Durchschnittlich 11800 Einwohner werden durch einen Arzt versorgt. Der Anteil der Ausgaben für Gesundheit im Vergleich zu den nationalen Gesamtausgaben beträgt 5% statt der von der WHO geforderten 10% (STATISTISCHES BUNDESAMT 1993).

Bis Mitte der achtziger Jahre wies Kamerun eine relativ positive Wirtschaftsbilanz und ein kontinuierliches Wirtschaftswachstum auf. Die Krisenjahre seit 1985 mit ihrem starken Rückgang des Brutto-Inland-Produktes haben Erfolge der 70er und 80er Jahre weitgehend annulliert, und das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen ist wieder auf den Stand Mitte der 70er Jahre zurückgefallen. Für 1992 wird es mit 820 US$ angegeben (HILLEBRAND und MEHLER 1993).

4.2 Geschichte der Familienplanung in Kamerun

Familienplanung war in Kamerun lange Zeit quasi illegal, die Methoden kaum zugänglich für die Frauen und das Wissen der Bevölkerung über FP-Methoden und ihre Anwendung sehr niedrig (BALÉPA et al. 1992). Bis in die achtziger Jahre wurde von der Regierung ein Bevölkerungswachstum favorisiert.
Erst 1985, mit Erarbeitung des 6. Fünfjahresplanes, wurde der negative Einfluß des Bevölkerungswachstums erstmalig berücksichtigt, insbesondere aufgrund des Sinkens des ökonomischen Wachstums während der be-

ginnenden ökonomischen Krise[105]. Schwierigkeiten wurden vor allem auch in dem raschen Wachstum der städtischen Bevölkerung, mit der Folge der Entstehung von Slums, Kriminalität und Zunahme des Bevölkerungsanteil der Kinder und Jugendlichen (MOUKOKO 1994, BECKER 1991). Aber auch die zunehmende Anzahl der Schwangerschaften unter Jugendlichen und die Abtreibungen erzielten vermehrt Aufmerksamkeit (LEKE 1989, YANG MANGE 1991)

1985, im Rahmen der Präsentation des 6. Fünfjahresplanes, wurde vor der Nationalversammlung vom Regierungschef die folgende Stellungnahme verlesen: *„Unsere Ambitionen sind sicher immer weitreichender, aber die Herausforderungen für die kommenden Jahre sind folgende: Das rasche Bevölkerungswachstum, die Landflucht, das rasche Anwachsen der Städte, der steigende Bedarf an Arbeit, die fortschreitende Umweltzerstörung, um nur einige der hervorstechenden Probleme zu nennen. (...) Wir sollten das Bewußtsein nutzen, dem Phänomen des Bevölkerungswachstums Beachtung zu schenken, das jeden Tag mehr an Bedeutung gewinnt ...“*. (COMMISSION NATIONAL DE POPULATION 1993).

Diese Erklärung markiert den Wendepunkt der Regierungsposition. Im Laufe des Jahres 1986 wurde eine nationale Bevölkerungskommission gebildet mit dem Auftrag, der Regierung Hilfestellung zu leisten und eine Bevölkerungspolitik zu definieren und zu gestalten. Ebenso wurde auch 1986 das französische Gesetz von 1920, welches den Verkauf und die Werbung für Kontrazeptiva untersagte, abgeschafft (NISSACK 1993).

Im März 1993 wurde eine offizielle Deklaration der nationalen Bevölkerungspolitik verabschiedet. Oberstes Ziel ist es danach, „die Lebensqualität und -situation der kamerunischen Bevölkerung zu verbessern angesichts der begrenzten Ressourcen, im Einklang mit der Würde des Menschen und mit den grundlegenden Menschenrechten, und auch im Hinblick darauf die Bevölkerung mit den Grundbedürfnissen (Nahrungsmittel, Gesundheit, Bildung, Arbeit ect.) zu versorgen“ (COMMISSION NATIONAL DE POPULATION 1993).

Von internationaler Seite wird die Regierung von mehreren bilateralen und multilateralen Organisationen unterstützt. UNFPA stellt den größten Teil des Bedarfs an Kontrazeptiva sicher. USAID hat insbesondere durch sein Programm „Family Planning Expansion Service (SEATS)“ einen großen Beitrag zur Etablierung der FP in Kamerun geleistet.

Ebenfalls durch USAID unterstützt wurde die Organisation „International Training for Health (INTRAH)“. Diese Organisation ist mit der Ausbildung des Personals in den Gesundheitseinrichtungen beauftragt. Darüber hinaus wurden zwei Referenzwerke vom kamerunischen Direktorium für Gesundheit mit Unterstützung von INTRAH konzipiert: „Politik und Standard der Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder und Familienplanung“ und „Protokolle der FP-Dienste“ (MSP/DSFM USAID/INTRAH 1994, DSFM/MSP 1993).

[105] Die Einnahmen aus Exporten gingen zwischen 1985 und 1987 um 30% zurück, und das Bruttosozialprodukt sank zwischen 1986 und 1987 um 2,7% und zwischen 1987 und 1988 sogar um 8,6%. Das Bevölkerungswachstum wurde zur gleichen Zeit auf 3,2% beziffert.

4.2.1 Anwendung von Methoden der Kontrazeption in Kamerun

Die längsten Erfahrungen mit Verhütungsmethoden in Kamerun wurden in der Universitätsklinik in Yaounde gemacht, die seit 1975 FP-Dienste anbot (LIENOU 1987, SOULANOUDJINGAR 1982, NTOKE 1992). Anfang der achtziger Jahre waren die meist genutzten Verhütungsmittel die Spirale (50%), gefolgt von der Pille (26%) und der Sterilisation (4%).

Die DHS-Studie, die 1991 in Kamerun durchgeführt wurde, zeigte, daß 66% aller Frauen moderne Verhütungmittel kennen. Am bekanntesten sind die Pille (49%), die Spirale (32%), injizierbare hormonelle Kontrazeptiva (40%), die Sterilisation der Frau (53%) und Kondome (44%). 15,7% der Frauen geben an, schon einmal moderne Verhütungsmethoden angewendet zu haben, während die Zahl der Frauen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung auf moderne Methoden zurückgriffen, nur bei 4,2% lag. Bevorzugt wurde die Pille mit einer Anwendungsrate von 1,2% (BALÉPA et al. 1992).

Die Schwierigkeiten, die infolge der Verbreitung von Gerüchten über moderne Verhütungsmethoden auftraten, wurden schon 1990 durch eine Studie des Gesundheitsministeriums aufgedeckt. Insbesondere der Pille wurden große Gesundheitsrisiken wie Sterilität, Blutungen, Mehrlingsgeburten und Zerstörung der Eileiter und der reproduktiven Organe zugeordnet. Letztendlich wird dem Angebot der FP in Kamerun aber positiv begegnet. Der Wunsch nach weniger Kindern, dafür aber gut ausgebildet und gesund, ist in der Bevölkerung verbreitet.

4.3 Das Studiengebiet Douala

Untersuchungsgebiet für diese Studie war Douala, die größte Stadt des Landes mit offiziell 810 490 Einwohnern. Wegen des großen Hafens ist Douala die Wirtschaftsmetropole des Landes und leidet daher besonders unter der ökonomischen Krise. Untersuchungen der Weltbank zeigten, daß die Arbeitslosenquote in Douala von 4% (1991) auf 24% (1994) angestiegen ist (YITAMBEN 1994). Die Stadt liegt in der Provinz Littoral, welche neben der Süd-West- und der Nord-West-Provinz Projektgebiet der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist.

Seit 1978 arbeitet die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) gemeinsam mit dem kamerunischen Gesundheitsministerium an der Förderung des von der kamerunischen Regierung offiziell propagierten Primärgesundheitswesens, welches von der WHO seit der Konferenz von Alma-Ata empfohlen wird und durch die Initiative von Bamako neu gestaltet wurde. Ein Hauptaspekt des Projektes war die Einführung von Gemeindeapotheken, die auf der Basis der essentiellen Medikamente arbeiten. Teil des Projektes ist seit 1988 auch eine Komponente zur Bekämpfung von AIDS bei einer geschätzten Prävalenz von 2%-8% unter schwangeren Frauen und seit Januar 1994 eine FP-Komponente. Ziel des FP-Projektes ist die Intensivierung der Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten und die Verbesserung der Qualität der FP-Dienste (NKWATE et al. 1995, KÜLKER 1995, GTZ 1991, 1995a, 1995b, NJIFAKUE und NGALEU 1993). Für 1995 wurde ein neues Programm entworfen, das speziell Jugendliche mit Informationen über FP und AIDS versorgen sollte (GTZ/MSP 1995).

5 Ziele der Untersuchung

Die zentrale Hypothese der Studien lautete: ***"die Qualität der Leistungen der Familienplanungseinrichtungen beeinflußt die Qualitätseinschätzung der Klientinnen und damit das Kontrazeptionsverhalten"".*** Die Begriffe *„Qualität"* der FP-Dienste, *„Qualitätseinschätzung"* und *„Kontrazeptionsverhalten"* der Klientinnen werden dabei wie folgt definiert:

„Qualität" wird definiert als Grad der Erfüllung oder Nichterfüllung eines Standards, der mit Hilfe einer Checkliste im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung ermittelt wird.
Die *„Qualitätseinschätzung"* der Klientinnen wird definiert als Grad der Zufriedenheit mit den Leistungen des FP-Dienstes und der Bewertung des Beratungserfolges auf Klientinnenseite; sie wird mittels eines Fragebogens erarbeitet.
Das *„Kontrazeptionsverhalten"* wird gemessen durch die Kontinuität der Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption.

Zur Überprüfung dieser Hypothese werden im Rahmen dieser Arbeit insgesamt 7 Ziele verfolgt**:**

5.1.1 1. Ermittlung der Qualität der FP-Dienste in Bonassama und Soboum

5.1.2 2. Bestimmung der Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen

5.1.3 3. Vergleich der Ergebnisse, gegenseitige Beeinflussung von Ziel 1.und 2 und Diskussion

Ergänzend zu dieser Studie in den beiden FP-Diensten wurde eine Untersuchung im Einzugsbereich der beiden FP-Dienste durchgeführt. Da man annehmen muß, daß auch die soziale Struktur der Zielbevölkerung einen Einfluß auf die Inanspruchnahme wie auch die Kontinuität der Besuche der FP-Dienste ausübt, stellt diese Studie eine Ergänzung zu der Studie in den FP-Diensten dar. Zudem bietet die Befragung von Frauen aus dem Einzugsgebiet die Möglichkeit, von ehemaligen Klientinnen der FP-Dienste deren Gründe für den Abbruch der Verhütungsmethoden zu erfahren.
Die Studie in den beiden Einzugsgebieten der FP-Dienste, den Stadtteilen Bonassama und Soboum, hat somit folgende Ziele:

5.1.4 4. Bekanntheitsgrad der FP-Dienste

5.1.5 5. Persönlichen Erfahrungen der Frauen mit den FP-Diensten

5.1.6 6. KAP-Studie

5.1.7 7. Vorschläge zur Verbesserung der Qualität der FP-Dienste

6 Methodisches Vorgehen

6.1 Vorbereitung und Auswahl der Zentren

Zur Untersuchung der Hypothese ***"die Qualität der Leistungen der Familienplanungseinrichtungen beeinflußt die Qualitätseinschätzung der Klientinnen und übt darüber einen wesentlichen Einfluß auf deren Kontrazeptionsverhalten aus"*** wurde in dieser Studie mit einem Vergleich zweier Zentren, die als unterschiedlich in der Qualität eingeschätzt wurden, gearbeitet.

Um diese beiden Zentren zu identifizieren, wurde der Indikator 'Abbrecherquote' als Qualitätsmerkmal angewandt[106]. Als Abbrecher galt eine Klientin, die ein halbes Jahr nach einem vereinbarten Termin nicht wieder in die FP-Sprechstunde gekommen war.

In Douala bieten 12 öffentliche medizinische Einrichtungen FP-Dienste an: 8 Krankenhäuser, 3 Gesundheitszentren und das 'Haus der Frau'. In diesen 12 Einrichtungen wurden jeweils zwischen 50 und 100 Karteikarten von Klientinnen der FP-Sprechstunde ausgewertet. Es wurden die Karteikarten der Frauen ausgewählt, die Ende 1994 (Oktober, November und Dezember) zum ersten Mal die FP-Dienste aufgesucht hatten, und die Abbrecherquote unter ihnen bestimmt. Als 'Abbrecher' galten hier die Klientinnen, die zu einem Termin bis Anfang Mai 1995 nicht mehr gekommen waren. Die Abbrecherquote in den einzelnen Zentren variierte zwischen 19% und 60% (siehe Anh.).

Zentren mit weniger als 60 Klientinnen im Monat wurden für die Studie nicht in Betracht gezogen, weil davon ausgegangen werden mußte, daß nicht genügend Klientinnen innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens erreicht werden konnten. Das Zentrum mit der höchsten Abbrecherquote wurde zudem nicht ausgewählt, da es nach vor Ort gewonnenen Informationen zu einer gezielten Beeinflussung der Klientinnen und damit der Abbrecherquote gekommen war. Eine Mitarbeiterin dieses Zentrums hatte aus religiöser Überzeugung alle Klientinnen des FP-Dienstes Anfang des Jahres 1995 wieder nach Hause geschickt.

Es wurden der FP-Dienst im Krankenhaus in Bonassama mit einer ermittelten Abbrecherquote von 43% und der FP-Dienst im Integrierten Gesundheitszentrum in Soboum mit einer Abbrecherquote von 19% ausgewählt[107].

---

[106]Die Kontinuitätsrate, das positive Pendant zur Abbrecherquote, wurde zur indirekten Qualitätserfassung empfohlen (GTZ/ITHÖG, 1989). Auch KÜLKER (1995) spricht im Projektfortschrittsbericht von höherer Qualität der Zentren, die eine höhere Kontinuität aufweisen. Andere entwickelte Qualitätsindikatoren, wie von BERTRAND ET AL. (1994) beschrieben, setzen als direkte Indikatoren bereits eine Studie voraus. Auch BERTRAND (1993) empfiehlt als Outcome-Indikator die Kontinuitätsrate, neben der Anzahl neuer Klienten, Komplikationsraten, Empfehlungen von seiten der Klienten u.a.. Von BROWN et al. (1995) wurde in Marokko die Anzahl neuer Klienten als Qualitätsindikator gewertet. Hier ließ sich aber kein Zusammenhang mit der Qualität der Dienste herstellen.

[107]Die Abbrecherquoten der beiden Zentren wurden durch die Auswertung der Karteikarten der Klientinnen aus dem Zeitraum Januar 1994 bis Februar 1995 noch einmal bestimmt. Hier zeigte sich eine Abbruchquote von 50% für Bonassama und von 25% für Soboum.

Die Zentren lagen in unterschiedlichen Stadtvierteln Doualas. Das eine Stadtviertel, **Bonassama,** liegt westlich stadtauswärts in Richtung der beiden englischsprachigen Provinzen in Kamerun. Es wird von einer zum Teil „autochtonen“ Bevölkerung bewohnt, die in diesem Gebiet schon seit über 20 Jahren lebt. Der größte Teil der Bevölkerung dieses Stadtteiles ist aus den beiden englischsprachigen Provinzen Nord-West oder Süd-West zugewandert (YITAMBEN 1994).

Der Stadtteil **Soboum** ist Teil der «Zone Nylon», ein relativ junges Viertel in der Nähe des internationalen Flughafens in Douala[108]. Die Frauen kommen fast ausschließlich aus der West-Provinz in Kamerun. 95% der Frauen in diesem Stadtteil sind verheiratet und Hausfrauen; 20% gehen aber auch einer Handelstätigkeit nach [109], und 60% der Frauen hatten 1985 ein durchschnittliches Einkommen von weniger als 20.000 CFA (entspricht ca. 60 DM). Das Bildungsniveau der Frauen ist niedriger als beim Durchschnitt in Douala (YITAMBEN 1994, MAINET 1985).

6.2 Durchführung der teilnehmenden Beobachtung und Interviews mit Klientinnen

Die Studie wurde von Oktober 1995 bis Ende Februar 1996 durchgeführt. In einer Phase des Pretest wurden vom 11.-17. Oktober die Fragebögen für die Klientinnen der FP-Sprechstunde getestet und an gewonnene Erfahrungen angepaßt. Eine Focus-Gruppen-Diskussion mit Nutzerinnen von modernen Kontrazeptiva wurde im Oktober durchgeführt, um die Relevanz der Fragen zu eruieren und erste Hinweise zur Problematik der Nutzung von Verhütungsmitteln zu erbringen (KRUEGER 1994).

Jeweils 100 teilnehmende Beobachtungen und Interviews mit Klientinnen wurden in beiden Zentren durchgeführt. Es wurden die Anfangsbuchstaben der Namen der Klientinnen erfaßt, um eine Zuordnung der Checkliste der teilnehmenden Beobachtung und der Interviews mit den Klientinnen zu ermöglichen. Die teilnehmende Beobachtung wurde von der Autorin selbst und die Interviews mit den Klientinnen von einer kamerunischen Mitarbeiterin der Gesundheitsdelegation vorgenommen. Die teilnehmende Beobachtung und die Interviews mit den Klientinnen wurden vom 18. Oktober bis 22. November 1995 in Bonassama und vom 29. November 1995 bis 9. Januar 1996 in Soboum durchgeführt. Es wurde, je nach täglicher Freqentation des Zentrums, jeweils jede Klientin interviewt oder jede zweite.

1. Ziel: Ermittlung der Qualität der FP-Dienste in Bonassama und Soboum

Zur Bearbeitung dieses Zieles wurde mit zwei Methoden gearbeitet: Auswertung der Patientenkarteikarten und teilnehmende Beobachtung.

---

[108] So lag das durchschnittliche Alter der Bewohner in Nylon 1985 noch bei 24 Jahren. Die meisten waren im Alter von 17 bis 21 Jahren nach Douala gezogen (MAINET 1985).

[109] Eine andere Studie zeigte, daß in Douala im Durchschnitt 13% der Frauen einer Handelstätigkeit nachgehen (YITAMBEN 1994).

- Die **Auswertung der Karteikarten** sollte Aufschluß geben über die durch die FP-Dienste erreichte Bevölkerungsschicht. Die Karteikarten beinhalten Angaben zu soziokulturellen Basisdaten, zur geburtshilflichen Anamnese, zu Krankheiten in der Vorgeschichte und eine Dokumentation der körperlichen Untersuchung inklusive gynäkologischer Untersuchung (siehe Anh.). Die Karteikarten der Frauen wurden ausgewertet, die das erste Mal zwischen dem 01.01.94 und dem 28.02.95 in die FP-Sprechstunde gekommen waren. Da nicht alle Sparten der Karteikarten konsequent ausgefüllt worden waren, wurde nur der Teil der Daten ausgewertet, der kontinuierlich ausgefüllt worden war: Alter, Familienstand, Bildung, Religion, Zahl der lebenden Kinder, gewähltes Kontrazeptivum und Daten der Wiederholungskonsultationen. Mit Hilfe dieser Karteikarten wurde auch die genaue Abbrecherquote ermittelt.

- Zur Bestimmung der Qualität der FP-Sprechstunde wurde ferner eine **teilnehmende Beobachtung** durchgeführt. "Die teilnehmende Beobachtung ist die geplante Wahrnehmung des Verhaltens von Personen in ihrer natürlichen Umgebung durch einen Beobachter." (FRIEDRICHS 1980). Zur Standardisierung der Qualitätsermittlung wurde mit einer Checkliste gearbeitet. Die Checkliste wurde auf den Grundlagen der Elemente der Qualität nach (BRUCE 1990), den Kriterien einer guten Beratungsstrategie der Johns Hopkins University ("GATHER") (Population Reports 1987) nach "Client-Rights, Providers Need" der IPPF (HUEZO und DIAZ 1993b) und nach dem Leitfaden "Die FP-Sprechstunde in Afrika" (BROWN und BROWN 1988) erarbeitet. Ähnliche Kriterien wurden auch von BERTRAND (1993) und FISHER et al. (1992) verwendet, so daß in der Diskussion die Möglichkeit bestand, die Studie mit anderen Situationsanalysen zu vergleichen.

Es wurden zwei verschiedene Checklisten verwendet, eine für die erste Konsultation, wenn also eine Klientin das erste Mal die FP-Sprechstunde aufsuchte, und eine zweite für die Wiederholungskonsultationen, wenn Klientinnen kamen, um sich erneut Kontrazeptiva verschreiben zu lassen.

Die Checklisten orientierten sich an den Qualitätskriterien nach (BRUCE 1990). Die Qualitätselemente **Wahl der Methode und Informationen, die den Klientinnen gegeben werden,** wurden durch die Checkliste der Erstkonsultationen erfaßt (siehe Anhang). Diese half zu bestimmen, welche Verhütungsmittel vorgestellt und welche Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Nachteile und Vorteile der verschiedenen Methoden genannt wurden.

Technische Kompetenz: Hier wurden Kriterien wie die Einhaltung des medizinisch wichtigen Standards, z. B. körperliche Untersuchung vor Verschreibung der Kontrazeptiva, Einhaltung von Kontraindikationen u. a. erfaßt. Die Qualitätskriterien basieren zum einen auf dem allgemeinen Standard, der vor Verschreibung von Verhütungsmitteln (insbesondere den hormonellen Kontrazeptiva) erwartet wird[110].

[110]Zugrunde gelegt wurden hier die Werke von TEICHMANN 1996, TAUBERT und KUHL 1995, BROWN und BROWN 1988 und der in den Ausbildungsmaterialien in Kamerun festgelegte Standard.

Maßnahmen zur Herstellung der Kontinuität: Ein vierter Punkt der Checkliste waren Maßnahmen zur Herstellung der Kontinuität. Als wichtig für die Kontinuität der Anwendung haben sich drei Aspekte herausgestellt: die Festlegung eines nächsten Termins, die Ermunterung, sich im Falle von Nebenwirkungen wieder an den FP-Dienst zu wenden und die Tatsache, ob die Klientin ihr gewünschtes Verhütungsmittel erhält.

Zwischenmenschliche Interaktion: Unter Beachtung wichtiger Kriterien einer guten Beratungsstrategie[111] und adaptiert an den in Kamerun vorgegebenen Standard, wurde für den interaktiven Bereich eine Kontrolliste entworfen. Sie arbeitete mit verschiedenen Aspekten der zwischenmenschlichen Beziehung und Standards in bezug auf die Wissensvermittlung, z.B. die Anwendung von visuellem Aufklärungsmaterial. Bei adäquater Erfüllung des jeweiligen Kriteriums (oder beider Werte) wurden 2 Punkte gegeben, war das Qualitätskriterium nur mittelmäßig erfüllt, 1 Punkt und bei Nichtbeachtung kein Punkt.

Konstellation der Dienste: Ergänzt wurde die teilnehmende Beobachtung durch eine Informationssammlung zu Aufbau , Organisationsstruktur und Integration der FP-Dienste. Die Beschreibung der Zentren soll Grunddaten zur Nutzung, zu Angebot, Ausbildung der Mitarbeiter, Supervision u.a. geben. Die erhobenen Daten lehnen sich an die Empfehlungen des Leitfadens für FP der 'Situationsanalyse' an (FISHER et al. 1992).

Die Wahl der teilnehmenden Beobachtung zur Qualitätsbestimmung der FP-Dienste weist zwar Nachteile auf. In dieser Studie wurde der teilnehmenden Beobachtung aber der Vorzug gegeben, weil so mehr direkte Information gewonnen werden konnte, welche ein 'ausgebildeter Klient` oder 'Pseudoklient' unter Umständen bei der notwendigerweise erst später stattfindenden Standardisierung nicht mehr genau in Erinnerung hat. Zudem können Aspekte in Betracht gezogen werden, die bei der Planung nicht beachtet wurden.

Der HAWTHORNE-Effekt[112] wurde dadurch gemildert, daß die teilnehmende Beobachtung etwas länger als einen Monat dauerte und wesentliche Änderungen über einen so langen Zeitraum aus organisatorischer Sicht und wegen der Arbeitsbelastung schlecht durchführbar gewesen wären. Der systematische Fehler muß dennoch bei der Auswertung der Daten grundsätzlich bedacht werden.

2. Ziel: Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen

Zur Bearbeitung dieses Zieles wurde mit einem Fragebogen gearbeitet, der offene und geschlossene Fragen enthielt. Basisdaten wie Alter, Familienstand, Religionszugehörigkeit u.a. wurden am Ende des Interviews erfragt, um die Vertrauensbildung während des Interviews nicht zu gefährden (siehe Fragebogen im Anhang). Die Durchführung der Interviews mit Hilfe eines Fragenkataloges mit offenen Fragen bietet die Möglichkeit, die Struktur eines Fragebogens mit den Vorzügen eines strukturierten Interviews zu vereinen. "A guideline interview is a guided discussion and is conducted in a sufficiently informal manner that the informant can in-

---

[111] LETTENMAIER und GALLEN 1987

[112] HAWTHORNE-Effekt: qualitativ besserer Dienst in Anwesenheit eines Beobachters

troduce subjects, or aspects of subjects, not anticipated by the interviewer." (Annett H, Rifkin.S zitiert in MAIER 1994)
Der Vorteil der Kombination offener und geschlossener Fragen liegt darin, daß sowohl wichtige Fragepunkte abgedeckt werden als auch Raum für freie Äußerungen besteht und auch Kritik und Verbesserungsvorschläge gesammelt werden können. Qualitative Studien bieten sich insbesondere dort an, wo der Forscher noch Hypothesen sucht und keine klaren Vorstellungen über Zusammenhänge existieren (LAMNEK 1981, HOPF 1979).

Die Themenbereiche des Fragebogenkataloges basieren wie auch die Checklisten auf den Qualitätskriterien (s. o.), wie sie in der Literatur der letzten Jahre beschrieben wurden.

Nimmt man die Qualitätskriterien nach BRUCE (1990), gliedern sich die Themen des Fragebogenkataloges wie folgt:

Die beiden Punkte **Wahl der Methode und Informationen, die den Klientinnen gegeben werden,** können durch Fragen nach den vorgestellten Methoden bearbeitet werden. Sie werden ergänzt durch offene Fragen zu dem, was die Klientinnen über die verschiedenen Methoden gehört haben. Hieraus kann ermittelt werden, ob die Informationsübermittlung von Vorteilen, Nachteilen und Nebenwirkungen der einzelnen Kontrazeptiva gelungen ist. Daneben wird festgestellt, ob die Wahl des Kontrazeptivums mit den Wünschen der Klientinnen übereinstimmt und ob noch Fragen zu den Kontrazeptiva unbeantwortet sind.

Die **persönliche Zufriedenheit** mit dem FP-Dienst wurde mit offenen Fragen wie z. B.” was hat Ihnen gefallen, was hat Ihnen nicht gefallen” , ermittelt. Die Fragen wurden in Anlehnung an einen Fragebogen zur Zufriedenheit der Klientinnen eines Zentrums, in dem Sterilisationen vorgenommen werden (DWYER et al. 1991), entworfen. Die offenen Fragen wurden gewählt, um möglichst spontane Antworten zu erhalten. Es zeigte sich aber, daß viele Frauen Schwierigkeiten haben, persönlichen Empfindungen und Schwierigkeiten Ausdruck zu verleihen.

Ein dritter Fragenbereich betraf die **adäquate Konstellation** des Zentrums. Die Frauen wurden nach der Informationsquelle über FP gefragt, um Hinweise zu erlangen, wie weit die Integration der Aufklärung über FP in den übrigen medizinischen Diensten und Mutter-Kind-Einrichtungen fortgeschritten ist.

6.3 Feldstudie in den Einzugsbereichen der beiden FP-Dienste in Bonassama und Soboum

Die teilnehmende Beobachtung und die Interviews mit Klientinnen des FP-Dienstes wurden ergänzt durch eine Studie im Einzugsbereich der beiden untersuchten Zentren. Die Feldstudie richtete sich an die Zielgruppe der Frauen im fruchtbaren Alter (15-49 Jahre).
Das Ziel dieser Studie war, den Bekanntheitsgrad der FP-Dienste der beiden Zentren zu ermitteln. Um den Umfang der Stichprobe festzulegen, wurde mit der folgenden Gleichung gearbeitet: $n= pq / (E / 1,96)^2$

(p=geschätzte Publizität, q= (1-p), E= tolerierbarer Fehler). Da es keine Angaben über den Bekanntheitsgrad der beiden FP-Dienste gab, mußte, um den Umfang der Stichprobe zu errechnen, mit einer zu erwartenden Bekanntheit von 50% gerechnet werden. Hieraus ergab sich nach der oben genannten Gleichung (0,5 x 0,5 / (0,05 / 1,95)² = 385), daß zumindestens 385 Frauen interviewt werden mußten, um mit einem Sicherheitsintervall von 95% und einem zu tolerierenden Fehler von 5% Aussagen zum Bekanntheitsgrad der beiden FP-Dienste treffen zu können (VAUGHAN und MORROW 1991).

Die **Stichprobenauswahl** der Erhebungseinheiten erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren, wie es von der WHO als sogenanntes Clusterverfahren empfohlen wird. Es ist eine Technik, nach der im Zufallsverfahren 30 Cluster ermittelt werden, zu denen jeweils 7 Frauen im fruchtbaren Alter gehören.
Die Stadtviertel waren jeweils noch einmal in kleinere Viertel aufgeteilt. In Relation zu der Bevölkerungsgröße dieser Viertel wurden zwischen 1 und 11 Cluster in diesen gewählt (siehe Anh.). Diese Viertel wiederum waren in Soboum in Blocks aufgeteilt. Per Zufallsverfahren wurden die Blocks ausgewählt, in denen die Erhebung durchgeführt wurde. Jeder Cluster bestand aus 7 Frauen, und nach dem zufällig ausgesuchten Beginn der Erhebung wurde Haus für Haus die Befragung durchgeführt, bis 7 Frauen interviewt worden waren. Dieses Verfahren wurde in Soboum gewählt. In Bonassama waren die Viertel nicht in Blocks aufgeteilt, so daß man sich mit einem anderen Verfahren behelfen mußte. Die Quartiers wurden mittels eines Gitters, das die Zahlen von 1-100 trug, geteilt und anhand einer Zufallszahlentabelle in Relation zu der Bevölkerungszahl die Orte bestimmt, an denen die Erhebung stattfand.

Für die Studie im Einflußgebiet der beiden FP-Zentren wurden 5 Interviewer/innen ausgebildet. Ihre Ausbildung betraf das kamerunische FP-Programm, Kenntnisse über die einzelnen Verhütungsmitteln, über den Studienplan und ein Training in bezug auf Fragetechniken. Die Ausbildung wurde von der Autorin und der kamerunischen Mitarbeiterin der Gesundheitsdelegation, die zuvor die Interviews mit den Klientinnen geführt hatte, vorgenommen. Nach einem Vortest und Anpassung der Fragebögen wurde die Studie vom 18. Januar bis 2. Februar 1996 im Einzugsgebiet der beiden Zentren Soboum und Bonassama durchgeführt.

4. Bekanntheitsgrad der FP-Dienste

5. Ziel: Persönliche Erfahrungen der Frauen mit den FP-Diensten

Die Studie arbeitete wie die Interviews mit den Klientinnen in den FP-Diensten mit einem Fragenkatalog, der offene und geschlossene Fragen enthielt. Die Studie richtete sich an Frauen im fruchtbaren Alter. Durch offene Fragen darüber, was die Frauen über die FP-Dienste wußten, was man im Stadtviertel erzählte oder was Freundinnen, Nachbarn und Verwandte, welche die Dienste bereits einmal aufgesucht hatten, berichteten, wurde versucht, ein Bild davon zu entwerfen, welches Ansehen die beiden Dienste unter der Zielbevölkerung genossen. Der Vergleich der beiden Zentren sollte Hinweise darüber geben, warum mehr Frauen des einen Zentrums als des anderen regelmäßiger die Dienste in Anspruch nahmen. Eine Erklärung für die unterschiedliche Kontinuität der Anwendung von Kontrazeptiva und Inanspruchnahme der Zentren zu finden, war ein Zielpunkt der Studie.

6. Ziel: KAP-Studie

Studien zu Wissen über Einstellung zu und Anwendung von Kontrazeptiva gelten als Basisstudien, um Bedürfnisse der Bevölkerung zu erkennen und FP-Programme auf diese Bedürfnisse abzustimmen. Auch um diese Zielpunkte zu bearbeiten, wurden offene und geschlossene Fragen verwendet. Es wurde angenommen, daß eine Befragung darüber, welche Verhütungsmittel die Zielgruppe der Frauen im fruchtbaren Alter kennt, nicht ausreicht, um zu erfahren, welcher Art und Tiefe diese Kenntnisse sind. Aus diesem Grund wurde neben der Frage, welche Verhütungsmittel die Frauen kennen, die offene Frage gestellt, was sie über die einzelnen Methoden wissen bzw. was sie darüber gehört haben. Diese offene Frageweise erlaubte es, Gerüchte und Gründe für die Ablehnung von Verhütungsmitteln zu ermitteln.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Haltung zu Familienplanung oder verantwortlicher Elternschaft. Auch hier wurde mit offenen Fragen gearbeitet.

Zudem wurden die tatsächlichen Erfahrungen mit Kontrazeptiva ermittelt. Diese Ergebnisse konnten mit Vorstudien in Kamerun verglichen werden. Die letzte DHS-Studie in Kamerun (BALÉPA et al. 1992) ermittelte u. a. auch Daten zur Anwendung von Kontrazeptiva in den Städten Douala und Yaounde. Ein Vergleich dieser 1991 gewonnenen Daten mit denen der Studie in den Stadtvierteln Doualas konnten Rückschlüsse auf die Entwicklung der Familienplanung in den letzten 5 Jahren liefern.

6.4 Datenanalyse

Die Daten wurden einer tendenziellen Gehaltsanalyse ("Textanalyse") nach Stichwortgruppen, Werteinschätzungen etc. unterzogen. Die Einteilung in Stichwortgruppen und die Kodierung der Antworten wurden von der Untersucherin selbst durchgeführt, um eine einheitliche Zuordnung zu gewährleisten. Die Kodierung umfaßte verschiedene Schritte, wie sie von RILEY (1990) vorgeschlagen wurden, wie eine erste Durchsicht und erste Sammlung von Stichwortgruppen und anschließende endgültige Kodierung und Verschlüsselung der Kodierung zur Analyse mit dem Statistikprogramm (LAMNEK 19981, MAIER et al. 1994, GLASER und STRAUSS 1967).

Mit Hilfe des Statistikprogrammes EPI-Info 6 der WHO wurde eine Analyse der Daten durchgeführt. Nach den Frequenzanalysen wurden die Aussagen der Klientinnen nochmals analysiert, um anhand von Originalzitaten die Interpretation und Klassifikation zu untermauern. Der bei diesem Analyseschritt notwendigerweise auftretende Informationsverlust durch Datenreduktion bei Auswahl und Wiedergabe, vor allem aber durch numerische Reduktion, wurde so gering wie möglich gehalten.

Das Vorgehen war somit sowohl induktiv wie auch deduktiv, da es zum einen den bei der Gruppe der interviewten Klientinnen vorhandenen Qualitätsbegriff erschloß, zum anderen aber auch Rückschlüsse auf die Organisation und Effizienz des FP-Programms zuließ (LAMNEK 19981, MAIER et al. 1994, GLASER und STRAUSS 1967). Zudem wurde vom Institut für medizinische Statistik der JLU Giessen mit Hilfe von SPSS der Einfluß der soziokulturellen Merkmale auf die Kontinuität untersucht. Das private Institut IDEA, Bochum half bei der Untersuchung der statistischen Signifikanz der Unterschiede zwischen Bonassama und Soboum.

6.5 Ethische Gesichtspunkte

Ethische Verpflichtungen bestanden von seiten des Untersuchers gegenüber seinen Interviewpartnern, den Projektbeteiligten etc. nicht nur hinsichtlich eines weitestmöglichsten Daten- bzw. Persönlichkeitsschutzes, sondern bei diesem sensiblen Thema auch in bezug auf die Respektierung kulturell bestimmter Wertvorstellungen. Es wurden weder Name noch Adresse der Klientinnen oder der interviewten Frauen erfaßt. Vor jedem Interview wurden sie über das Ziel der Untersuchung informiert und über die Freiwilligkeit der Teilnahme. Um auch den Frauen einen direkten Gewinn aus der Befragung zukommen zu lassen, wurden ihnen im Anschluß an die Befragung nochmals die verschiedenen Verhütungsmethoden erklärt und viele Fragen beantwortet. Dieses Gespräch über Verhütungsmethoden wurde auch bei der Befragung der Frauen im Stadtviertel durchgeführt. Die ausgebildeten Studenten, die die Befragung durchführten, erhielten Grundinformationen zu den Methoden und einige Proben. Die Information hatte im Stadtviertel eine sehr positive Resonanz, so daß nur wenige Frauen die Befragung ablehnten.