



pro familia hintergrund

Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Leitlinien und Empfehlungen

**Ensuring human rights in the
provision of contraceptive
information and services
Guidance and
recommendations**

Deutsche Übersetzung



Impressum



pro familia Bundesverband
Mainzer Landstraße 250–254
60326 Frankfurt am Main

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2018

Weitere Auskünfte erteilt die:
Department of Reproductive Health and Research
Weltgesundheitsorganisation
Avenue Appia 20, CH-1211 Genf 27, Schweiz
Fax: +41 22 791 4171
E-Mail: reproductivehealth@who.int

Titel-Foto: © yuliya_chitakh – fotolia.com

Gefördert vom



Die Originalausgabe dieses Werks erschien 2014 unter dem Titel *Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations* © Weltgesundheitsorganisation 2014.

Die deutsche Übersetzung erfolgte mit freundlicher Genehmigung der Weltgesundheitsorganisation durch Miriam Geoghegan. Der Herausgeber allein ist für die Richtigkeit der Übersetzung verantwortlich.



Vorwort	5
Danksagung	6
Akronyme und Abkürzungen	7
Kurzfassung	8
Zusammenfassung der Empfehlungen	9
I. Einleitung	12
Ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln	12
Auftrag der Weltgesundheitsorganisation	12
Empfängnisverhütung, Gesundheit und Menschenrechte	13
Sicherstellung der Menschenrechte im Rahmen von Empfängnisverhütungsprogrammen	14
Ziele	15
II. Methoden	16
Ermittlung kritischer Fragen und Endpunkte	16
Evidenzgewinnung	16
Beurteilung, Synthetisierung und Einstufung der Evidenz	18
Grenzen des GRADE-Systems für die Beurteilung von Evidenz, die für Menschenrechte im Rahmen von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung von Relevanz ist	18
Interessenerklärung	19
Formulierung von Empfehlungen	19
Systematische Einbeziehung von Menschenrechtsnormen und -grundsätzen	20
III. Leitlinien und Empfehlungen	21
1. Nichtdiskriminierung	21
2. Verfügbarkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	22
3. Zugänglichkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	22
4. Akzeptanz von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	25
5. Qualität von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	26
6. Informierte Entscheidungsfindung	27
7. Privatsphäre und Vertraulichkeit	27
8. Teilhabe	28
9. Rechenschaftspflicht	29
Literatur	31

Anhänge

Anhang A Leitliniensteuerungsgruppe

Anhang B Leitlinienentwicklungsgruppe

Anhang C Zusammenfassende GRADE-Einstufungs- und -Evidenztabellen

Anhang D Empfängnisverhütungsbezogene Gesundheitsstandards und Menschenrechtsnormen

Die Anhänge erscheinen wie im Original in einer gesonderten Publikation. Die englischsprachigen Originalfassungen der Anhänge sind online erhältlich unter:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/

Vorwort zur deutschen Übersetzung

Der Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung und der Familienplanung steht für pro familia im Rang eines Menschenrechts.

Verschiedene internationale Vereinbarungen, die auch den hier vorgelegten übersetzten WHO-Papieren zugrunde liegen, teilen dieses Verständnis. Sie haben das Recht auf Familienplanung seit Ende der 1990er Jahre im neuen Paradigma der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) ausformuliert.¹

Die vorliegenden WHO-Papiere wurden mit dem Ziel entwickelt, dazu beizutragen, den Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu verbessern und dabei die Menschenrechte zu achten, zu schützen und zu verwirklichen.

Der Verdienst dieser Papiere ist es, die verschiedenen Dimensionen der Menschenrechte auf diesen Bereich angewendet und notwendige Anforderungen an Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung ausformuliert zu haben. Das Rahmenkonzept bietet wertvolle Ordnungsprinzipien und Normen, die zur Wahrung der Klient*innen-Rechte und zur Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Rechte für eine beraterische, psychosoziale und medizinische Praxis notwendig sind. In den Leitlinien und Empfehlungen sowie den dazugehörigen Anhängen werden die wissenschaftliche Systematik und die Konsequenzen für politische Strategien und Programme dargelegt.

pro familia bedankt sich bei der WHO für die freundliche Genehmigung, eine deutsche Übersetzung der folgenden drei Papiere vorzulegen:

- Rahmenkonzept für die Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
- Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung – Leitlinien und Empfehlungen
- Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung – Anhänge der Leitlinien und Empfehlungen

Die Übersetzung dieser Papiere soll dazu beitragen, die wertvollen Erkenntnisse und Hinweise für politische Entscheidungsträger*innen, Fachverbände aus dem Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie für Fachkräfte aus der psychosozialen Beratung und den Gesundheitsdiensten zugänglich zu machen. Sie erfolgt im Rahmen des Modellprojektes „biko-Beratung, Informationen und Kostenübernahme bei Verhütung“, welches vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird. Ein Ziel des Modellprojektes ist, eine gute Praxis zur Kostenübernahme mit niedrigschwelliger Beratung und Information zu Verhütung für bedürftige Frauen zu erproben.

pro familia Bundesverband 2018

¹ Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz zur Bevölkerung und Entwicklung in Kairo (1995), Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte von der International Planned Parenthood Federation (1996), Sustainable-Development-Goals der Vereinten Nationen (2015)



Danksagung

Die Arbeit an dieser Leitlinie wurde initiiert und koordiniert von Lale Say (Abteilung für reproduktive Gesundheit und Forschung der Weltgesundheitsorganisation).

Maria Isabel Rodriguez, Monica Dragoman (Weltgesundheitsorganisation) und Kate Shaw (Universität Stanford) prüften die wissenschaftliche Evidenz aus den systematischen Übersichtsarbeiten. Maria Isabel Rodriguez erstellte die Zusammenfassung der Erkenntnisse und die narrativen Zusammenfassungen der Evidenz. Die GRADE-Tabellen wurden von Patricia Whyte (Deakin Universität) erstellt.

Das Abschlussdokument wurde von Maria Isabel Rodriguez, Eszter Kismodi (Anwältin für internationale Menschenrechte) und Jane Cottingham (selbständige Beraterin) verfasst.

Sofia Gruskin (Universität von Southern California) und Rajat Khosla (Weltgesundheitsorganisation) leisteten technische Unterstützung. Wir danken auch Leo Bryant (Marie Stopes International) und Joanna Erdman (Universität von Toronto) für ihre technischen Beiträge.

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Weltgesundheitsorganisation trugen zum Leitlinien-Projekt bei, darunter Marleen Temmerman, Maria Isabel Rodriguez, Monica Dragoman, Claudia Garcia Moreno, Venkatraman Chandra-Mouli und Mary Lyn Gaffield.

Wir danken auch den folgenden Personen für ihre Beiträge zur Entwicklung dieser Leitlinien: Bosede Adeniran, Lynn Bakimajian, Carmen Barroso, Harriet Birungi, Shelah S. Bloom, Leo Bryant, Jacqueline Bryld, Caroline Phiri Chibawe, Jacqueline Darroch, Nel Druce, Suzanne Ehlers, Joanna Erdman, Lynn Freedman, Susana T. Fried, Faustina Fynn-Nyame, Christine Galavotti, Sofia Gruskin, Baochang Gu, Demet Güral, Karen Hardee, Jane Hobson, Mihai Horga, Krishna Jafa, Sandra Jordan, Jane Kiragu, Sunita Kishor, Rebecca Koladycz, Tamara Kreinin, Jan Kumar, Nyovani J Madise, Anju Malhotra, Tarek Meguid, Luis Mora, Namuunda Mutombo, Poonam Mutreja, Karen Newman, Nuriye Ortayli, Jacqueline Pitanguy, Melanie Pleaner, Mariela Rodriguez, Sara Seims, Mahua Sen, Kate Shaw, Saroj Kumar Sikdar, Sivananthi Thanenthiran, Nahid Farid Toubia, Mountaga Toure, Seniorina Wendoh, Esther Vicente und Dirk Van Braeckel.

Akronyme und Abkürzungen

CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau]
CESCR	United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights [Ausschuss der Vereinten Nationen für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte]
DFID	Department for International Development [Britisches Ministerium für internationale Entwicklung]
GDG	Guideline Development Group [Leitlinienentwicklungsgruppe]
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICPD	International Conference on Population and Development [Internationale Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung]
IUD	intrauterine device [Intrauterinpeppar]
LARC	long-acting reversible contraception [reversible Langzeitverhütung]
MSI	Marie Stopes International
PBF	performance-based financing [leistungsbasierte Finanzierung]
PSI	Population Services International
SRG	sexuelle und reproduktive Gesundheit
UNFPA	United Nations Population Fund [Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen]
USAID	United States Agency for International Development [die Entwicklungshilfeorganisation der Vereinigten Staaten]
WHO	World Health Organization [Weltgesundheitsorganisation]



Kurzfassung

Der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln ist vielerorts nach wie vor hoch. Am höchsten ist er bei den schutzbedürftigsten Mitgliedern der Gesellschaft: Jugendlichen, Armen, den Bewohnerinnen und Bewohnern ländlicher Gebiete und städtischer Elendsviertel, Menschen, die mit HIV leben, und Binnenvertriebenen. Nach letzten Schätzungen haben 222 Millionen Frauen einen ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln. Der Bedarf ist dort am größten, wo das Müttersterblichkeitsrisiko am höchsten ist.

Hauptauftrag der Weltgesundheitsorganisation ist es, ihren Mitgliedsstaaten dabei zu helfen, das Ziel des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit – einschließlich sexueller und reproduktiver Gesundheit – für alle zu verwirklichen. Neben anderen Maßnahmen ist die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung für die Erreichung dieses Ziels unerlässlich. Es wurde anerkannt, dass dies ohne die Achtung, den Schutz und die Verwirklichung der Menschenrechte aller nicht möglich ist.

Internationale und regionale Menschenrechtsverträge sowie nationale Verfassungen und Gesetze bieten Garantien speziell im Hinblick auf den Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung. Darüber hinaus haben internationale, regionale und nationale Rechtsetzungs- und Menschenrechtsorgane in den vergangenen Jahrzehnten Menschenrechte zunehmend auf Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung angewendet. Sie empfehlen unter anderem, dass Staaten einen zeitnahen und erschwinglichen Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationen und Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sicherstellen sollten. Diese sollten so bereitgestellt werden, dass eine umfassend informierte Entscheidungsfindung sichergestellt ist, die Würde, die Eigenständigkeit, die Privatsphäre und die Vertraulichkeit geachtet sind, und den Bedarfen und Sichtweisen von Menschen Rechnung getragen wird.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte die vorliegenden Leitlinien, um den Fortschritt auf dem Weg zum Erreichen der internationalen Entwicklungsziele und -zielvorgaben im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu beschleunigen, und insbesondere um dazu beizutragen, den unerfüllten Bedarf an Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu decken. Dabei wurden WHO-Normen für die Entwicklung von Leitlinien befolgt, einschließlich der Ermittlung von kritischen Fragen und Endpunkten, der Evidenzfindung, -beurteilung und -synthese, der Formulierung von Empfehlungen sowie der Planung der Verbreitung, Umsetzung, Wirkungsbewertung und Aktualisierung. Die Empfehlungsentwürfe wurden in einem partizipatorischen und konsensgetragenen Prozess auf der Grundlage von Evidenzprofilen geprüft und überarbeitet von einer Leitlinienentwicklungsgruppe (Guideline Development Group) bestehend aus Mitgliedern eines internationalen Panels für öffentliche Gesundheit sowie aus Menschenrechtsexperten und -expertinnen. Dabei wurden Menschenrechtsnormen und -grundsätze, die direkt oder indirekt auf Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung anwendbar sind, systematisch einbezogen.

Die vorliegenden Leitlinien ergänzen die bestehenden WHO-Empfehlungen für sexuelle und reproduktive Gesundheitsprogramme, einschließlich Leitlinien zur Gesundheit von Müttern und Neugeborenen, zur Sexualerziehung, zu sicherem Schwangerschaftsabbruch und zu Kernkompetenzen im Bereich der medizinischen Grundversorgung.

Ziel des vorliegenden Dokuments ist es, politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern, Managerinnen und Managern sowie anderen Akteuren im Gesundheitssektor Leitlinien für einige der vorrangigen Maßnahmen zu geben, die erforderlich sind, um sicherzustellen, dass verschiedene Menschenrechtsdimensionen systematisch und deutlich in die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung integriert werden.

Zusammenfassung der Empfehlungen

Nichtdiskriminierung bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	
1.1	Es wird empfohlen, allen Menschen gleichermaßen Zugang zu umfassenden Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung auf freiwilliger Basis und ohne Diskriminierung, Zwang oder Gewalt (das heißt auf der Grundlage individueller Entscheidung) bereitzustellen.
1.2	Es wird empfohlen, dass Gesetze und Politiken Programme unterstützen, die sicherstellen, dass umfassende Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung allen Bevölkerungsgruppen bereitgestellt werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte dem Zugang benachteiligter und marginalisierter Bevölkerungsgruppen zu diesen Diensten gewidmet werden.
Verfügbarkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	
2.1	Es wird empfohlen, Empfängnisverhütungsmittel und -zubehör, die ein breites Spektrum von Methoden abdecken, einschließlich der Notfallverhütung, in die Versorgungskette der unentbehrlichen Arzneimittel zu integrieren, um die Verfügbarkeit zu erhöhen. Es wird ferner empfohlen, gegebenenfalls in die Stärkung der Versorgungskette zu investieren, um dazu beizutragen, die Verfügbarkeit sicherzustellen.
Zugänglichkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	
3.1	Es wird empfohlen, wissenschaftlich fundierte und umfassende schulische und außerschulische Sexualaufklärungsprogramme bereitzustellen, die auch Informationen über die Verwendung und Beschaffung von Verhütungsmitteln umfassen.
3.2	Es wird empfohlen, finanzielle Hindernisse für die Verwendung von Verhütungsmitteln durch marginalisierte Bevölkerungsgruppen, einschließlich Jugendlicher und Armen, zu beseitigen und Verhütungsmittel für alle erschwinglich zu machen.
3.3	Es wird empfohlen, Maßnahmen zu ergreifen, um den Zugang zu umfassenden Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung für Nutzer und Nutzerinnen und potenzielle Nutzer und Nutzerinnen zu verbessern, die Schwierigkeiten beim Zugang zu Diensten haben (zum Beispiel ländliche Bewohnerinnen und Bewohner, städtische Arme, Jugendliche). Informationen über den sicheren Schwangerschaftsabbruch sowie Dienste, die sichere Schwangerschaftsabbrüche anbieten, sollten gemäß den bestehenden WHO-Leitlinien (<i>Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems</i> , 2. Auflage) bereitgestellt werden.
3.4	Es wird empfohlen, besondere Anstrengungen zu unternehmen, um vertriebenen Personen, Menschen in Krisenregionen und Überlebenden sexueller Gewalt, die insbesondere Zugang zu Notfallverhütung benötigen, Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung bereitzustellen.
3.5	Es wird empfohlen, empfängnisverhütungsbezogene Informationen und Dienste, als Bestandteil von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, im Rahmen der im Gesundheitsversorgungsetting bereitgestellten HIV-Testung, -Behandlung und -Betreuung anzubieten.
3.6	Es wird empfohlen, umfassende Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung im Rahmen der pränatalen und postnatalen Versorgung bereitzustellen.
3.7	Es wird empfohlen, umfassende Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung routinemäßig in die Versorgung und Nachsorge beim Schwangerschaftsabbruch zu integrieren.
3.8	Es wird empfohlen, mobile aufsuchende Dienste zu nutzen, um den Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung für Bevölkerungsgruppen zu verbessern, die mit geografischen Zugangshindernissen zu kämpfen haben.
3.9	Es wird empfohlen, Erfordernisse der Zustimmung Dritter, einschließlich des Ehegatten, zum Zugang von Personen/Frauen zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung und verwandter Themen abzuschaffen.



Zusammenfassung der Empfehlungen

3.10	Es wird empfohlen, Dienste für Jugendliche im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung, ohne das zwingende Erfordernis der Benachrichtigung/Zustimmung der Eltern oder des Vormunds bereitzustellen, um dem Bedarf von Jugendlichen an Aufklärung und Diensten gerecht zu werden.
Akzeptanz von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	
4.1	Es wird empfohlen, gendersensible Beratung und Aufklärungsmaßnahmen zum Thema Familienplanung und Verhütungsmittel bereitzustellen, die auf präzisen Informationen beruhen, die Entwicklung von Kompetenzen (das heißt Kommunikation und Verhandlung) umfassen und auf die konkreten Bedarfe von Gemeinschaften und Individuen zugeschnitten sind.
4.2	Es wird empfohlen, die nachsorgende Beratung über den Umgang mit Nebenwirkungen von Verhütungsmitteln als unerlässlichen Bestandteil der Bereitstellung von Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu priorisieren. Angemessene Verweise auf Methoden, die vor Ort nicht verfügbar sind, sollten bereitgestellt werden und verfügbar sein.
Qualität von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	
5.1	Es wird empfohlen, Qualitätssicherungsprozesse, einschließlich medizinischer Versorgungsstandards und Rückmeldungen von Klientinnen und Klienten, routinemäßig in Empfängnisverhütungsprogramme zu integrieren.
5.2	Es wird empfohlen, dass die Bereitstellung reversibler Langzeitverhütungsmethoden (LARC) auch das Einsetzen und das Entfernen [der Verhütungsmittel] sowie Beratung über Nebenwirkungen umfassen sollte; diese Dienste sollten am selben Ort bereitgestellt werden.
5.3	Es wird empfohlen, Gesundheitspersonal fortlaufend kompetenzorientierte Fortbildungen und Supervision bezüglich der Bereitstellung von Aufklärung, Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung anzubieten. Kompetenzorientierte Fortbildungen sollten gemäß bestehenden WHO-Leitlinien bereitgestellt werden.
Informierte Entscheidungsfindung	
6.1	Es wird empfohlen, evidenzbasierte, umfassende Informationen, Aufklärung und Beratung bereitzustellen, um sicherzustellen, dass Menschen informierte Entscheidungen treffen können.
6.2	Es wird empfohlen, sicherzustellen, dass alle Menschen ohne Diskriminierung die Möglichkeit erhalten, informierte Entscheidungen über die eigene Anwendung moderner Empfängnisverhütung zu treffen (einschließlich einer Reihe von Notfall-, Kurzzeit-, Langzeit- und permanenten Methoden).
Privatsphäre und Vertraulichkeit	
7.1	Es wird empfohlen, bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung die Privatsphäre von Menschen, einschließlich der Vertraulichkeit von medizinischen und anderen personenbezogenen Informationen, stets zu achten.
Teilhabe	
8.1	Es wird empfohlen, Gemeinschaften, insbesondere direkt betroffenen Menschen, die Möglichkeit zu geben, sich sinnvoll an allen Aspekten der Gestaltung, Umsetzung und Überwachung von Empfängnisverhütungsprogrammen und -politiken zu beteiligen.

Zusammenfassung der Empfehlungen

Rechenschaftspflicht	
9.1	Es wird empfohlen, dass wirksame Mechanismen der Rechenschaftspflicht bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung vorliegen und zugänglich sein sollten. Dazu gehören Überwachungs- und Evaluationsmechanismen sowie Rechtsmittel und Abhilfe auf Individual- und Systemebene.
9.2	<p>Es wird empfohlen, alle Programme zu überwachen und zu evaluieren, um die höchste Qualität der Dienste und die Achtung der Menschenrechte sicherzustellen.</p> <p>Es wird empfohlen, dass in Settings, in denen leistungsbasierte Finanzierung (performance-based financing, PBF) stattfindet, ein System der Kontrolle und Überwachung vorhanden sein sollte, einschließlich der Zusicherung, dass kein Zwang ausgeübt wird und dass die Menschenrechte geschützt werden. Wenn PBF stattfindet, sollte Forschung durchgeführt werden, um ihre Wirksamkeit und ihre Auswirkungen auf Klientinnen und Klienten im Hinblick auf die Erhöhung der Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln zu evaluieren.</p>



I. Einleitung

Ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln

Ungewollte Schwangerschaften infolge des ungedeckten Bedarfs an Empfängnisverhütungsmitteln gefährden das Leben und das Wohlbefinden von Frauen und ihren Familien weltweit. Nach neuesten Schätzungen haben 222 Millionen Frauen einen ungedeckten Bedarf an modernen Empfängnisverhütungsmitteln; der Bedarf ist dort am größten, wo das Müttersterblichkeitsrisiko am höchsten ist (1). In den am wenigsten entwickelten Ländern wenden sechs von zehn Frauen, die nicht schwanger werden oder die nächste Schwangerschaft hinausschieben wollen, keine Empfängnisverhütung an (1). Am höchsten ist der ungedeckte Bedarf an Empfängnisverhütung unter den schutzbedürftigsten Mitgliedern der Gesellschaft: Jugendlichen, Armen, ländlichen Bewohnerinnen und Bewohnern und Bewohnerinnen und Bewohnern städtischer Elendsviertel, Menschen, die mit HIV leben, sowie Binnenvertriebenen.

Auftrag der Weltgesundheitsorganisation

Hauptauftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es, ihren Mitgliedsstaaten dabei zu helfen, das Ziel des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit für alle zu erreichen (2). Die Einzelheiten dessen, was dies im Hinblick auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit erfordern könnte, wurden im Jahr 1994 bei der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) deutlicher. Das von 170 Ländern angenommene Aktionsprogramm der ICPD formulierte eine Vision für die Beziehungen zwischen Bevölkerung, Entwicklung und individuellem Wohlbefinden und führte damit eine neue, rechtsbasierte Perspektive ein, die dazu beitragen sollte, die Herausforderungen zu bewältigen. Das Aktionsprogramm der ICPD erkannte an, dass die reproduktive Gesundheit und die reproduktiven Rechte, die verstärkte Teilhabe von Frauen und die Gleichstellung der Geschlechter Eckpfeiler der Gesundheit und des Wohlbefindens des Einzelnen, der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der Bevölkerungs- und Entwicklungsprogramme sind. Es stellte außerdem fest, dass die zunehmende Verfügbarkeit sichererer Methoden moderner Empfängnisverhütung größere Chancen der individuellen Entscheidung sowie der verantwortungsvollen Entscheidungsfindung in Sachen Fortpflanzung ermöglicht (3, Paragraph 7.13).

In den Jahren seit der ICPD wurden Menschenrechtsnormen in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) umfassend ausgearbeitet. Darüber hinaus wurde konzeptuell und programmatisch an der Bestimmung eines rechtsbasierten Gesundheitsansatzes gearbeitet, einschließlich der SRG. Unter den vielen Zusagen und Strategien, die mit dem Ziel entwickelt wurden, den Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu verbessern, und damit sexuelle und reproduktive Gesundheit zu verwirklichen, hat die Weltgesundheitsversammlung der WHO im Jahr 2004 eine Strategie für die reproduktive Gesundheit angenommen, um den Fortschritt auf dem Weg zur Verwirklichung von internationalen Entwicklungszielen und -zielvorgaben zu beschleunigen. Diese Strategie erteilte einen deutlichen Auftrag sowohl an die WHO als auch an ihre Mitgliedsstaaten. Dazu gehörte, den Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu gewährleisten und gleichzeitig die Menschenrechte zu fördern und zu schützen. Die Strategie für reproduktive Gesundheit erklärt ausdrücklich, dass, um die Achtung dieser Rechte sicherzustellen, Politiken, Programme und Maßnahmen die Gleichstellung der Geschlechter fördern, armen und unterversorgten Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen, insbesondere Jugendlichen, Priorität einräumen, und diejenige Länder besonders unterstützen müssten, die die schwerste Last von schlechter reproduktiver und sexueller Gesundheit zu tragen haben.¹

In jüngster Zeit bieten die globale Initiative des UN-Generalsekretärs zur Mütter- und Kindergesundheit, "Every Woman Every Child", die 2010 zu dem Zweck eingeleitet wurde, die Globale Strategie für die Gesundheit von Frauen und Kinder zu unterstützen, und die 2011 eingerichtete Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health (Kommission für Informationen und Rechenschaftspflicht in Bezug auf die Gesundheit von Frauen und Kindern) einen wichtigen Rahmen für die Stärkung der Anwendung der Menschenrechte zur Verbesserung aller Aspekte der SRG, einschließlich der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung.

¹ Erhältlich unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8.pdf (Seite 21).

Empfängnisverhütung, Gesundheit und Menschenrechte

Empfängnisverhütung hat einen eindeutigen gesundheitlichen Nutzen, denn mit der Verhütung ungewollter Schwangerschaften verringert sich die Mütter- und Kindersterblichkeit und -morbidity. Würde man allen Frauen in Entwicklungsländern, die gegenwärtig einen ungedeckten Bedarf an modernen Methoden der Empfängnisverhütung haben, den Zugang dazu ermöglichen, würde dies 54 Millionen ungewollter Schwangerschaften verhüten und 26 Millionen Schwangerschaftsabbrüche (wovon 16 Millionen unsachgemäß vorgenommen worden wären), 7 Millionen Fehlgeburten und 79 000 Sterbefälle bei Müttern und 1,1 Millionen Sterbefälle bei Kindern verhindern (1). Dies würde insbesondere weiblichen Jugendlichen zugutekommen, die ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von schwangerschaftsbedingten medizinischen Komplikationen haben, und die oft gezwungen sind, Kompromisse in Bezug auf Bildung und Erwerbstätigkeit einzugehen, was zu Armut und einem niedrigeren Bildungsniveau führen kann (4–7).

Neben einer Verringerung der Mütter- und Kindersterblichkeit und -morbidity tragen der Zugang zu und die Nutzung von Empfängnisverhütung auch dazu bei, Menschen in die Lage zu versetzen, selbst über ihre Sexualität, Gesundheit und Fortpflanzung zu bestimmen. Dadurch wird ihnen geholfen, ein befriedigendes Sexualleben zu führen (8).

Die Menschenrechte sind in internationalen und regionalen Verträgen sowie in nationalen Verfassungen und Gesetzen garantiert. Zu diesen Rechten gehören das Recht auf Nichtdiskriminierung, das Recht auf Leben, Überleben und Entwicklung, das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie das Recht auf Bildung und Information (9). Maßgebliche internationale, regionale und nationale Menschenrechtsorgane – beispielsweise die Vertragsüberwachungsgremien der Vereinten Nationen, internationale und regionale Gerichte, Verfassungsgerichte und Oberste Gerichte – haben diese Rechte bereits auf eine breites Spektrum von Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit angewendet, wie etwa die Zugänglichkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung. Alle Rechte bedingen einander und sind unteilbar (10, Artikel 5). Zum Beispiel kann das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an

Gesundheit, das den Zugang zu Gesundheitsdiensten und gesundheitsbezogenen Informationen einschließt, nicht ohne die Förderung und den Schutz des Rechts auf Bildung und Information verwirklicht werden. Denn, um Gesundheitsprodukte und -dienste nutzen zu können, muss man sie kennen (11).

Alle Staaten der Welt haben mindestens einen Menschenrechtsvertrag unterzeichnet; 80% haben mindestens vier unterzeichnet (9). Wenn Regierungen internationale Menschenrechtsverträge unterzeichnen, sind sie rechtlich verpflichtet, sicherzustellen, dass ihre nationalen Gesetze, Politiken und Praktiken nicht im Widerspruch zu, sondern im Einklang mit ihren völkerrechtlichen Verpflichtungen stehen (10, Artikel 7).

Diese Verpflichtung erfüllen Regierungen hauptsächlich durch die Achtung, den Schutz und die Verwirklichung von Rechten. Die Achtung von Rechten setzt voraus, dass Staaten auf Eingriffe in den Genuss dieser Rechte verzichten, zum Beispiel indem sie von der Kriminalisierung von Methoden der Verhütung ungewollter Schwangerschaften absehen. Der Schutz von Rechten erfordert die Verabschiedung von Gesetzen, die die Verletzung von Rechten durch staatliche Behörden oder nichtstaatliche Akteure verhindern und die Verfügbarkeit irgendeiner Form von Abhilfe gewährleisten. Ein Beispiel wäre die Gewährleistung von Garantien gegen Zwangssterilisierung. Die Verwirklichung von Rechten erfordert aktive Maßnahmen zur Einrichtung von Institutionen und Verfahren, die Menschen in die Lage versetzen, ihre garantierten Rechte zu genießen, beispielsweise durch die Bereitstellung angemessener Schulung für Anbieter von Gesundheitsleistungen, die Förderung der Teilhabe von Menschen an der Gestaltung, Durchführung und Überwachung von Diensten oder die Sicherstellung der gerechten geografischen Verteilung von Diensten (12, 13).

Unter den von den Staaten im Jahr 2001 vereinbarten Millennium-Entwicklungszielen (MDGs), forderte Zielvorgabe 5b die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu reproduktiver Gesundheit bis 2015. Einer der Indikatoren für die Erreichung dieses Ziels ist das Ausmaß der Deckung des Bedarfs an Empfängnisverhütung (14). Die Evidenz zeigt jedoch, dass in vielen Ländern die Gesetze, Politiken und Praktiken nicht immer im Einklang mit den Menschenrechtsverpflichtungen stehen und dass dies ein Hindernis für die Verwirklichung der Millennium-Entwicklungsziele und des erreichbaren Höchstmaßes an sexueller und reproduktiver Gesundheit darstellen



kann (15). Durch ihre Gesetze, Politiken und Praktiken begrenzen manche staatlichen Akteure die Verfügbarkeit bestimmter Verhütungsmethoden, wie etwa der Notfallverhütung, oder versäumen es, für regelmäßige Vorräte an Verhütungsmitteln und für deren landesweite Verteilung zu einem erschwinglichen Preis zu sorgen. Darüber hinaus haben Staaten und die internationale Gebergemeinschaft es möglicherweise versäumt, ausreichende Mittel zu investieren, um qualitativ hochwertige Familienplanungs- und Empfängnisverhütungsdienste einzurichten. Dazu gehört angemessen geschultes Personal, das ein volles Spektrum von für die Gesamtbevölkerung leicht zugänglichen Methoden bereitstellt (15).

Staaten sind verpflichtet, entsprechende Gesetze, Politiken und Praktiken zu prüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten, um sicherzustellen, dass diese alle Menschenrechtsverpflichtungen und Entwicklungsziele in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit unterstützen. Die systematische Integration der Menschenrechte in die Gesetzgebung sowie in die Politik- und Programmentwicklung, um die zeitnahe Bereitstellung qualitativ hochwertiger Dienste sicherzustellen, erfordert, dass man bei den zugrunde liegenden gesundheitsbestimmenden Faktoren, beispielsweise der Ungleichbehandlung der Geschlechter, ansetzt und partizipative, transparente und responsive Prozesse einrichtet (12, 16).

Sicherstellung der Menschenrechte im Rahmen von Empfängnisverhütungsprogrammen

Die Evidenz zeigt, dass die Achtung, der Schutz und die Verwirklichung von Menschenrechten zu positiven Ergebnissen im Bereich der sexuellen Gesundheit beitragen. So trägt die Einführung von Sexualaufklärung zur gesunden Entwicklung von Jugendlichen und zu verantwortungsvollem Handeln im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei. Dies führt wiederum zu positiven Gesundheitsergebnissen, wie zum Beispiel der Hinausschiebung des ersten Geschlechtsverkehrs, einer verringerten Anzahl ungewollter Schwangerschaften oder einer geringeren sexuellen Risikobereitschaft (17). Neben der Verfügbarkeit einer breiten Palette von Verhütungsmitteln steigert die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung,

welche die individuelle Privatsphäre, die Vertraulichkeit und die informierte Entscheidungsfindung respektieren, die Zufriedenheit von Menschen mit und deren fortgesetzte Verwendung von Verhütungsmitteln (18–21). Die Evidenz zeigt außerdem, dass Gesundheitspolitiken und -programme sich positiver auf Gesundheitsergebnisse auswirken, wenn die betroffenen Bevölkerungsgruppen an deren Entwicklung teilhaben (16). Die gesetzlichen Rahmenbedingungen spielen hierbei eine wichtige Rolle; sie tragen dann zur sexuellen Gesundheit bei, wenn sie im Einklang mit Menschenrechtsnormen stehen. So achtet die Abschaffung des Erfordernisses der Zustimmung Dritter zur Inanspruchnahme von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit das Recht von Frauen auf Eigenverantwortung und Privatsphäre; sie dürfte einen verbesserten Zugang zu diesen Diensten zur Folge haben (13). In ähnlicher Weise trägt die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchsrechts dazu bei, unsachgemäß vorgenommene Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern, und senkt so die Müttersterblichkeit und -morbidity. Damit verbessert die ausdrückliche Einbettung von Empfängnisverhütungspolitiken und -programmen in einen Menschenrechtsrahmen den Zugang von Menschen zu Informationen und Diensten. Sie gewährleistet zudem die aktive Teilhabe von Menschen an Prozessen, die sie betreffen, und sie erfordert die Abschaffung bestehender politischer oder programmatischer Hindernisse sowie die Einrichtung klarer Mechanismen der Rechenschaftspflicht.

Um den dringenden Bedarf an Empfängnisverhütung zu decken, um gegen Ungleichheiten beim Zugang zu Informationen und Diensten vorzugehen, und um sicherzustellen, dass Menschenrechte nicht verletzt werden, sind die vorliegenden Leitlinien auf Empfehlungen bezüglich der Förderung und des Schutzes von Menschenrechten bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung ausgerichtet. Es wird jedoch anerkannt, dass Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung nur ein Teil eines breiteren Spektrums von Informationen und Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit

sind, auf die alle Menschen ein Recht haben. Diese Leitlinien erkennen insbesondere an, dass keine Methode der Empfängnisverhütung einen hundertprozentig wirksamen Schutz vor Schwangerschaft bietet und dass andere Faktoren, beispielsweise erzwungene Sexualbeziehungen und sozioökonomische und politische Bedingungen, es für Frauen unmöglich machen können, Verhütungsmittel zu verwenden. Daher kann Empfängnisverhütung allein den Bedarf von Frauen am Zugang zu Diensten, die sichere Schwangerschaftsabbrüche bereitstellen, nicht ganz beseitigen (22).

Ziele

Um sicherzustellen, dass Menschenrechte im Rahmen von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung aktiv geschützt und gefördert werden, müssen spezielle Maßnahmen ergriffen werden. Das vorliegende Dokument soll als Leitlinien für einige der Maßnahmen dienen, die ergriffen werden sollten, um sicherzustellen, dass die verschiedenen oben erläuterten Menschenrechtsdimensionen systematisch und deutlich in die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung integriert werden.

Diese Leitlinien sind für den Gebrauch durch politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, Managerinnen und Manager sowie andere Akteure auf Programm-, nationaler und internationaler Ebene im Gesundheitssektor gedacht. Das Dokument bietet breit angelegte Leitlinien für die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung. Es wird notwendig sein, sie konkreter auszuarbeiten und an bestimmte Länderkontexte anzupassen. Zu beachten ist, dass diese Leitlinien nicht erschöpfend sind. Sie werden als erster Schritt herausgegeben, sich mit den Menschenrechtsverpflichtungen im Zusammenhang mit der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu befassen, und werden regelmäßig erweitert und aktualisiert.



II. Methoden

Das vorliegende Dokument wurde gemäß den im *WHO Handbook for Guideline Development* [WHO-Handbuch für die Entwicklung von Leitlinien] festgelegten Normen und Anforderungen erstellt.² Zusammenfassend, unter Berücksichtigung der Menschenrechtsnormen und -grundsätze, umfasste dieser Prozess die folgenden Schritte: Ermittlung kritischer Fragen und Endpunkte; Evidenzgewinnung; Beurteilung, Synthetisierung und Einstufung der Evidenz; strukturierte Darstellung der Evidenz; Formulierung von Empfehlungen.

Ermittlung kritischer Fragen und Endpunkte

Eine Leitliniensteuerungsgruppe bestehend aus internationalen Akteuren, darunter Gesundheitsdienstleister, Manager und Managerinnen von Gesundheitsprogrammen, Forscherinnen und Forscher, Methodikerinnen und Methodiker, Menschenrechtsanwältinnen und -anwälte sowie Aktivistinnen und Aktivisten für Frauengesundheit und Menschenrechte, wurde eingerichtet, um die Fragen- und Endpunktentwürfe, die sich auf klinische, technische und programmatische Themen bezogen, zu überprüfen und zu priorisieren (die Mitglieder der Leitliniensteuerungsgruppe sind in Anhang A aufgeführt).³ Die Bestimmung der Schwerpunktthemen erfolgte 2012 im Rahmen von zwei separaten technischen Konsultationen (im Juni und November) über die Erweiterung des Zugangs zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung. Die Folgebesprechungen wurden elektronisch durchgeführt, und alle Stellungnahmen wurden von Mitgliedern des WHO-Sekretariats geprüft. Fragen und Endpunkte, die von der Steuerungsgruppe als „kritisch“ eingestuft wurden, wurden in das vorliegende Dokument einbezogen als Grundlage für die Einstufung der Evidenz anhand des GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) Ansatzes⁴ sowie für die Entwicklung von Empfehlungen. Die endgültige Liste der für die GRADE-Tabellen und -Endpunkte berücksichtigten Fragen ist online erhältlich.⁴

Evidenzgewinnung

Ein Prozess der systematischen und umfassenden Evidenzgewinnung wurde durchgeführt, um veröffentlichte Studien über Interventionen in Familienplanungsprogrammen zu identifizieren, die für die Verwirklichung der Menschenrechte notwendig sind. Für jede Schwerpunktfrage, die nicht anhand einer vorhandenen systematischen Übersichtsarbeit jüngerer Datums zu aktuell verfügbaren (weniger als zwei Jahre alten) Publikationen beantwortet werden konnte, führte das WHO-Sekretariat eine Literaturrecherche durch und erstellte eine systematische Übersicht, die jeweils sowohl die veröffentlichte Fachliteratur als auch die graue Literatur umfasste. Dabei wurde eine Kombination aus MeSH (*Medical Subject Headings*, medizinische Schlagwörtern) und Schlüsselwörtern verwendet. Die vier Hauptaspekte der Gesundheitsdienste, die in dem Allgemeinen Kommentar des Ausschusses der Vereinten Nationen für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) zum Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit beschrieben wurden lauteten: Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität (12). Konkrete rechtebezogene Endpunkte wurden von der Steuerungsgruppe bestimmt (Tabelle 1).

Um Evidenz über den gerechten Zugang zu Empfängnisverhütung zu gewinnen, wurden Daten gesucht, die sich speziell auf unterversorgte Gruppen bezogen (zum Beispiel Jugendliche, Landbewohnerinnen und -bewohner und vertriebene Personen/Flüchtlinge). Recherchiert wurde in den Datenbanken PubMed und Cochrane sowie in der so genannten grauen Literatur. Nur wenige Daten, die sich speziell auf rechtebasierte Endpunkte bezogen, wurden in der veröffentlichten Literatur gefunden. Daher wurden Literaturverzeichnisse von Hand nach zusätzlichen Zitationen durchsucht und Expertinnen und Experten in Schlüsselbereichen gebeten, zusätzliche Informationen bereitzustellen. Die Suchen waren nicht auf bestimmte Sprachen oder Zeiträume eingegrenzt. Die graue Literatur wurde in Google Scholar anhand derselben Schlüsselwörter recherchiert. Webseiten von Partnerorganisationen (USAID, DFID, UNFPA, MSI, PSI und Ipas) wurden ebenfalls durchsucht. Ausgeschlossen wurden Studien, die keine definierten Interventionen enthielten, oder die über keine der festgelegten rechtebasierten Endpunkte (das heißt Maßstäbe für Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz oder Qualität) berichteten.

2 Erhältlich unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf

3 Erhältlich unter: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/

4 Siehe: <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>

Tabelle 1. Für die Evidenzfindung verwendete Endpunkte und Maßstäbe

Rechtbasierte Endpunkte	Maßstäbe
Verfügbarkeit	
Funktionierende (öffentliche) Gesundheitseinrichtungen sowie funktionierende Gesundheitsprodukte, -dienste und -programme müssen in ausreichender Menge zur Verfügung stehen.	Methodenmix; Anwendungsrate moderner Verhütung; verfügbare Einrichtungen; Produktfehlmengen; Kapazität des Anbieters; für Familienplanung vorgesehene Haushaltsmittel
Zugänglichkeit	
Gesundheitsprodukte und -dienste müssen allen Menschen ohne Diskriminierung zugänglich sein.	Kosten der Verhütungsmittel; räumliche Entfernung zu Diensten; Anwendungsrate moderner Verhütung; Aufnahme von Verhütung durch neue Nutzerinnen und Nutzer; Anwendung von Empfängnisverhütung durch Jugendliche
Akzeptanz	
Klientinnen und Klienten müssen sich angesichts der eher unveränderlichen Eigenschaften des Anbieters ausreichend wohlfühlen, und umgekehrt.	Klientenzufriedenheit; Klientenbindung; direkte Weiterverweisung; Anbieterzufriedenheit; Anbieterbindung; Vertrauen der Gemeinschaft in das Programm; Nachfrage nach Diensten
Qualität	
Gesundheitseinrichtungen müssen einen angemessenen Standard der medizinischen Versorgung aufweisen und eine angemessene Auswahl an Methoden bereitstellen; Klientinnen und Klienten müssen angemessen informiert werden; das Niveau der technischen Kompetenz, die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, die Nachsorge- und Kontinuitätsmechanismen sowie die Leistungspalette müssen angemessen sein.	Erfüllung des festgelegten Standards der medizinischen Versorgung; Methodenmix; verfügbare Leistungspalette; Klientenzufriedenheit; Anbieterzufriedenheit; Zugang zu nachsorgender Betreuung



Beurteilung, Synthetisierung und Einstufung der Evidenz

Um die Gesamtqualität der Evidenz für jeden Endpunkt zu bewerten, wurden Zusammenfassungen der Evidenz mithilfe von GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) erstellt, einem Ansatz zur systematischen Prüfung der für ein bestimmtes Thema vorliegenden Evidenzbasis, zur Beurteilung der Evidenzstärke und zur Entwicklung von Empfehlungen (23, 24). Die Bewertung der Qualität der Evidenz erfolgt auf der Basis des Studiendesigns, des Verzerrungsrisikos, der Präzision sowie des Umfangs der Wirkung (25). Der GRADE-Ansatz eignet sich besonders, um Leitlinien für die klinische Praxis auf der Basis von randomisierten kontrollierten Studien zusammenzustellen. Und tatsächlich wurde er ursprünglich zu diesem Zweck entwickelt (26). Nach Eingabe der Informationen über die Qualität der Studien und der Ergebnisse in das GRADE-System kann eine GRADE-Tabelle erstellt werden. Diese zeigt anschaulich die Art der verwendeten Evidenz, etwaige Qualitätsprobleme bei der Evidenz, eine Zusammenfassung der Ergebnisse, eine Einstufung der Qualität der Evidenz sowie die vorbestimmte Wichtigkeit des betreffenden Endpunkts.

Grenzen des GRADE-Systems zur Beurteilung von Evidenz, die für Menschenrechte im Rahmen von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung von Relevanz ist

In Anbetracht der Tatsache, dass die Verwirklichung der Menschenrechte im Rahmen von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung ein Forschungsgebiet ist, das sich nicht für randomisierte kontrollierte Studien oder vergleichende Beobachtungsstudien eignet, ließ sich ein Großteil der für die Schwerpunktfragen vorhandenen Evidenz nicht ohne weiteres unter Anwendung des GRADE-Ansatzes synthetisieren. Das ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass viele der vorhandenen Studien entweder nicht-vergleichend waren oder Vergleiche enthielten, die nicht in einer Art und Weise präsentiert wurden, dass sie sich für eine Bewertung mithilfe von GRADE eigneten (26).

Zum Beispiel kann es vorkommen, dass bei der Erläuterung der Ergebnisse aus einem Programm berichtet wird, dass sich die Anwendungsrate von Empfängnisverhütung während der Laufzeit der Studie verdoppelt habe, jedoch versäumt wird, eine deutliche Beschreibung der Intervention (die konkret genug ist, um die Intervention zu replizieren), ein Vergleichsniveau der Verwendung von Empfängnisverhütung vor der Studie oder irgendeinen Hinweis auf die statistische Signifikanz zu liefern. Darüber hinaus stammte ein großer Teil der Evidenz aus der grauen Literatur, in Form von Berichten über Programmverfahren.

Defizite in der Präsentation der Ergebnisse in diesen Berichten, beispielsweise die nicht-standardisierte Darstellung des Programmkontexts, der Interventionen und der Endpunkte, verhinderten die systematische Beurteilung der internen Validität oder der Generalisierbarkeit der Ergebnisse und machten es zudem unmöglich, die Mehrheit dieser Daten in das GRADE-System einzugeben.

Daher wurden für alle Evidenzen narrative Zusammenfassungen der Evidenz angefertigt, als Alternative zu GRADE-Tabellen. Diese narrativen Zusammenfassungen umfassten die folgenden Informationen:

1. Studiendesign
2. Ziel(e) der Studie
3. Studienpopulation und Anzahl der Studiensubjekte
4. Verwendete Intervention(en)
5. Kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse
6. Erklärung über die Relevanz der Studie für das ermittelte Schwerpunktthema und die ermittelten Schwerpunktfragen

Um die Evidenz zu prüfen, wurden die narrativen Zusammenfassungen der Evidenz im Vorfeld der technischen Konsultation im April 2013 mit der Steuerungsgruppe und zusätzlichen Teilnehmenden geteilt. Alle ausreichend detaillierten Evidenzen wurden in den zusammenfassenden GRADE-Evidenz-Tabellen [siehe Anhang C] aufgeführt, die mit den Teilnehmenden der technischen Konsultation geteilt wurden.⁵

⁵ Diese Tabellen sind online erhältlich unter:
www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/

Interessenerklärung

Vor den technischen Konsultationen im April und November 2013 gaben die Mitglieder der Leitliniensteuerungsgruppe und der Leitlinienentwicklungsgruppe (GDG) eine schriftliche Interessenerklärung ab. Diese Erklärungen wurden vom WHO-Sekretariat überprüft. Keine der Teilnehmenden des Treffens erhielten zu dem Zeitpunkt oder in der Vergangenheit Unterstützung von irgendeinem kommerziellen Unternehmen, das für die vorliegende Arbeit von Relevanz war (die Mitglieder der GDG sind in Anhang B aufgeführt).⁵

Formulierung von Empfehlungen

Die narrativen Zusammenfassungen der Evidenz und, wo dies möglich war, die GRADE-Tabellen „Zusammenfassung der Ergebnisse“ (integrative Evidenzbewertung) wurden im Vorfeld des ersten Treffens der GDG (das heißt der technischen Konsultation im April 2013) mit den Teilnehmenden geteilt. Bei dieser Konsultation wurden den Teilnehmenden die vom WHO-Sekretariat erstellten Empfehlungsentwürfe präsentiert. Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Qualität der Evidenz, die Risiko-Nutzen-Bilanz, die Ressourcennutzung durch die Interventionen und die systematische Integration der Menschenrechte zu beachten. Sie wurden außerdem gebeten, zu berücksichtigen, ob die empfohlenen Interventionen Nichtdiskriminierung, informierte Entscheidungsfindung, individuelle Handlungsfähigkeit, Gerechtigkeit und/oder Gendertransformation förderten.

Die Teilnehmenden trafen sich in Kleingruppen, um über alle diesen Überlegungen nachzudenken und die Empfehlungsentwürfe zu überarbeiten. Anschließend kamen alle Teilnehmenden in der Plenarsetzung wieder zusammen, um alle Empfehlungsentwürfe zu prüfen und den neuen Input zu finalisieren. Ein Konsens wurde für alle Empfehlungen gesucht.

Die Teilnehmenden konnten entscheiden, eine Intervention zu empfehlen, nicht zu empfehlen, zu empfehlen, aber nur zur Anwendung im Rahmen von Forschung, oder keine Empfehlung abzugeben. Die ersten beiden Kategorien („Empfehlung für“ und „Empfehlung gegen“) entsprechen weitgehend der GRADE-Kategorie „starke Empfehlung“. Die letzte Kategorie („Empfehlung für, aber nur im Rahmen von Forschung“) entspricht weitgehend der GRADE-Kategorie „bedingte Empfehlung“.

Empfehlungen wurden im Konsens abgegeben, das heißt die Mehrheit der Teilnehmenden (>75%) stimmte ohne starke Einwände zu. Jeglicher starke Einwand wurde in der Begründung protokolliert. Wenn die Teilnehmenden

kein Einvernehmen erzielen konnten, wurde abgestimmt. Die Empfehlung blieb bestehen, wenn die Mehrheit (>75%) sie unterstützte; die Minderheitenmeinung wurde protokolliert.

Die Verwendung unterschiedlicher Empfehlungskategorien (Empfehlung für, Empfehlung gegen, Empfehlung für, aber nur im Rahmen von Forschung) durch die GDG ist der Tatsache geschuldet, dass die Qualität der ermittelten Daten lediglich gering beziehungsweise mittelmäßig war. Angesichts der allgemein geringen Qualität der Evidenz wurde eine Checkliste entwickelt, um die systematische Besprechung der wichtigsten Erwägungen, mit denen die Empfehlungen untermauert wurden, zu erleichtern (siehe Kasten 1) (26). Interventionen wurden „empfohlen“, wenn sie von Einrichtungen der öffentlichen Gesundheit oder von der medizinischen Praxis unterstützt wurden, wenn sie für nicht gesundheitsgefährden befunden wurden und wenn sie auf international anerkannten Menschenrechtsnormen und -grundsätzen beruhten. Die Verwendung der Kategorie „Empfehlung für, aber nur im Rahmen von Forschung“ weist auf das Vorliegen von Ungewissheit bezüglich der Wirksamkeit der Intervention oder auf die potenzielle Gefährdung der Gesundheit und der Menschenrechte von marginalisierten Gruppen hin. Die Kategorie „Empfehlung gegen“ wurde verwendet, um darauf hinzuweisen, dass die Intervention mit unannehmbaren Risiken verbunden war und keinen erwiesenen Nutzen hatte. Die Begründung für jede Empfehlung wurde zusammen mit Kernfragen, die bei der Umsetzung berücksichtigt werden müssen, protokolliert.

Checkliste zur Formulierung von Empfehlungen auf Basis schwacher Evidenz

- Fördert diese Intervention den Zugang zur Empfängnisverhütung?
- Überwiegt der gesundheitliche Nutzen dieser Intervention die potenziellen Risiken?
- Beruht diese Intervention auf international anerkannten Menschenrechtsgrundsätzen und -normen?
- Ist diese Intervention mit Risiken verbunden, insbesondere für marginalisierte Gruppen?
- Stellt diese Strategie eine wirksame Nutzung begrenzter Ressourcen dar?
- Fördert diese Maßnahme Nichtdiskriminierung, informierte Entscheidungsfindung, individuelle Handlungsfähigkeit, Gerechtigkeit und Gendertransformation?



Nach der ersten Konsultation im April 2013 arbeitete das WHO-Sekretariat daran, die Evidenz und die Kommentare der Teilnehmenden in den Entwurf der Leitlinien aufzunehmen. Der Entwurf wurde anschließend mit allen Mitgliedern der GDG zwecks Überprüfung, Stellungnahme und Zustimmung geteilt. Schriftliche Rückmeldungen wurden von 26 der 54 Teilnehmenden erhalten. Zu den Themen dieser Rückmeldungen gehörten Zustimmung zum Dokument, Lektoratsvorschläge, Einbeziehung weiterer Menschenrechtsfragen sowie Wiederholungen der Unzufriedenheit mit der [Anwendung der] GRADE-Methodik zu diesem Zweck. Insbesondere wurde nachdrücklich empfohlen, das Dokument – sowohl in seiner Gesamtstruktur als auch in Bezug auf bestimmte Empfehlungen – einen umfassenderen Menschenrechtsansatz für die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung widerspiegeln zu lassen. Aus diesem Grunde bat das WHO-Sekretariat um die Unterstützung eines Teams aus Gesundheits- und Menschenrechtsexpertinnen und -experten, um Änderungen vorzuschlagen, die diesen Besorgnissen Rechnung trugen; eine zweite Konsultation mit der GDG fand im September 2013 statt.

Systematische Einbeziehung von Menschenrechtsnormen und -grundsätzen

Berücksichtigt wurden Menschenrechtsnormen, die direkt oder indirekt auf Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung anwendbar sind. Als direkt anwendbar wurden Menschenrechtsnormen eingestuft, die speziell die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung betreffen; als indirekt anwendbar galten Normen, die Hindernisse betreffen, wie zum Beispiel das Erfordernis der Zustimmung Dritter zur Inanspruchnahme von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit oder der Mangel an Sexualaufklärung – Aspekte, die sich auf den Zugang von Menschen zu und die Nutzung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung auswirken.

Zu den Quellen der angewendeten Menschenrechtsnormen gehörten internationale und regionale Menschenrechtsverträge, die Allgemeinen Kommentare und Empfehlungen der Menschenrechtsüberwachungsorgane der Vereinten Nationen, die Entscheidungen internationaler und regionaler Gerichte sowie internationale und regionale Konsensdokumente. Diese zusätzlichen Quellen wurden allesamt in Verbindung mit bereits etablierten gesundheitssystembasierten Normen sowie mit gesundheitsbezogener Evidenz betrachtet.

Diese Vorgehensweise führte zu Vorschlägen für Änderungen an der Struktur der Empfehlungen sowie zur Neuformulierung einiger Empfehlungen. Diese wurden bei der zweiten technischen Konsultation im September 2013 diskutiert, an der eine Untergruppe der ursprünglichen Teilnehmenden teilnahm. Als Ergebnis dieses Überarbeitungs- und Überprüfungsprozesses sind die Empfehlungen jetzt unter neun Überschriften zusammengefasst, die Menschenrechtsgrundsätze und -normen in Bezug auf Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung widerspiegeln:

1. Nichtdiskriminierung bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
2. Verfügbarkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
3. Zugänglichkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
4. Akzeptanz von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
5. Qualität von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
6. Informierte Entscheidungsfindung bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
7. Privatsphäre und Vertraulichkeit bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
8. Teilhabe an der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung
9. Rechenschaftspflicht bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Die gesundheitlichen und menschenrechtlichen Inhalte dieser Grundätze und Normen sowie ihre konkrete Bedeutung für die verschiedenen für die Bereitstellung der Dienste verantwortlichen Akteure sind in den Erläuterungen zu Beginn eines jeden Abschnitts des Kapitels III beschrieben.

III. Leitlinien und Empfehlungen

1. Nichtdiskriminierung

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Der menschenrechtliche Grundsatz der Nichtdiskriminierung verpflichtet Staaten zur Sicherstellung der Ausübung der Menschenrechte ohne jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Meinung, nationaler oder sozialer Herkunft, Eigentum, Geburt oder einem sonstigen Status, wie zum Beispiel Behinderung, Alter, Zivil- und Familienstand, sexueller Orientierung und Genderidentität, Wohnort oder wirtschaftlicher und sozialer Lage (27).

Diskriminierung stellt eine ernste Bedrohung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG) vieler Menschen dar (28). Die rechtliche oder soziale Beschränkung des Zugangs von Frauen und Mädchen zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung wirkt sich auf deren Fähigkeit aus, Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und ihr Leben zu treffen. Diese Beschränkungen sind Ausdruck von Diskriminierung aufgrund von Geschlecht und tragen oft zu schlechter körperlicher und psychischer Gesundheit bei. Menschen, die in ländlichen Gebieten leben, haben möglicherweise nicht den gleichen Zugang zu SRG-Diensten wie städtische Bewohnerinnen und Bewohner; sie werden daher aufgrund ihres Wohnorts diskriminiert. Diskriminierung aufgrund von Alter oder einem sonstigen Status kann sich beispielsweise dadurch zeigen, dass Jugendlichen aufgrund ihres Alters Dienste von Familienplanungskliniken verweigert werden und dass anderen Menschen Gesundheitsleistungen verwehrt werden, weil sie HIV-positiv sind. Manche Menschen erleiden Mehrfachdiskriminierungen, zum Beispiel aufgrund von Geschlecht, Rasse, sozioökonomischem oder gesundheitlichem Status (27).

Darüber hinaus wurden beispielsweise Angehörigen indigener Volksgruppen und Minderheitsgruppen, Menschen mit Behinderungen, Menschen (insbesondere Frauen), die mit HIV leben, Sexarbeitern und Sexarbeiterinnen, Drogenkonsumenten und -konsumentinnen sowie transsexuellen und intersexuellen Menschen unfreiwillige und erzwungene Empfängnisverhütungspraktiken auferlegt. In bestimmten Teilen der Welt erhalten Frauen und Männer zwecks Kontrolle des allgemeinen Bevölkerungswachstums ökonomische Anreize, sich einer Sterilisierung zu unterziehen; dies wirkt sich primär auf arme Menschen aus. Solche Praktiken spiegeln vielfältige Formen der Diskriminierungen wider, wirken sich erheblich auf die Gesundheit aus und stellen eine Verletzung zahlreicher Menschenrechte dar.

Im Rahmen ihrer Menschenrechtsverpflichtungen müssen Staaten sich bemühen, alle Formen der Diskriminierung abzuschaffen und Gleichstellung zu fördern, indem sie den Zugang schutzbedürftiger Gruppen zu Informationen und Diensten sicherstellen (13). Alle Menschen haben das Recht, über die Anzahl ihrer Kinder und den zeitlichen Abstand der Geburten zu bestimmen, sowie das Recht, gleichberechtigt eine Familie zu gründen (29, Artikel 16[e]; 30). Staatliche Familienplanungspolitiken sollten weder diskriminierend noch obligatorisch sein (30). Gesetze, Vorschriften und Politiken, einschließlich solcher, die sich auf Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung beziehen, sollten diskriminierungsfrei sein und darauf abzielen, Stereotype und diskriminierende Haltungen, die zu Zwangspraktiken führen, abzuschaffen (13, 27, 29, 31–35).

1.1 Es wird empfohlen, allen Menschen gleichermaßen Zugang zu umfassenden Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung auf freiwilliger Basis und ohne Diskriminierung, Zwang oder Gewalt (das heißt auf der Grundlage individueller Entscheidung) bereitzustellen.

1.2 Es wird empfohlen, dass Gesetze und Politiken Programme unterstützen, die sicherstellen, dass umfassende Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung allen Bevölkerungsgruppen bereitgestellt werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte dem Zugang benachteiligter und marginalisierter Bevölkerungsgruppen zu diesen Diensten gewidmet werden.



2. Verfügbarkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Eine der Kernverpflichtungen eines Staates im Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit besteht in der Sicherstellung der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität der Dienste. Funktionierende (öffentliche) Gesundheitseinrichtungen und funktionierende Gesundheitsprodukte, -dienste und -programme müssen in ausreichender Menge im Staat zur Verfügung stehen. Die Eigenschaften der Einrichtungen, Produkte und Dienste variieren in Abhängigkeit von vielen Faktoren, einschließlich des Entwicklungsstands des Staates. Sie müssen jedoch an den zugrunde liegenden gesundheitsbestimmenden Faktoren ansetzen, wie zum Beispiel der Bereitstellung von sicherem Trinkwasser, ausreichender Abwasserentsorgung, Krankenhäusern, Kliniken und anderen gesundheitsbezogenen Gebäuden sowie geschultem medizinischem Personal und anderen Fachkräften, deren Gehälter national wettbewerbsfähig sein sollten.

Im Rahmen dieser Kernverpflichtung sollten Staaten sicherstellen, dass die in den nationalen Rezeptur-Formularen aufgeführten Produkte auf der WHO-Liste der unentbehrlichen Arzneimittel, basieren, die als Orientierungshilfe für die Arzneimittelbeschaffung und -versorgung im öffentlichen Sektor dient (12, 36). Die Kernliste der unentbehrlichen Arzneimittel enthält eine breite Palette von Empfängnisverhütungsmethoden, darunter auch die Notfallverhütung (36).

In vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen stehen Empfängnisverhütungsmittel, wie zum Beispiel Kondome (für Männer und für Frauen), orale Kontrazeptiva, Intrauterinpessare (IUDs), injizierbare hormonelle Verhütungsmittel, Implantate und Notfallverhütungsmittel aufgrund von unangemessenen Gesetzen und Politiken, ineffizienten Systemen der Angebotssteuerung und des Logistikmanagements oder niedriger beziehungsweise fehlender Finanzierung nicht oder nur in unzureichendem Maße zur Verfügung. Mangelnde Verfügbarkeit kann auch die Folge ideologiebasierter Politiken bezüglich des Spektrums von Arzneimitteln oder Diensten sein (11). Zum Beispiel sind in manchen Ländern Notfallverhütungsmittel nicht verfügbar, mit der falschen Begründung, dass sie zu einem Schwangerschaftsabbruch führen (37).

2.1 Es wird empfohlen, Verhütungsmittel und -zubehör, die ein breites Spektrum von Methoden abdecken, einschließlich der Notfallverhütung, in die Versorgungskette der unentbehrlichen Arzneimittel zu integrieren, um die Verfügbarkeit zu erhöhen. Es wird ferner empfohlen, gegebenenfalls in die Stärkung der Versorgungskette zu investieren, um dazu beizutragen, die Verfügbarkeit sicherzustellen.

3. Zugänglichkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Gemäß den internationalen Menschenrechtsnormen müssen Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienste allen Menschen ohne Diskriminierung zugänglich sein. Dazu gehören die physische und wirtschaftliche Zugänglichkeit sowie der Zugang zu Informationen (12, Paragraph 12[b]). Menschenrechtsorgane haben die Staaten aufgerufen, die Hindernisse zu beseitigen, mit denen Menschen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten konfrontiert sind, darunter hohe Gebühren für Dienstleistungen, das Erfordernis der vorherigen Zustimmung des Ehepartners, eines Elternteils/Vormunds oder der Krankenhausbehörden, die Entfernung zu Gesundheitseinrichtungen sowie das Fehlen bequemer und erschwinglicher öffentlicher Verkehrsmittel (13, Paragraph 21).

Um informierte Entscheidungen über Sexualität und Fortpflanzung treffen zu können, benötigen alle Menschen diskriminierungsfreien Zugang zu qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten und umfassenden Informationen über Sexualität und sexuelle und reproduktive Gesundheit, einschließlich wirksamer Empfängnisverhütungsmethoden (12, Paragraph 11). Dies setzt Beratung über SRG durch geschultes Personal voraus (13) sowie die Bereitstellung umfassender Sexualaufklärung, die sowohl in Schulen als auch außerschulisch angeboten werden sollte und evidenzbasiert, wissenschaftlich fundiert, gendersensibel, vorurteils- und diskriminierungsfrei und dem jeweiligen Reifegrad der jungen Menschen angepasst sein muss, um diese in die Lage zu versetzen, sich auf eine positive und verantwortungsvolle Art mit ihrer

Sexualität auseinanderzusetzen (12, 39–40). Die schulische Sexuaufklärung sollte verpflichtend sein und routinemäßig auf verschiedenen Alters- und Bildungsstufen angeboten werden (41–44). Unzureichende schulische und außerschulische Beratungsinstrumente, eingeschränkte oder gänzlich fehlende schulische oder außerschulische Sexuaufklärung, und fehlende oder falsche Informationen über die Sicherheit und Wirksamkeit von Verhütungsmitteln (39) beeinträchtigen allesamt die Fähigkeit der Menschen, informierte Entscheidungen zu treffen.

Die Erfüllung von Menschenrechtsverpflichtungen setzt voraus, dass Gesundheitsprodukte, einschließlich Verhütungsmitteln, für alle physisch zugänglich und erschwinglich sind (12). Ziel der allgemeinen Gesundheitsversorgung ist es, sicherzustellen, dass alle Menschen die von ihnen benötigten Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen können, ohne dabei in eine finanzielle Notlage zu geraten (45).

Dienste müssen für jedermann – auch für marginalisierte Bevölkerungsgruppen – in sicherer physischer Reichweite sein (12). Sie sollten erschwinglich sein, unabhängig davon, ob sie privat oder öffentlich bereitgestellt werden; ferner sollten ärmere Haushalte keine im Vergleich zu wohlhabenderen Haushalten unverhältnismäßig hohen Gesundheitsausgaben tragen müssen, einschließlich Ausgaben für Verhütungsmittel. Dies gilt sowohl für Länder mit niedrigem Einkommen als auch für Länder mit hohem Einkommen, in denen manche Bevölkerungsgruppen keinen Zugang zu diesen Diensten und Informationen haben (1). Es müssen daher Programme eingerichtet werden, um diese finanziellen Hindernisse anzugehen. Dazu gehören Krankenversicherungsrege-

lungen und andere haushalts- und wirtschaftspolitische Maßnahmen, um Verhütungsmittel und andere Gesundheitsdienste erschwinglich zu machen (12, 13). Menschen mit Behinderungen müssen kostenlose oder erschwingliche sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung, einschließlich Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung, zur Verfügung gestellt werden (31).

In vielen Ländern haben Jugendliche keinen angemessenen Zugang zu den Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung, die sie benötigen, um ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu schützen (13, 46). Menschenrechtsorgane haben die Staaten aufgerufen, das Recht von Jugendlichen auf Privatsphäre und Vertraulichkeit strikt zu beachten, auch in Bezug auf Beratung in Gesundheitsfragen (33, 47, 48), und sicherzustellen, dass Jugendliche unterschiedlicher sozioökonomischer Herkunft Zugang zu jugendfreundlicher, vertraulicher reproduktiver Gesundheitsversorgung, einschließlich Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung, erhalten (12, 13, 49). Das Wohl von Jugendlichen⁶ Fähigkeiten⁷ müssen systematisch berücksichtigt werden. Ferner sollten angemessene SRG-Dienste für sie verfügbar und zugänglich sein, ohne dass die elterliche oder vormundschaftliche Zustimmung gesetzlich vorgeschrieben oder entsprechend den staatlichen Politiken oder den örtlichen Gepflogenheiten unbedingt erforderlich ist (13, 47, 48, 50, 51).

In Krisenregionen mangelt es oft an Zugang zu SRG-Diensten, während die betroffenen Bevölkerungsgruppen zunehmend sexueller Gewalt ausgesetzt sind und daher einen besonderen Bedarf an diesen Diensten haben. Der Zugang zu Verhütungsmethoden, insbesondere zur Notfallverhütung, sowie zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen ist für den Schutz der Gesundheit von Frauen von wesentlicher Bedeutung (52).

⁶ Das Wohl des Kindes: Der Ausschuss für die Rechte des Kindes [beziehungsweise das Übereinkommen über die Rechte des Kindes] schreibt vor: "Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, das vorrangig zu berücksichtigen ist" (51, Artikel 3).

⁷ Sich entwickelnde Fähigkeiten des Kindes: Der Ausschuss für die Rechte des Kindes fordert, dass Kinder ihren entwickelnden Fähigkeiten entsprechend und ohne elterliche oder vormundschaftliche Zustimmung Zugang zu vertraulicher Beratung haben sollten, wenn die Fachkräfte, die mit dem Kind arbeiten, der Auffassung sind, dass dies zum Wohl des Kindes erforderlich ist. Der Ausschuss ruft die Staaten dazu auf, zu prüfen und in Erwägung zu ziehen, ob Kindern erlaubt werden könnten, in bestimmte medizinische Behandlungen und Eingriffe ohne die Zustimmung eines Elternteils, einer Betreuungsperson oder eines Vormunds einzuwilligen. Dazu gehören beispielsweise HIV-Tests und Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich Aufklärung und Beratung zum Thema sexuelle Gesundheit, Empfängnisverhütung und sicherer Schwangerschaftsabbruch (48, Paragraph 31).



Die Erfahrung in einer Vielzahl unterschiedlicher Settings zeigt, dass die Integration von empfängnisverhütungsbezogenen Informationen und Diensten in andere SRG-Dienste das Potenzial besitzt, die Zugänglichkeit solcher Dienste zu erhöhen. Zum Beispiel ist die Integration von HIV-Diensten und Gesundheitsdiensten für Mütter kostenwirksam und trägt zur Verbesserung der Gesundheit der ganzen Familie bei (53). Im Rahmen von Schwangerschaftsabbruchdiensten und von Betreuung nach dem Schwangerschaftsabbruch sollten allen Frauen umfassende Informationen, Beratung und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung angeboten werden, um dazu beizutragen, die wirksame Anwendung von Verhütungsmethoden zu steigern und die Rate der wiederholten Schwangerschaftsabbrüche zu senken (22, S. 52; 54).

In vielen Ländern stellen Erfordernisse der Zustimmung Dritter zum Erhalt von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung ein wesentliches Hindernis für Frauen dar. Solche Erfordernisse stellen nicht nur eine Verletzung der Vertraulichkeit dar, sondern verwehren Frauen die Eigenständigkeit bei der Entscheidungsfindung. Aus diesen und anderen Gründen hindern diese Erfordernisse Frauen daran, die Gesundheitsdienste, die sie benötigen nachzufragen. Internationale, regionale und nationale Menschenrechtsorgane haben häufig betont, dass Staaten den Zugang von Frauen zu Gesundheitsdiensten oder zu Kliniken, die diese Dienste bereitstellen, nicht mit der Begründung beschränken sollten, dass den Frauen die Zustimmung Dritter fehlen oder dass sie unverheiratet sind, oder einfach weil sie Frauen sind (13, Paragraph 14).

Der Zugang von Frauen zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung kann dadurch gefährdet werden, dass sich Gesundheitsdienstleister aus Gewissensgründen weigern, Dienste bereitzustellen. Im Kontext von Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zeigt sich dies in der Regel in der Weigerung des Gesundheitsdienstleisters, ein Rezept für Verhütungsmittel auszustellen, oder in der Weigerung einer Apothekerin oder eines Apothekers, Verhütungsmittel, insbesondere Notfallverhütungsmittel, auszugeben oder zu verkaufen. Wenngleich die internationalen Menschenrechtsnormen das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit schützen, legen sie gleichzeitig fest, dass die Freiheit, die eigene Weltanschauung im beruflichen Bereich kundzutun, nicht absolut ist, sondern möglicherweise

Einschränkungen unterliegt, die notwendig sind, um die Rechte anderer, einschließlich des Rechts auf Zugang zu Diensten im Bereich der reproduktiven Gesundheit, zu schützen (55, Artikel 18; 56). Menschenrechtsorgane haben die Staaten konsequent aufgerufen, die Praxis der Verweigerung aus Gewissensgründen im Kontext der Gesundheitsversorgung zu regeln, um sicherzustellen, dass die Gesundheit und Rechte von Patientinnen und Patienten nicht gefährdet sind (13, 57). Einige Menschenrechtsorgane haben die Frage der Verweigerung aus Gewissensgründen im Kontext der Bereitstellung von Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung explizit angesprochen und erklärt, dass in Fällen, in denen Frauen Verhütungsmittel nur über eine Apotheke beziehen können, Apothekerinnen und Apotheker nicht das Recht hätten, ihrer Weltanschauung den Vorrang zu geben und sie anderen Menschen als Rechtfertigung für ihre Verweigerung, solche Produkte zu verkaufen, aufzuzwingen (56).

3.1 Es wird empfohlen, wissenschaftlich fundierte und umfassende schulische und außerschulische Sexualaufklärungsprogramme bereitzustellen, die auch Informationen über die Verwendung und Beschaffung von Verhütungsmitteln umfassen.

3.2 Es wird empfohlen, finanzielle Hindernisse für die Verwendung von Empfängnisverhütungsmitteln durch marginalisierte Bevölkerungsgruppen, einschließlich Jugendlicher und Armen, zu beseitigen und Verhütungsmittel für alle erschwinglich zu machen.

3.3 Es wird empfohlen, Maßnahmen zu ergreifen, um den Zugang zu umfassenden Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung für Nutzerinnen und Nutzer und potenzielle Nutzerinnen und Nutzer zu verbessern, die Schwierigkeiten beim Zugang zu Diensten haben (zum Beispiel ländliche Bewohnerinnen und Bewohner, städtische Arme, Jugendliche). Informationen über den sicheren Schwangerschaftsabbruch sowie Dienste, die sichere Schwangerschaftsabbrüche anbieten, sollten gemäß den bestehenden WHO-Leitlinien (*Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2. Auflage) bereitgestellt werden.

3.4 Es wird empfohlen, besondere Anstrengungen zu unternehmen, um vertriebenen Personen, Menschen in Krisenregionen und Überlebenden sexueller Gewalt, die insbesondere Zugang zu Notfallverhütung benötigen, Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung bereitzustellen.

3.5 Es wird empfohlen, empfängnisverhütungsbezogene Informationen und Dienste, als Bestandteil von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, im Rahmen der im Gesundheitsversorgungssetting bereitgestellten HIV-Testung, -Behandlung und -Betreuung anzubieten.

3.6 Es wird empfohlen, umfassende Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung im Rahmen der pränatalen und postnatalen Versorgung bereitzustellen.

3.7 Es wird empfohlen, umfassende Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung routinemäßig in die Versorgung und Nachsorge beim Schwangerschaftsabbruch zu integrieren.

3.8 Es wird empfohlen, mobile aufsuchende Dienste zu nutzen, um den Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung für Bevölkerungsgruppen zu verbessern, die mit geografischen Zugangshindernissen zu kämpfen haben.

3.9 Es wird empfohlen, Erfordernisse der Zustimmung Dritter, einschließlich des Ehegatten, zum Zugang von Personen/Frauen zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung und verwandter Themen abzuschaffen.

3.10 Es wird empfohlen, Dienste für Jugendliche im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung, ohne das zwingende Erfordernis der Benachrichtigung/Zustimmung der Eltern oder des Vormunds bereitzustellen, um dem Bedarf von Jugendlichen an Aufklärung und Diensten gerecht zu werden.

4. Akzeptanz von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Alle Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienste müssen die medizinische Ethik sowie die Kultur von Individuen, Minderheiten, Völkern und Gemeinschaften achten, gendersensibel und sensibel gegenüber den Anforderungen des Lebenszyklus sein und so gestaltet, dass sie die Vertraulichkeit respektieren und den Gesundheitszustand der Betroffenen verbessern (12, Paragraph 12[c]). Staaten sollten die Genderperspektive in den Mittelpunkt aller Politiken, Programme und Dienste stellen, die sich auf die Gesundheit von Frauen auswirken; ferner sollten sie Frauen in die Planung, Umsetzung und Überwachung solcher Politiken, Programme und Dienste einbeziehen.

Informationen über Empfängnisverhütung sollten Angaben über den wahrscheinlichen Nutzen und mögliche unerwünschte Wirkungen der vorgeschlagenen Methoden enthalten sowie Angaben über verfügbare Alternativen (13, Paragraph 20). Bedenken über die Nebenwirkungen von Verhütungsmethoden – insbesondere von hormonellen Methoden – sind nach wie vor ein wesentlicher Grund, weshalb Nutzerinnen die Anwendung abbrechen oder zu anderen, oft weniger wirksamen, Methoden wechseln (58). Beratung über den Umgang mit Nebenwirkungen sowie Informationen über Möglichkeiten, zu anderen Methoden zu wechseln, sind daher unerlässlich, um Frauen zu helfen, die ihre Fertilität kontrollieren möchten.

4.1 Es wird empfohlen, gendersensible Beratung und Aufklärungsmaßnahmen zum Thema Familienplanung und Verhütungsmittel bereitzustellen, die auf präzisen Informationen beruhen, die Entwicklung von Kompetenzen (das heißt Kommunikation und Verhandlung) umfassen und auf die konkreten Bedarfe von Gemeinschaften und Individuen zugeschnitten sind.

4.2 Es wird empfohlen, die nachsorgende Beratung über den Umgang mit Nebenwirkungen von Verhütungsmitteln als unerlässlichen Bestandteil der Bereitstellung von Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu priorisieren. Angemessene Verweise auf Methoden, die vor Ort nicht verfügbar sind, sollten bereitgestellt werden und verfügbar sein.



5. Qualität von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Die Verwirklichung der Menschenrechte setzt voraus, dass Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienste wissenschaftlich und medizinisch angemessen und von guter Qualität sind. Dies erfordert unter anderem medizinische Fachkräfte, wissenschaftlich anerkannte, nicht abgelaufene Arzneimittel und Krankenhausgeräte, sicheres Trinkwasser und ausreichende Abwasserentsorgung (12, Paragraph 12[d]).

Studien zeigen, dass bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung die Verwendung von Verhütungsmitteln dann höher ist, wenn Menschen das Gefühl haben, dass die Qualität der Versorgung, die sie erhalten, gut ist (18–21). Studien zeigen ferner, dass das Erreichen höherer Qualitätsstandards die Wirksamkeit der Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbessert und die Menschen dazu ermutigt, sie zu nutzen (59, 60). Zu den Qualitätselementen der Versorgung gehören: eine breite Auswahl an Verhütungsmethoden; evidenzbasierte Informationen über die Wirksamkeit, die Risiken und der Nutzen verschiedener Methoden; fachlich kompetentes, geschultes Gesundheitspersonal; Anbieter-Nutzer-Beziehungen, die auf der Achtung informierter Entscheidungen, der Privatsphäre und der Vertraulichkeit beruhen; sowie ein angemessenes Gesamtangebot an Diensten (einschließlich Nachsorge) an einem Ort (61).

Wer Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung sucht, hat ein Anrecht darauf, von angemessen geschultem Personal umfassend über ihre Optionen im Hinblick auf die Zustimmung zur Behandlung oder zur Teilnahme an Forschung informiert zu werden – auch über den wahrscheinlichen Nutzen und die möglichen unerwünschten Wirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen sowie über verfügbare Alternativen

(3, Paragraph 20). Die Staaten wurden aufgefordert, die formelle und informelle Ausbildung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung und der Familienplanung für alle Gesundheitsdienstleister, Gesundheitspädagoginnen und -pädagogen sowie Managerinnen und Manager auszubauen und aufzuwerten, einschließlich Schulung im Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation und der Beratungskompetenz (3, Paragraph 7.23[d]) sowie in Fragen der Menschenrechte und der geschlechtsbasierten Gewalt (13, Paragraph 31[f]). Dies steht im Einklang mit der WHO-Leitlinien über Kernkompetenzen für die Bereitstellung von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (62).

5.1 Es wird empfohlen, Qualitätssicherungsprozesse, einschließlich medizinischer Versorgungsstandards und Rückmeldungen von Klientinnen und Klienten, routinemäßig in Empfängnisverhütungsprogramme zu integrieren.

5.2. Es wird empfohlen, dass die Bereitstellung reversibler Langzeitverhütungsmethoden (LARC) auch das Einsetzen und Entfernen [der Verhütungsmittel] sowie Beratung über Nebenwirkungen umfassen sollte; diese Dienste sollten am selben Ort bereitgestellt werden.

5.3. Es wird empfohlen, Gesundheitspersonal fortlaufend kompetenzorientierte Fortbildungen und Supervision bezüglich der Bereitstellung von Aufklärung, Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung anzubieten. Kompetenzorientierte Fortbildungen sollten gemäß bestehenden WHO-Leitlinien bereitgestellt werden.

6. Informierte Entscheidungsfindung

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Die Achtung der Würde und der körperlichen und psychischen Unversehrtheit eines Menschen beinhaltet auch, dass jedem die Chance gegeben wird, eigenständige Reproduktionsentscheidungen zu treffen (13, Paragraph 22; 29, Artikel 16; 31, Artikel 12 und 23). Der Grundsatz der Eigenständigkeit, der sich in der freien, vollständigen und informierten Entscheidungsfindung niederschlägt, ist ein zentrales Thema in der medizinischen Ethik und ist in den Menschenrechtsnormen verankert (63). Menschen sollten die Möglichkeit haben, sich für oder gegen Empfängnisverhütung zu entscheiden. Um eine informierte Entscheidung über sichere und zuverlässige Empfängnisverhütungsmaßnahmen treffen zu können, sollten umfassende Informationen, Beratung und Unterstützung allen Menschen zur Verfügung stehen, einschließlich Menschen mit Behinderungen, indigener Völker, ethnischer Minderheiten, Menschen, die mit HIV leben, sowie transsexueller und intersexueller Menschen (62).

Die Achtung der Eigenständigkeit bei der Entscheidungsfindung setzt voraus, dass die durch Gesundheitspersonal oder sonstiges Unterstützungspersonal bereitgestellten Beratungen und Informationen nicht-direktiv sind, damit Menschen die Möglichkeit haben, die Entscheidungen zu treffen, die für sie am besten sind. Menschen sollten die von ihnen bevorzugte Verhütungsmethode unter Berücksichtigung ihrer eigenen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse wählen können (64–66).

Menschen haben ein Anrecht auf umfassende, von angemessen geschultem Personal bereitgestellte Informationen. Um die vollständige, freie und informierte Entscheidungsfindung zu erleichtern, haben Gesundheitsdienstleister die Pflicht, klare, präzise Informationen in einer für die Klientinnen und Klienten verständlichen Sprache und unter Verwendung von leicht verständlichen Methoden zu vermitteln und angemessene, zwangsfreie Beratung bereitzustellen (13, Paragraph 11.3; 34, Paragraph 22; 67). Die Informationen, die den Menschen bereitgestellt werden, um sie in die Lage zu versetzen, informierte Entscheidungen über Empfängnisverhütung zu treffen, sollten die Vor- und Nachteile, den gesundheitlichen Nutzen sowie die gesundheitlichen Risiken und Nebenwirkungen hervorheben und einen Vergleich

zwischen verschiedenen Verhütungsmethoden ermöglichen. Die Zensur, Zurückhaltung oder absichtliche Falschdarstellung von Informationen über Empfängnisverhütung kann sowohl die Gesundheit als auch grundlegende Menschenrechte gefährden (12). Klare Leitlinien über das Erfordernis der informierten Zustimmung sollten vorliegen (68).

6.1 Es wird empfohlen, evidenzbasierte, umfassende Informationen, Aufklärung und Beratung bereitzustellen, um sicherzustellen, dass Menschen informierte Entscheidungen treffen können.

6.2 Es wird empfohlen, sicherzustellen, dass alle Menschen ohne Diskriminierung die Möglichkeit erhalten, informierte Entscheidungen über die eigene Anwendung moderner Empfängnisverhütung zu treffen (einschließlich einer Reihe von Notfall-, Kurzzeit-, Langzeit- und permanenten Methoden).

7. Privatsphäre und Vertraulichkeit

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Das Recht auf Privatsphäre bedeutet, dass Menschen keinen Eingriffen in ihre Privatsphäre ausgesetzt werden sollten und dass sie diesbezüglich gesetzlich geschützt sein sollten (55, Artikel 17). Im Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit entstehen viele sensible Fragen, die innerhalb der Familie oder der Gemeinschaft nicht breit diskutiert werden; Gesundheitsfachkräften werden oft sehr persönliche Informationen von ihren Patientinnen und Patienten anvertraut. Vertraulichkeit beinhaltet die Pflicht der Gesundheitsdienstleister, die medizinischen Informationen, die sie von Patientinnen und Patienten erhalten, vertraulich zu behandeln und die Privatsphäre des Einzelnen zu schützen. Sie spielt bei Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit eine wichtige Rolle. Wenn Menschen das Gefühl haben, dass die Vertraulichkeit ihrer Daten und der Schutz ihrer Privatsphäre in Gesundheitsversorgungssettings nicht gewährleistet sind, entscheiden sie sich möglicherweise dagegen, solche Dienste in Anspruch zu nehmen (13, Paragraph 12[d]). Dadurch gefährden sie ihre eigene Gesundheit und möglicherweise die Gesundheit anderer. Dies ist oft der Fall bei schutzbedürftigen Gruppen, wie zum Beispiel Jugendlichen (33, Paragraph 20). Die Privatsphäre spielt auch beim Schutz der sexuellen und reproduktiven Rechte von Gruppen eine zent-



rale Rolle, die aufgrund ihrer Sexualität, ihrer sexuellen Identität oder ihrer sexuellen Praktiken stigmatisiert werden, wie zum Beispiel schwulen, lesbischen, bisexuellen, transsexuellen und intersexuellen Menschen sowie Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern.

Im Einklang mit Menschenrechtsverpflichtungen, und um die Gesundheit und Entwicklung aller Menschen zu fördern, werden die Staaten aufgefordert, das Recht auf Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre strikt zu achten, auch in Bezug auf Beratung zu Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (47, Paragraph 11). Gesundheitsdienstleister sind verpflichtet, medizinische Informationen – sowohl schriftliche Aufzeichnungen als auch mündliche Kommunikationen – vertraulich zu behandeln. Solche Informationen dürfen nur mit Zustimmung der Klientinnen und Klienten weitergegeben werden.

Das Recht auf Zugang zu Informationen, die die eigene Gesundheit betreffen, beinhaltet das Recht auf Zugang zu medizinischen Unterlagen. Alle Menschen haben das Recht zu wissen, welche Informationen über ihre eigene Gesundheit erhoben worden sind (68, Artikel 10). Wenn Menschen keinen Zugang zu ihren medizinischen Unterlagen haben, kann dies ihnen erschweren, Informationen über ihren Gesundheitsstatus zu bekommen, eine zweite Meinung einzuholen oder Nachsorge zu erhalten. Ferner kann es ihnen den Zugang zu Gerechtigkeit versperren (69).

7.1 Es wird empfohlen, bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung die Privatsphäre der Menschen, einschließlich der Vertraulichkeit von medizinischen und anderen personenbezogenen Informationen, stets zu achten.

8. Teilhabe

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Es wurde anerkannt, dass die Teilhabe betroffener Bevölkerungsgruppen an allen Phasen der Entscheidungsfindung und der Umsetzung von Politiken, Programmen und Diensten eine Voraussetzung für nachhaltige Entwicklung sowie für das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ist (70, 71). Die Evidenz zeigt, dass Gesetze, Politiken, und Programme den Bedarfen der betroffenen Bevölkerungsgruppen stärker Rechnung tragen, wenn Mitglieder dieser Bevölkerungsgruppen sich an deren Entwicklung beteiligen und so dazu beitragen, eine Verbesserung der Gesundheitsergebnisse und der Qualität der Gesundheitsversorgung zu erreichen (72, 73). Zum Beispiel gibt es Belege für einen Zusammenhang zwischen der Teilhabe von Frauen und verbesserten gesundheitlichen und gesundheitsbezogenen Ergebnissen (72). In Ländern, in denen die Teilhabe von Frauen an politischen Entscheidungsprozessen garantiert ist, ist eine Genderperspektive zumeist vollständiger in der öffentlichen Politik verankert und das Gesundheitssystem ist stärker auf die Bedarfe von Frauen ausgerichtet (73).

Gemäß den internationalen Menschenrechtsnormen sind Staaten verpflichtet, die aktive, informierte Teilhabe von Menschen an sie betreffenden Entscheidungen, einschließlich Entscheidungen in Angelegenheiten, die ihre eigene Gesundheit betreffen, sicherzustellen (12, Paragraph 17). Das Aktionsprogramm der ICPD bekräftigt dieses Grundprinzip in Bezug auf die SRG und erklärt, dass die volle und gleichberechtigte Teilhabe von Frauen am zivilen, kulturellen, wirtschaftlichen, politischen und sozialen Leben auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene und die Beseitigung jeder Form der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts vorrangige Ziele der internationalen Gemeinschaft seien (3, Principle [Grundsatz] 4). Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) schreibt den Staaten ausdrücklich vor, sicherzustellen, dass Frauen ein Anrecht auf Vertretung bei und vollwertige Teilhabe an der Formulierung von öffentlicher Politik in allen Bereichen und auf allen Ebenen haben (74).

Die Bandbreite der Teilhabemöglichkeiten reicht von Kooperationen zwischen Gemeinschaften, um Strategien zur Umsetzung lokaler Prioritäten zu planen, über die Umsetzung von gemeindenahen Lösungen für SRG-Fragen bis hin zu sozialen Bewegungen, die sich für einen nationalen Politikwandel einsetzen. Teilhabe umfasst auch die aktive Mitwirkung von Individuen, Gemeinschaften oder gemeindenahen Organisationen an der Gestaltung, Durchführung, Verwaltung oder Evaluierung ihrer gemeindenahen Gesundheitsdienste oder -systeme, auch in Angelegenheiten, die ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit betreffen (72, 75).

Menschen sollten als aktiv Handelnde angesehen werden, die das Recht haben, an Entscheidungen teilzuhaben, die Auswirkungen auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit haben. Die Kriterien und Evidenz, die der Priorisierung von Maßnahmen zugrunde liegen, müssen transparent sein und einer öffentlichen Überprüfung unterzogen werden. Um sinnvolle Teilhabe zu fördern, sollten Machtgefälle aufgrund von Lesekompetenz, Sprache, sozialem Status oder anderen Faktoren beseitigt werden, die dazu führen können, dass diejenigen, die am stärksten von Entscheidungen betroffen sind (zum Beispiel Frauen und Mädchen), ausgeschlossen werden (75).

8.1 Es wird empfohlen, Gemeinschaften, insbesondere direkt betroffenen Menschen, die Möglichkeit zu geben, sich sinnvoll an allen Aspekten der Gestaltung, Umsetzung und Überwachung von Empfängnisverhütungsprogrammen und -politiken zu beteiligen.

9. Rechenschaftspflicht

Gesundheitliche und menschenrechtliche Begründung

Die Rechenschaftspflicht leitet Staaten bei der Anpassung ihrer rechtlichen, politischen und programmatischen Rahmenbedingungen und Praktiken an internationale Menschenrechtsnormen an (61). Die Einführung wirksamer Mechanismen der Rechenschaftspflicht ist von wesentlicher Bedeutung, um sicherzustellen, dass die Handlungsmächtigkeit und Entscheidungen von Akteuren geachtet, geschützt und gewahrt werden. Wirksame Rechenschaftspflicht setzt voraus, dass Individuen, Familien und Gruppen, einschließlich Frauen aus schutzbedürftigen oder marginalisierten Bevölkerungsgruppen, ihre Rechte im Hinblick auf SRG kennen, und sie ermöglicht es ihnen, diese Rechte einzufordern (75).

Gemäß den internationalen Menschenrechtsnormen sind Staaten verpflichtet, sicherzustellen, dass wirksame Mechanismen der Rechenschaftspflicht, einschließlich Überwachungs- und Evaluationsmechanismen, sowie wirksame Abhilfeverfahren vorliegen. Sie sind außerdem verpflichtet, die Teilhabe eines breiten Spektrums von Akteuren an der Entwicklung und Umsetzung von Gesetzen, Politiken und Programmen sicherzustellen (13, 71).

Die wirksame Überwachung der Gesundheitsversorgung erfordert ein funktionierendes Informationssystem für Gesundheitsmanagement und ein funktionierendes Einwohnermeldesystem sowie die Verfügbarkeit aufgeschlüsselter Daten. Eine starke Kapazität zur Erhebung von Daten über die Gesundheit von Frauen ist in allen Ländern unerlässlich, um festzustellen, wo Investitionen schwerpunktmäßig getätigt werden sollten und ob Fortschritte erzielt werden (77). Innerhalb eines Menschenrechtsrahmens erfordert die Überwachung der Gesundheitsversorgung den Einsatz einer Reihe von Indikatoren, die nicht alle quantitativ sind oder einen direkten Bezug zum Gesundheitssektor haben (78). Soweit dies möglich ist, ist es unerlässlich, die Informationen nach Geschlecht, Alter, Wohnort (Stadt/Land), Ethnie, Bildungsstand, Vermögensquintil und geographischer Region aufzuschlüsseln, um Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung sicherzustellen und eine Grundlage für den Schutz benachteiligter und marginalisierter Gruppen zu schaffen (77). Alle Opfer von Menschenrechtsverletzungen haben ein Anrecht auf wirksame Beschwerde sowie auf Schadensersatz.



Es gibt verschiedene Formen der Abhilfe, darunter Wiedergutmachung (das heißt die Wiederherstellung des Zustands, der bestand, bevor die Rechtsverletzung erfolgte); Rehabilitation (das heißt medizinische oder psychologische Betreuung, soziale Dienste oder Rechtsdienstleistungen); Entschädigung (das heißt die Leistung einer Zahlung für alle finanziell abschätzbaren Schäden); Genugtuung (das heißt die Anerkennung der Rechtsverletzung, eine Entschuldigung usw.); sowie Garantien der Nicht-Wiederholung (das heißt Rechtsvorschriften, organisatorische Verbesserungen usw.) (27). Einige dieser Maßnahmen dienen in erster Linie dazu, den individuellen Opfern von Rechtsverletzungen zu helfen; andere richten sich eher an die allgemeine Bevölkerung, um den proaktiven Schutz ihrer Rechte zu erleichtern. Je nach Situation kann die vollständige Wiedergutmachung für eine Rechtsverletzung eine Kombination dieser Maßnahmen erfordern (12, 79–81). In allen Fällen sollten Abhilfen zugänglich, erschwinglich, zeitnah und wirksam sein. Dies erfordert eine angemessene Finanzierung, Kapazität und Mandate (75).

Die Rechenschaftspflicht wird mittels unterschiedlicher Prozesse und Institutionen erreicht, die von Land zu Land variieren und sowohl nationale als auch internationale Mechanismen und vielerlei Formen der Überprüfung und Aufsicht umfassen können, einschließlich administrativer, sozialer, politischer und rechtlicher Formen. Zu diesen Prozessen und Institutionen gehören beispielsweise Gerichte, nationale Menschenrechtseinrichtungen, berufsspezifische Disziplinarverfahren, Länderberichterstattungsprozesse von internationalen und regionalen Menschenrechtsorganen und individuelle Beschwerde-mechanismen. Zivilgesellschaftliche Teilhabe an der Entwicklung und Überwachung von Gesetzen und Politiken, einschließlich Haushaltsplänen und der Verwendung öffentlicher Gelder, ist ein wichtiger Bestandteil der Rechenschaftspflicht (75).

Es ist in erster Linie die Verpflichtung des Staates, die Menschenrechte im Hinblick auf die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu achten, zu schützen und zu wahren. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass Geberländer neben ihren Verpflichtungen, das Recht auf verhütungsbezogene Informationen und Dienste in ihrem eigenen Land sicherzustellen, auch die Pflicht haben, die Menschenrechte durch internationale Hilfe und Zusammenarbeit zu schützen und zu fördern. Gleiches gilt auch für andere Entwicklungspartner (75, 82).

9.1. Es wird empfohlen, dass wirksame Mechanismen der Rechenschaftspflicht bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung vorliegen und zugänglich sein sollten. Dazu gehören Überwachungs- und Evaluationsmechanismen sowie Rechtsmittel und Abhilfe auf Individual- und Systemebene.

9.2. Es wird empfohlen, alle Programme zu überwachen und zu evaluieren, um die höchste Qualität der Dienste und die Achtung der Menschenrechte sicherzustellen.

Es wird empfohlen, dass in Settings, in denen leistungs-basierte Finanzierung (performance-based financing, PBF) stattfindet, ein System der Kontrolle und Überwachung vorhanden sein sollte, einschließlich der Zusicherung, dass kein Zwang ausgeübt wird und dass die Menschenrechte geschützt werden. Wenn PBF stattfindet, sollte Forschung durchgeführt werden, um ihre Wirksamkeit und ihre Auswirkungen auf Klientinnen und Klienten im Hinblick auf die Erhöhung der Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln zu evaluieren.

Literatur

1. Singh S, Darroch JE. Adding it up: costs and benefits of contraceptive services – estimates for 2012. New York (NY): Guttmacher Institute and United Nations Population Fund; 2012, p. 4 (<http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
2. Constitution of the World Health Organization, 1946. In: World Health Assembly Basic Documents, 45th edition, Supplement 2006.
3. Programme of Action of the International Conference on Population and Development (Kairo, 5.–13. September 1994). In: Report of the International Conference on Population and Development. New York (NY), United Nations, 1994 (A/ CONF.171/13, <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
4. WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
5. Boden JM, Fergusson DM, John Horwood L. Early motherhood and subsequent life outcomes. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008, 49(2):151–60.
6. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007;36(2):368–73.
7. Klepinger DH, Lundberg S, Plotnick RD. Adolescent fertility and the educational attainment of young women. *Fam Plann Perspect*. 1995;27(1):23–8.
8. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010.
9. What are human rights? In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. United Nations; 2013 (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatAreHumanRights.aspx>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
10. Vienna Declaration and Programme of Action. Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993, (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/vienna.aspx>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
11. Cottingham J, Germain A, Hunt P. Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *Lancet*. 2012;380(9837):172–80.
12. General comment No. 14 (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 22nd session): The right to the highest attainable standard of health – Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). Geneva: United Nations Economic and Social Council; 2000 (E/C.12/2000/4, <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
13. General recommendation No. 24 (20th session): Article 12 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) – women and health. In: Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Fifty-fourth session of the General Assembly, Supplement No. 38 (Chapter I). New York (NY): United Nations; 1999 (A/54/38/Rev.1, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports/21report.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
14. Goal 5: Improve maternal health. In: Millennium Development Goals and Beyond 2015 [website]. United Nations; 2013 (<http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
15. Cottingham J, Kismodi E, Martin-Hilber A, Lincetto O, Stahlhofer M, Gruskin S. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. *Bull World Health Organ*. 2010;88:551–5.
16. Potts E. Accountability and the right to the highest standard of health. Colchester: University of Essex Human Rights Centre; 2008.
17. International technical guidelines on sexuality education. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2009.
18. Koenig MA. The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2003.
19. Arends-Kuenning M, Kessy FL. The impact of demand factors, quality of care and access to facilities on contraceptive use in Tanzania. *J Biosoc Sci*. 2007;39:1–26.
20. RamaRao S, Lacuest M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plan Perspect*. 2003;29(2):76–83.
21. Sanogo D, RamaRao S, Johnes H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health*. 2003;7:57–73.
22. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2012.
23. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924–6.
24. Schunemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Bossuyt P, Chang S et al. GRADE: assessing the quality of evidence for diagnostic recommendations. *Evid Based Med*. 2008;13(6):162–3.
25. Jaeschke R, Guyatt GH, Dellinger P, Schunemann H, Levy MM, Kunz R et al. Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive. *BMJ*. 2008;337:a744.
26. Barbui C, Dua T, van Ommeren M, Yasamy MT, Fleischmann A, Clark N et al. Challenges in developing evidence-based recommendations using the GRADE approach: the case of mental, neurological, and substance use disorders. *PLoS Med*. 2010;7(8):pii:e1000322. doi:10.1371/journal.pmed.1000322 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000322>, abgerufen am 4. Oktober 2013).
27. General comment No. 20 (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 42nd session): Non-discrimination in economic, social and cultural rights – Article 2, paragraph 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). Geneva: United Nations Economic and Social Council; 2009 (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/434/05/PDF/G0943405.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
28. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt. Commission on Human Rights, 60th session. New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2004, Paragraph 33 (E/ CN.4/2004/49, <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/%28symbol%29/E.CN.4.2004.49.En>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
29. United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). New York (NY): United Nations General Assembly; 1979 (A/47/38, 1249 UNTS 14).



30. General comment No. 19: Protection of the family, the right to marriage and equality of the spouses. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 1990 (HRI/GEN/1/Rev.6 at 149).
31. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York (NY): United Nations General Assembly; 2006 (A/ RES/61/106, 2515 UNTS 3).
32. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). New York (NY): United Nations General Assembly; 1966 (A/6316, 993 UNTS 3).
33. General comment No. 3 (32nd session): HIV/AIDS and the rights of the child. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2003 (CRC/GC/2003/3).
34. General recommendation No. 21 (13th session): Equality in marriage and family relations. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); 1994 (A/47/38).
35. General recommendation No. 19 (11th session): Violence against women. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); 1992, Article 16, Paragraph 22.
36. WHO model list of essential medicines. 17th list. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
37. Emergency contraception. Fact sheet No. 244. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
38. Resolution 2012/1: Adolescents and youth. In: Commission on Population and Development, report on the 45th session. New York (NY): United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2012, Paragraph 26 (E/2012/25, E/CN.9/2012/8, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/337/17/PDF/N1233717.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
39. Report of the United Nations Special Rapporteur on the right to education. New York (NY): United Nations General Assembly; 2010 (A/65/162, <http://www.right-to-education.org/sites/r2e.gn.apc.org/files/SR%20Education%20Report-Human%20Right%20to%20Sexual%20Education.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
40. International technical guidelines on sexuality education. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2009, pp. 19–22.
41. Interights v. Croatia. European Committee on Social Rights. Council of Europe; 2009, Paragraphs 45, 47.
42. Concluding comments (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 36th session): Republic of Moldova. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2006, Paragraph 31 (CEDAW/C/MDA/CO/3, <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/CEDAW.C.MDA.CO.3.En>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
43. Concluding observations (Committee on the Rights of the Child, 41st session): Trinidad and Tobago. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2006, Paragraph 54 (CRC/C/TTO/CO/2, <http://www.crin.org/docs/T&T%20concluding%20observations.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
44. Concluding observations (Committee on the Rights of the Child, 37th session): Antigua and Barbuda. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2004, Paragraph 54 (CRC/C/15/Add.247).
45. Universal health coverage: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/universal_health_coverage/en/, abgerufen am 3. Oktober 2013).
46. Investing in our future: a framework for acceleration action for the sexual and reproductive health of young people. Geneva: World Health Organization with United Nations Population Fund (UNFPA) and United Nations Children's Fund (UNICEF); 2006.
47. General comment No. 4 (33rd session): Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2003 (CRC/GC/2003/4, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/427/24/PDF/G0342724.pdf>, abgerufen am 8. Oktober 2013).
48. General comment No. 15 (62nd session): The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Article 24). New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2013 (CREC/C/GC/15, www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC/CRC-C-GC-15_en.doc, abgerufen am 8. Oktober 2013).
49. Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
50. Hodgkin R, Newell P. Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child, 3rd edition. Geneva: United Nations Children's Fund (UNICEF); 2007 (http://www.unicef.org/publications/files/Implementation_Handbook_for_the_Convention_on_the_Rights_of_the_Child_Part_1_of_3.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
51. Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (<https://www.bmfsfj.de/blob/93140/8c9831a3ff3ebf49a0d0fb42a8efd001/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> abgerufen am 26. November 2017) [United Nations Convention on the Rights of the Child (CRC). New York (NY): United Nations General Assembly; 1989 (Resolution 44/25)].
52. Integrating sexual and reproductive health into health emergency and disaster risk management. Policy brief. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/SRH_HERM_Policy_brief_A4.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
53. Implementing Best Practices Initiative. Family planning for health and development: actions for change. Geneva: World Health Organization, United Nations Population Fund, United States Agency for International Development; 2010 (http://www.ibpinitiative.org/_include/PDF/FamilyPlanningKampalaReportIBP.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
54. Senlet P, Cagatay L, Ergin J, Mathis J. Bridging the gap: integrating family planning with abortion services in Turkey. Int Fam Plan Perspect. 2001;27(2) (<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2709001.html>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
55. International Covenant on Civil and Political Rights (CCPR). Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 1966 (Inkrafttreten 1976).
56. Pichon and Sajous v. France, Application No. 49853/99. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2001.
57. RR v. Poland, Application No. 217617/04. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2011, Paragraph 206.

58. Bradley SEK, Schwandt HM, Khan S. Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton (MD): ICF Macro; 2009 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ639.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
59. Jain AK, Ramarao S, Kim J, Costello M. Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines. *J Biosoc Sci*, Cambridge University Press. 2012;44(01):27–41.
60. Darroch JE, Singh S. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008 and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2013;381(9879):1756–1762.
61. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann*. 1990;21:61–91.
62. Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
63. Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York (NY): Oxford University Press; 1986.
64. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Geneva and Baltimore: World Health Organization Department of Reproductive Health and Research and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/
- Center for Communication Programs, Knowledge for Health Project; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
65. Desjardins M. The sexualized body of the child, parents and the politics of 'voluntary' sterilization of people labelled intellectually disabled. In: McRuer R, Mollow A, editors. *Sex and disability*. Durham (NC): Duke University Press; 2012.
66. Guidelines on ethical issues in the management of severely disabled women with gynecological problems. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2011.
67. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur, Anand Grover. New York (NY): United Nations General Assembly; 2009 (A/64/272, <http://www.refworld.org/pdfid/4aa762e30.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
68. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biotechnology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo: Council of Europe; 1997.
69. *KH and others v. Slovakia*, Application No.32881/04. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2009, Paragraph 65.
70. Investing in development. A practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York (NY): United Nations Development Programme (UNDP); 2005.
71. United Nations Secretary-General. Global strategy for women's and children's health. New York (NY): The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2010 (http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_global-strategy_wch/en/, abgerufen am 3. Oktober 2013).
72. Ferguson L, Halliday E. Participation and human rights: impact on women's and children's health. What does the literature tell us? In: *Women's and children's health: evidence of impact of human rights*. Geneva: World Health Organization; 2013.
73. Potts H. Participation and the right to the highest attainable standard of health. Colchester: University of Essex Human Rights Centre; 2008.
74. General recommendation No. 23 (16th session): Article 7 – political and public life. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); 1997.
75. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Human Rights Council (20th session). Geneva: United Nations General Assembly; 2012 (A/HRC/21/22, http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_en.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
76. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Translating recommendations into action. First progress report on implementation of recommendations: November 2011–June 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/woman_child_accountability/about/first-partner_progress_report_COIA_recommendations/en/index1.html, abgerufen am 3. Oktober 2013).
77. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Keeping promises, measuring results. Geneva: World Health Organization; 2011.
78. International Human Rights Instruments. Report on indicators for promoting and monitoring the implementation of human rights. Geneva: United Nations; 2008 (HRI/MC/2008/3, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/423/62/PDF/G0842362.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
79. Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law. General Assembly resolution 60/147, 16 December 2005.
80. General comment No. 31 (Human Rights Committee, 80th session): The nature of the general legal obligation imposed on States Parties to the Covenant [International Covenant on Civil and Political Rights]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2004, Paragraph 15 (CCPR/C/21/Re v.1/Add.13, <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/58f5d4646e861359c1256ff600533f5f>, abgerufen am 8. Oktober 2013).
81. Commentary of the International Law Commission to Article 34 of the Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts, Paragraph 2. Official Records of the Fifty-sixth session of the General Assembly, 2001, Supplement No. 10 (A/56/10).
82. Bueno de Mesquita J, Hunt P. International assistance and cooperation in sexual and reproductive health: a human rights responsibility for donors. Colchester: University of Essex Human Rights Centre; 2008.



