



pro familia hintergrund

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

**Anhang A Leitliniensteuerungsgruppe
Anhang B Leitlinienentwicklungsgruppe
Anhang C Zusammenfassende
GRADE-Einstufungs- und -Evidenztabelle
Anhang D Gesundheitsstandards
und Menschenrechtsnormen**



Die Originalausgabe dieses Werks erschien 2014 unter dem Titel Annexes: 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.

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



Inhaltsverzeichnis

Anhang A	Leitliniensteuerungsgruppe	5
Anhang B	Leitlinienentwicklungsgruppe	6
Anhang C	Zusammenfassende GRADE-Einstufungs- und -Evidenztabellen	7
Anhang D	Gesundheitsstandards und Menschenrechtsnormen	43



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)

Anhang A Leitliniensteuerungsgruppe

Lynn Bakimajian
Carmen Barroso
Leo Bryant
Jane Cottingham
Nel Druce
Lynn Freedman
Sofia Gruskin
Karen Hardee
Jane Hobson
Sandra Jordan
Eszter Kismodi
Jan Kumar
Karen Newman
Mariela Rodriguez
Kate Shaw

WHO-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter

Maria Rodriguez
Monica Dragoman
Rajat Khosla
Lale Say
Marleen Temmerman



Anhang B Leitlinienentwicklungsgruppe

Alfonso Barrangues
UNFPA, USA

Harriet Birungi
Population Council, Kenia

Shelah S. Bloom
MEASURE Evaluation, University of North Carolina
in Chapel Hill, USA

Dirk Van Braeckel
University of Ghent, Belgien

Jacqueline Bryld
Danish Family Planning Association
Sex and Samfund, Dänemark

Caroline Phiri Chibawe
Mother and Child Health Ministry of Community
Development, Sambia

Jacqueline Darroch
Gutmacher Institute, USA

Suzanne Ehlers
Population Action International, USA

Faustina Fynn-Nyame
Marie Stopes International Ghana, Ghana

Christine Galavotti
Sexual, Reproductive and Maternal Health CARE USA,
USA

Baochang Gu
Center for Population and Development Studies
Renmin University of China, China

Demet Güral
Technical and Program Strengthening Pathfinder
International, USA

Krishna Jafa
Population Services International (PSI), Indien

Sandra Jordan
USAID, USA

Jane Kiragu
Satima Consultants Ltd, Kenia

Sunita Kishor
MEASURE DHS, USA

Rebecca Koladycz
International Planned Parenthood Federation, USA

Tamara Kreinin
Population and Reproductive Health Program
The David and Lucile Packard Foundation, USA

Matthew Lindley
International Planned Parenthood Federation,
Vereinigtes Königreich

Nyovani J. Madise
Social Statistics & Demography
University of Southampton, Vereinigtes Königreich

Tarek Meguid
University of Namibia, School of Medicine, Namibia

Poonam Mutreja
Population Foundation of India, Indien

Nuriye Ortayli
Reproductive Health UNFPA, USA

Jacqueline Pitanguy
CEPIA, Brasilien

Melanie Pleaner
Wits Reproductive Health and HIV Research Institute
Witwatersrand University, Südafrika

Serge Rabier
Equilibres & Populations, Frankreich

Scott Radloff
Bill & Melinda Gates Institute for Population and
Reproductive Health, USA

Sara Seims
The David and Lucile Packard Foundation,
Vereinigtes Königreich

Saroj Kumar Sikdar
Ministry of Health, Indien

Sivananthi Thanenthiran
The Asian-Pacific Resource & Research Centre
for Women (ARROW), Malaysia

Mountaga Toure
The Malian Association for the Protection and
Promotion of the Family, Mali

Esther Vicente
University of Puerto Rico, PROFAMILIA, Puerto Rico

Senorina Wendoh
International Planned Parenthood Federation,
Vereinigtes Königreich

Anhang C

Zusammenfassende GRADE-Einstufungs- und -Evidenztabelle

1. Nichtdiskriminierung

Diese Empfehlung beruht auf Menschenrechtsnormen (Anhang D). Daher wurde keine gesundheitsbezogene Evidenz gesucht.

2. Verfügbarkeit

Empfehlung 2.1 Integration der Versorgungskette

Datum: 11. April 2013

Frage: Sollte das volle Interventionspaket (vs. das partielle Interventionspaket) eingesetzt werden, um die Qualität der Familienplanungsdienste zu verbessern?

Settings: Uganda

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patient*innen			Effekt		Qualität	Bedeutung				
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Volles Interventionspaket	Partielles Interventionspaket	Relativ (95% CI)	Absolut		
Verhütungserfahrung der Klientinnen und Klienten												
1 ¹	Beobachtungsstudien	ernsthaft ²	keine ernsthaft ³ Inkonsistenz	keine ernsthaft ³ Indirektheit	keine ernsthaft ³ Ungenauigkeit ³	keine	- ⁴	-	-	-	sehr niedrig	bedeutend

1 Okuelo et al., 2003

2 Hohes Verzerrungsrisiko, da unterschiedliche Teilnehmerinnen bei der Basis- und der Nachuntersuchung beurteilt wurden.

3 Obwohl die Ungenauigkeit nicht schwerwiegend war, waren einige der untersuchten Gruppen (zum Beispiel neue Klientinnen) klein (n<300).

4 Der Verhütungserfahrungswert bei neuen Klientinnen betrug 0,72 für die Experimentaltgruppe (volle Intervention) und 0,71 für die Kontrollgruppe (partielle Intervention), was auf einen geringen Unterschied zwischen der vollen und der partiellen Intervention hindeutet.

3. Zugänglichkeit

3.1 Umfassende Sexuaufklärung

Autorin: P. Whyte

Datum: 10. April 2013

Frage: Sollte ein theoriebasiertes Mehrkomponentenprogramm für Sexuaufklärung bei Schülerinnen und Schülern der 9. bis 12. Klasse [high school] eingesetzt werden?

Settings: USA – Kalifornien und Texas

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung				Anzahl der Patient*innen		Effekt		Qualität	Bedeutung			
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Theoriebasiertes Mehrkomponentenprogramm für Sexuaufklärung	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Kondombenutzung beim letzten Geschlechtsverkehr (erfasst mittels: Befragung)												
1 ¹	randomisierte Studien	sehr hoch ²	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	–	–	OR 1,68 (1,02 bis 2,76) ³	–	niedrig	bedeutend

1 Coyle et al., 2001

2 Hohes Verzerrungsrisiko, weil erstens die Endpunktvariablen von den Teilnehmenden selbst berichtet wurden, zweitens es keine Möglichkeit gab, Ausfälle bei der Nachbefragung zu berücksichtigen und drittens keine statistische Korrektur für mehrfache Signifikanztests vorgenommen wurde. Der Beitrag argumentiert, dass die Analysen sich auf primäre und sekundäre Hypothesen beschränkten und dass alle anderen Tests als exploratorisch betrachtet wurden.

3 Das Odds Ratio (OR; Chancenverhältnis) beruht auf einer Mehrebenenanalyse mithilfe logistischer oder linearer Regression (die für diesen Endpunkt verwendete Regressionsart wird nicht angegeben). Die Kondombenutzung beim letzten Geschlechtsverkehr war ein sekundärer Endpunkt der Studie; die primären Endpunkte waren die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs ohne Kondom und die Anzahl der Sexualpartnerinnen beziehungsweise Sexualpartner.

Autorin: P. Whyte

Datum: 10. April 2013

Frage: Sollte ein Lehrplan auf Basis der sozialkognitiven Lerntheorie und der sozialen Inokulationstheorie bei Schülerinnen und Schülern der Klassen 6 bis 9 eingesetzt werden?

Settings: USA – Kalifornien

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patient*innen			Effekt		Qualität	Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Lehrplan auf Basis der sozial-kognitiven Lerntheorie und der sozialen Inokulationstheorie	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut
Benutzung eines Kondoms beim letzten Geschlechtsverkehr (erfasst mittels: Befragung)										
1 ¹	randomisierte Studien	sehr hoch ²	keine ernsthaftere Inkonsistenz	keine ernsthaftere Indirektheit	keine ernsthaftere Ungenauigkeit	keine	–	–	–	–
								0 %		–

1 Coyle et al., 2004

2 Hohes Verzerrungsrisiko aufgrund (a) des Einsatzes von Befragungen auf der Basis von Selbstberichten, um Endpunkte zu beurteilen, (b) der mangelnden Teilnahme von Schülerinnen und Schülern, die eine Teilnahmeerlaubnis hatten und (c) der hohen Ausfälle bei der Nachbefragung von Teilnehmerinnen oder Teilnehmern.

Autorin: P. Whyte
 Datum: 10. April 2013
 Frage: Sollte das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (*health belief model*) in Verbindung mit der Theorie sozialen Lernens bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 19 Jahren eingesetzt werden?¹
 Settings: USA – Kalifornien und Texas
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung				Anzahl der Patient*innen		Effekt		Qualität	Bedeutung	
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Modell gesundheitlicher Überzeugungen in Verbindung mit der Theorie sozialen Lernens	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut
Verhütungseffizienz (gewichteter, aus mehreren Indikatoren zusammengesetzter Index zur Bewertung der Konsequenz, mit der Jugendliche wirksame Methoden der Empfängnisverhütung vor und nach der Intervention anwendeten) (erfasst mittels: Befragung)										
1 ²	Beobachtungsstudien	ernsthaft ³	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	ernsthaft ⁴	keine	–	–	–	–
								0%		–
Verwendung eines wirksamen Verhütungsmittels beim letzten Geschlechtsverkehr (erfasst mittels: Befragung)										
1 ²	Beobachtungsstudien	ernsthaft ³	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	ernsthaft ⁴	keine	– ⁶	–	–	–
								0%		–

1 Das Programm umfasste vier Bereiche: Sachinformationen, Gruppendiskussion über Sachinformationen, Gruppendiskussion über Werte, Gefühle und Emotionen sowie eine Diskussion über Entscheidungsfindung und persönliche Verantwortung für das eigene Sexualverhalten.

2 Eisen (1990)

3 Lediglich 60 Prozent der Basisstichprobe nahmen an der Folgebefragung nach einem Jahr teil und schlossen diese auch ab.

4 Einige Analysen beruhten auf kleinen Untergruppen der Gesamtstichprobe (n=81); die Hauptanalysen umfassten lediglich 60 Prozent der Personen, die die Folgebefragung abgeschlossen haben.

5 Bei den männlichen Befragten ergab die Folgebefragung nach einem Jahr keinen statistisch signifikanten Unterschied bei der Verhütungseffizienz. Bei den weiblichen Befragten gab es einen statistisch signifikanten Vorteil zugunsten der Kontrollgruppe: Bei der Interventionsgruppe betrug der Verhütungseffizienzwert 6,95; bei der Kontrollgruppe belief sich der Wert auf 12,00 (p<0.01); ein höherer Wert ist besser.

6 Bei den männlichen Befragten war die Anwendung wirksamer Verhütung mit 65 Prozent in der Kontrollgruppe höher als in der Interventionsgruppe (55 Prozent). Bei den weiblichen Befragten berichteten 35 Prozent der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe, dass sie wirksame Verhütungsmittel beim letzten Geschlechtsverkehr verwendet hätten, verglichen mit 65 Prozent der Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe.

Autorin: P. Whyte

Datum: 10. April 2013

Frage: Sollte peer-geleitete vs. lehrkraftgeleitete Sexuaufklärung bei Schülerinnen und Schülern der 9. bis 12. Klasse [high school] eingesetzt werden?

Settings: Vereinigtes Königreich

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patient*innen				Effekt		Qualität	Bedeutung			
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Peergeleitete Sexuaufklärung	Lehrkraftgeleitete Sexuaufklärung	Relativ (95% CI)	Absolut		
Verhütungsmittel beim ersten Sex verwendet – weiblich (erfasst durch: Fragebogen)												
1 ¹	randomisierte Studien	ernsthaft ²	keine ernsthaftere Inkonsistenz	keine ernsthaftere Indirektheit	keine ernsthaftere Ungenauigkeit	keine	–	–	OR 0,90 (0,73 bis 1,11) ³	–	moderat	bedeutend
Verhütungsmittel beim ersten Sex – männlich (erfasst durch: Fragebogen)												
1 ²	randomisierte Studien	ernsthaft ²	keine ernsthaftere Inkonsistenz	keine ernsthaftere Indirektheit	keine ernsthaftere Ungenauigkeit	keine	–	–	OR 1,01 (0,68 bis 1,49) ³	–	moderat	bedeutend

1 Stephenson et al., 2004

2b Ein gewisses Verzerrungsrisiko besteht, da die Endpunkte von den Befragten selbst berichtet wurden. Der Beitrag stellt fest, dass ein erhebliches Verzerrungsrisiko unwahrscheinlich sei. Es wird jedoch keine Begründung für diese Behauptung geliefert.

3 Im Beitrag werden der Stichprobenumfang [n] und der Prozentsatz der Befragten, die beim ersten Sex Verhütung anwendeten, angegeben; die Grundgesamtheit [Gesamt-N] wird jedoch nicht angegeben. Die Webseiten mit den zusätzlichen Tabellen, auf die im Beitrag verwiesen wird (und die möglicherweise den Gesamt-N berichteten) sind nicht mehr verfügbar. Daher konnten keine Anteile in GRADE eingegeben werden.

Autorin: P. Whyte
 Datum: 10. April 2013
 Frage: Sollte peer-geleitete oder lehrkraftgeleitete Sexuaufklärung bei Schülerinnen und Schülern 9. bis 12. Klasse [high school] eingesetzt werden?
 Settings: Vereinigtes Königreich
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patient*innen				Effekt		Qualität	Bedeutung			
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Peergeleitete Sexuaufklärung	Lehrkraftgeleitete Sexuaufklärung	Relativ (95% CI)	Absolut		
Verhütungsmittel beim ersten Sex verwendet – weiblich (erfasst durch: Fragebogen)												
1 ¹	randomisierte Studien	ernsthaft ²	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit	keine	–	–	OR 1,07 (0,88 bis 1,31) ³	–	moderat	bedeutend
Verhütungsmittel beim ersten Sex – männlich (erfasst durch: Fragebogen)												
1 ¹	randomisierte Studien	ernsthaft ²	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit	keine	–	–	OR 1,04 (0,65 bis 1,68) ³	–	moderat	bedeutend
Verhütungsmittel beim letzten Geschlechtsverkehr – weiblich (erfasst durch: Fragebogen)												
1 ¹	randomisierte Studien	ernsthaft ²	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit	keine	–	–	OR 1,57 (1,08 bis 2,29) ³	–	moderat	bedeutend
Verhütungsmittel beim letzten Geschlechtsverkehr – männlich (erfasst durch: Fragebogen)												
1 ¹	randomisierte Studien	ernsthaft ²	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit	keine	–	–	OR 0,66 (0,31 bis 1,39) ³	–	moderat	bedeutend

1. Stephenson et al., 2008

2. Ein gewisses Verzerrungsrisiko besteht, da die Endpunkte von den Befragten selbst berichtet wurden.

3. Im Beitrag werden für die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe der Stichprobenumfang [n] und der Prozentsatz der Befragten, die beim ersten Sex Verhütung anwendeten, angegeben; die Grundgesamtheit [Gesamt-N] für jede Gruppe wird jedoch nicht angegeben. Daher konnten Anteile nicht in GRADE eingegeben werden

Empfehlung 3.2 Beseitigung finanzieller Hindernisse

Autorin: P. Whyte

Datum: 10. April 2013

Frage: Sollten Frauen im Großraum St. Louis die Verhütungsmethode ihrer Wahl kostenfrei anwenden [können]?¹

Settings: USA

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patient*innen			Effekt		Qualität	Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Verhütungsmethode der Wahl kostenfrei	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut
Anwendung einer Langzeitverhütungsmethode										
1 ²	Beobachtungsstudien	ernsthaft ³	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	– ⁴	–	–	–
							0 %			

1 Ein Vergleich mit der kostenpflichtigen Verwendung von Verhütungsmitteln fand nicht statt.

2 Secura et al., 2010

3 Beobachtungsstudie, die nur den Anteil der Frauen angibt, die sich für Verhütung entschieden haben.

4 Die Studie berichtete lediglich, dass 67 Prozent der Frauen sich für Langzeitverhütungsmethoden entschieden hätten; 2500 Frauen wurden in die Studie aufgenommen; es wurden keine Angaben gemacht über die Anzahl der Frauen, die befragt wurden.

Autorin: P. Whyte
 Datum: 10. April 2013
 Frage: Sollte keine Intervention bei männlichen Hochschulstudenten eingesetzt werden?¹
 Settings: China
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung							Anzahl der Patient*innen		Effekt		Qualität	Bedeutung	
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Keine Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut			
Kondomnutzung beim letzten Geschlechtsverkehr (erfasst mittels Befragung)													
1 ²	Beobachtungsstudien	ernsthaft ³	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	- ⁴	-	-	-	-	sehr niedrig	bedeutend
							0%	0%					
Bereitstellung von Gratis Kondomen (erfasst mittels Befragung)													
1 ²	Beobachtungsstudien	ernsthaft ³	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	- ⁴	-	OR 1,98 (1,08 bis 3,61) ⁵	-	-	sehr niedrig	bedeutend
							0%	0%					

1 Bei dieser Studie wurde keine Intervention eingesetzt. Es wurde vielmehr die aktuelle Kondomnutzung bei männlichen Hochschulstudenten untersucht.

2 Long et al., 2012

3 Der Beitrag berichtet, dass die Studie lediglich eine kleine Anzahl von Hochschulstudenten umfasst habe und dass die Ergebnisse daher möglicherweise nicht repräsentativ seien. Die Ergebnisse beruhen zudem auf retrospektiven Daten, obwohl die Kondomnutzung am besten anhand von Tageskalendern erfasst werden kann.

4 Der Beitrag berichtet lediglich, dass 61,5 Prozent der Befragten ein Kondom beim letzten Geschlechtsverkehr benutzt hätten. Es werden keine N [Grundgesamtheiten] angegeben.

5 Odds Ratio [OR; Chancenverhältnis] für Kondombenutzung, wenn Gratis Kondome verfügbar waren. Wenn kostenlose Beratung über reproduktive Gesundheit bereitgestellt wurde, betrug das Chancenverhältnis für die Kondomnutzung 1,54 (95 Prozent CI: 1,08, 2,74) verglichen mit „keine Beratung“.

Autorin: P. Whyte
 Datum: 10. April 2013
 Frage: Sollten Frauen im Großraum St. Louis die Verhütungsmethode ihrer Wahl kostenfrei anwenden [können]?¹
 Settings: USA
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patient*innen			Effekt		Qualität	Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Verhütungsmethode der Wahl kostenfrei	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut
Anwendung einer Langzeitverhütungsmethode										
1 ²	Beobachtungsstudien	verzerrungsfrei ³	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	- ⁴	-	-	-
							0%			

1 Bei dieser Studie wird kein Vergleich mit der Verwendung von kostenpflichtigen Verhütungsmitteln vorgenommen.

2 Peipert et al., 2012

3 Beobachtungsstudie, die lediglich den Anteil der Befragten angibt, die eine Langzeitverhütungsmethode anwendeten.

4 Der Beitrag berichtet, dass 75 Prozent der Beteiligten sich für eine Langzeitverhütungsmethode entschieden hätten. Es handelt sich um eine Folgestudie der in Secura et al. (2010) berichteten Untersuchung. Secura et al. (2010) berichteten, dass 67 Prozent der ersten 2500 Teilnehmerinnen sich für eine Langzeitverhütungsmethode entschieden hätten. Die primären Endpunkte waren Schwangerschaftsabbrüche, erneute Schwangerschaftsabbrüche und Geburten im Teenagealter.

Empfehlung 3.3 Verbesserung des Zugangs für Bevölkerungsgruppen, die Schwierigkeiten beim Zugang zu Diensten haben

(Evidenz für ländliche Bevölkerung)

Autorin: P. Whyte

Datum: 20. März 2013

Frage: Sollte ein von weiblichem Gesundheitspersonal bereitgestelltes Programm vs. kein Programm bei verheirateten Frauen eingesetzt werden?¹

Settings: Pakistan

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patientinnen und Patienten					Effekt		Qualität	Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Programme mit weiblichem Gesundheitspersonal	Kein Programm	Relativ (95% CI)	Absolut		
Anwendung einer modernen reversiblen Verhütungsmethode (erfasst mittels: Befragung)												
1 ²	Beobachtungsstudien ³	ernsthaft ⁴	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	- ⁴	-	OR 1,50 (1,04 bis 2,16) ⁵	-	sehr niedrig	bedeutend
								0%		-		

1 Weibliches Gesundheitspersonal stellte Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder bereit.

2 Douthwaite und Ward, 2002

3 Retrospektive Datenanalyse.

4 Hohes Verzerrungsrisiko, da es sich um eine Beobachtungsstudie handelte und keine Basisdaten erhoben wurden.

5 Beruht auf einer multivariaten logistischen Regressionsanalyse. Der Beitrag liefert lediglich Prozentsätze (keine Grundgesamtheiten [N]) für die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe für den Anteil der Befragten, die moderne reversible Verhütungsmethoden anwendeten.

Autorin: P. Whyte
 Datum: 20. März 2013
 Frage: Sollten traditionelle Medizinerinnen und Mediziner eingesetzt werden, um Familienplanungsdienste für ländliche Bevölkerungen bereitzustellen?
 Settings: Uttar Pradesh, Bezirk Muzaffamagar (Indien)
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung				Anzahl der Patientinnen und Patienten		Effekt		Qualität		Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Bereitstellung von Familienplanungsdiensten durch traditionelle Medizinerinnen und Mediziner	Kont-rolle	Relativ (95 % CI)	Absolut		
Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)												
1 ¹	Beobachtungsstudien	keine ernsthaft ²	keine ernsthaft ² Inkonsistenz	keine ernsthaft ² Indirektheit	keine ernsthaft ² Ungenauigkeit ³	keine	508/800 (63,5%) ³	413/850 (48,6 %)	–	486 weniger pro 1000 (von 486 weniger bis 486 weniger)	sehr niedrig	bedeutend
								0 %		–		

1 Kambo

2 Beobachtungsstudie; die einbezogenen Gebiete wurden „gezielt“ ausgewählt.

3 Zwischen dem Beginn der Studie und der Folgeuntersuchung war der Anstieg bei der Verwendung von Verhütungsmitteln im Vergleich zur Kontrollgruppe höher. Die hier dargestellten Werte sind die der Folgeuntersuchung.

Autorin: P. Whyte
 Datum: 20. März 2013
 Frage: Sollten verbesserte Gesundheitsdienste für die ländliche Bevölkerung bereitgestellt werden?
 Settings: Uganda
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung						Effekt		Qualität		Bedeutung			
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Relativ (95 % CI)	Absolut			
							Bereitstellung verbesserter Gesundheitsdienste	Kontrolle					
Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)													
1 ¹	Beobachtungsstudien ²	keine ernsthaft ³	keine ernsthaft ³ Inkonsistenz	keine ernsthaft ³ Indirektheit	keine ernsthaft ³ Ungenauigkeit ³	keine	–	–	– ⁴	–	–	sehr niedrig	bedeutend
								0 %		–			

1 Katende et al., 2003

2 Retrospektive Datenanalyse.

3 Hohes Verzerrungsrisiko, da die Analyse sich auf einrichtungsbasierten Informationen beschränkte und andere programmatische Interventionen nicht berücksichtigt wurden, die möglicherweise einen Effekt hatten.

4 Der Beitrag berichtet, dass keine der Maßstäbe für die Bereitstellung von Diensten signifikant mit der Anwendung von modernen Verhütungsmethoden bei Frauen, die in ländlichen Gebieten lebten, korrelierte.

Autorin: P. Whyte

Datum: 20. März 2013

Frage: Sollte ein gemeindenaher Ansatz bei einer ländlichen Bevölkerung angewendet werden?

Settings: Pakistan

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung							Effekt		Qualität		Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Relativ (95% CI)	Absolut			
							Gemeindenaher Ansatz	Kontrolle					
Anwendung moderner Methoden reversibler Verhütung (erfasst mittels: Befragung)													
1 ¹	Beobachtungsstudien ²	ernsthaft ²	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	–	–	OR 1,74 (1,11 bis 2,71) ⁴	–	–	sehr niedrig	bedeutend
								0%		–			

1 Sultan et al., 2002

2 Retrospektive Datenanalyse von Umfragedaten.

3 Retrospektive Datenanalyse; die Möglichkeit, eine Verbindung zwischen kausalen Faktoren herzustellen, ist daher begrenzt.

4 Bereinigtes Odds Ratio (OR; Chancenverhältnis) zeigt, dass bei Frauen, die höchstens 5 km von zwei Gemeindearbeiterinnen bzw. Gemeindearbeitern entfernt lebten, die Wahrscheinlichkeit der Anwendung moderner Verhütungsmethoden signifikant höher war als bei Frauen, die keinen Zugang zu Gemeindearbeiterinnen bzw. -arbeitern hatten

Empfehlung 3.4 Vertriebene Bevölkerungsgruppen

Autorin: P. Whyte

Datum: 28. März 2013

Frage: Sollten gemeindenahe Anbieter in einem Notfallsetting bei Flüchtlingsgruppen eingesetzt werden?

Settings: Ostburma

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung												
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
							Gemeindenahe Anbieter in einem Notfallsetting	Kontrolle	Relativ (95 % CI)	Absolut		
Anwendung moderner Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)												
1 ²	Beobachtungsstudien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit ³	keine	1070/2377 (45 %) ²	–	Prävalenzrate-Verhältnis 1,88 (1,63 bis 2,17) ³	–	niedrig	bedeutend

1 Mullany et al., 2010

2 Es handelt sich um den Anteil der Befragten, die am Ende der Intervention moderne Verhütungsmethoden anwendeten. Der Anteil der Befragten, die moderne Verhütungsmethoden zu Beginn der Intervention anwendeten betrug 23,9 Prozent.

3 Vergleich zwischen Beginn und Ende der Intervention

Empfehlung 3.5 Integration von HIV/AIDS-Diensten

Autorin: P. Whyte

Datum: 5. März 2013

Frage: Sollten HIV/AIDS-Dienste zwecks Bekämpfung der Mütter- und Kindersterblichkeit und der Kontrolle der HIV/AIDS-Epidemie in Gesundheitsdiensten für Mütter, Neugeborene und Kinder sowie in Ernährungs- und Familienplanungsdiensten integriert werden?¹

Settings: Alle Länder²

Bibliographie: Lindegren et al., 2012

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patientinnen und Patienten				Effekt		Qualität	Bedeutung			
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Integration von HIV/AIDS-Diensten in Gesundheitsdiensten für Mütter, Neugeborene und Kinder sowie in Ernährungs- und Familienplanungsdiensten	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Anwendung von Verhütung (Äthiopien)												
1 ^{3,4}	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ⁵	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit ³	keine	212/3374 (6,3%) ⁶	-	-	-	sehr niedrig	bedeutend
Anwendung von Verhütung (Äthiopien)												
1 ^{3,7}	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ⁵	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit ³	keine	474/677 (70%) ^{6,8}	-	-	-	sehr niedrig	bedeutend
Anwendung von Verhütung (Malawi; HIV-positive Frauen)												
1 ^{3,9}	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ⁵	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	ernsthaft ¹⁰	keine	92/200 (46%) ^{6,11}	-	-	-	sehr niedrig	bedeutend
Paarverhütungsjahre (CYP) berechnet, indem die mengenmäßige Gesamtnutzung von jedem Familienplanungsprodukt durch die Dauer des angebotenen Schutzes geteilt wird, unter Annahme eines Durchschnitts von 10 Handlungen pro Monat (Nigeria)												
1 ^{3,12}	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ⁵	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit ³	keine	- ¹³	-	-	-	sehr niedrig	bedeutend
Anwendung von Verhütung (Kenia)												
1 ^{3,14}	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ¹⁵	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit ³	keine	- ⁶	-	-	-	sehr niedrig	bedeutend
Anwendung von Verhütung (Tansania)												
1 ^{3,17}	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ⁵	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit ³	keine	172/407 (42,3%)	-	OR 1,23 (0,87 bis 1,72) ^{1,8}	-	sehr niedrig	bedeutend

- 1 Es handelt sich um das Gesundheitsproblem, das in der systematischen Übersichtsarbeit identifiziert wurde. Die Fragestellung, zu der dieses Problem in der Übersichtsarbeit gehörte, lautete: „Gibt es Interventionen, die sich im Vergleich zur Ausgangsvorsorge („keine Intervention“) als wirksam erwiesen, einen gerechten Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der Familienplanung für (potenzielle) Nutzerinnen und Nutzer zu verbessern? Die entsprechende Forschungsfrage lautete: „Gibt es Belege dafür, dass die Integration von HIV-Diensten die Zugänglichkeit von Familienplanungsdiensten verbessert?“.
- 2 Die Übersichtsarbeit von Lindegren et al. (2012) umfasste Länder mit hohem, mittlerem und niedrigem Einkommen nach der Definition der Weltbank. Die Studien, die über die Verwendung von Verhütungsmitteln berichteten, wurden in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen durchgeführt.
- 3 Die Übersichtsarbeit von Lindegren et al. (2012) stellt fest, dass sieben der 19 in der Übersichtsarbeit berücksichtigten Studien über die Verwendung von Verhütungsmitteln berichteten. Angesichts der Tatsache, dass die Übersichtsarbeit keine Daten aus diesen Studien enthält, sondern lediglich feststellt, dass alle sieben Studien, die über die Verwendung von Verhütungsmitteln berichteten, positive Ergebnisse erzielt und berichtet hätten, dass die Anwendung von Familienplanung (sowohl Kondom-Methoden als auch Nicht-Kondom-Methoden) angestiegen sei, wird die vorliegende GRADE-Tabelle über jede der verfügbaren Studien einzeln berichtet. Zwei der zitierten Studien (Brou et al., 2009 und King et al., 1995) waren nicht verfügbar. Da keine Ergebnisse in der Übersichtsarbeit von Lindegren et al. (2012) berichtet wurden, werden keine Ergebnisse aus diesen beiden Studien hier aufgeführt.
- 4 Bradley et al., 2009
- 5 Hohes Risiko der Stichprobenverzerrung; mangels Verblindung war das Risiko der Verzerrung aufgrund von unterschiedlichen Behandlungen hoch; da alle Endpunkte von den Befragten selbst berichtet wurden, war das Risiko der Verzerrung aufgrund von selektivem Berichten ebenfalls hoch.
- 6 Es handelt sich um den kombinierten Wert für Männer und Frauen, die berichteten, dass sie nach der Intervention Verhütung anwendeten. Der Beitrag stellt fest, dass es sich um einen im Vergleich zur Anwendungsrate vor der Intervention (0,1 Prozent für Frauen und 0,8 Prozent für Männer) signifikanten Anstieg handelt.
- 7 Gillespie et al., 2009
- 8 Es handelt sich um den Anteil der Frauen in aktuellen Sexualbeziehungen, die Verhütung anwendeten.
- 9 Hoffman et al., 2008
- 10 Kleiner Stichprobenumfang (n=227).
- 11 Bei den 46 Prozent handelt es sich um Frauen, die Verhütung zum Zeitpunkt der Folgebefragung nach einem Monat anwendeten. Zum Zeitpunkt der Folgebefragung nach einer Woche wendeten 52 Prozent der Frauen Verhütung an. Der N [Grundgesamtheit] von 200 berücksichtigt diejenigen Frauen, die aus der Beobachtung fielen oder während der Studie verstarben.
- 12 Chabikuli et al., 2009
- 13 Der Beitrag berichtet von einem durchschnittlichen monatlichen CYP von 38,2 nach der Intervention, verglichen mit 32,3 vor der Intervention – einem signifikanten Anstieg, da diese Ergebnisse auf 44.589 Personen basieren, die Familienplanungskliniken während des Berichtszeitraums aufsuchten.
- 14 Ngire et al., 2009
- 15 Hohes Risiko der Stichprobenverzerrung; keine Verblindung, daher ist das Risiko der Verzerrung aufgrund von unterschiedlichen Behandlungen unklar; hohes Risiko der Verzerrung durch andere Faktoren, da die Besuchsfrequenz und die Anwendungsrate von Verhütungsmitteln bei HIV-positiven Frauen höher waren als bei Frauen, die HIV-negativ waren.
- 16 Dieses Chancenverhältnis (Odds Ratio, OR) beruht auf einem Vergleich der Anteile von Besuchen, bei denen HIV-positive Frauen von der Verwendung von Verhütungsmitteln außer Kondomen berichteten. Für HIV-negative Frauen betrug das OR=2,2 (95 Prozent CI [Vertrauensintervall]: 1,4, 3,5).
- 17 Rasch et al., 2006
- 18 Bereinigtes Chancenverhältnis (OR; Einfluss von Alter, Familienstand, früherer Geburt und Beruf) basierend auf einem Vergleich mit denjenigen, die sich weigerten, sich einem HIV-Test zu unterziehen (97/299; 32,9 Prozent).

Empfehlung 3.6 Integration nach der Geburt

Autorin: P. Whyte

Datum: 13. März 2013

Frage: Sollte Aufklärung über die nachgeburtliche Verwendung von Verhütungsmitteln für Frauen nach der Geburt bereitgestellt werden?^{1,2}

Settings: USA und vier weitere Länder³

Bibliographie: Lopez et al., 2012

Qualitätsbeurteilung				Anzahl der Patientinnen und Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Aufklärung über die Verwendung von Verhütungsmitteln durch Frauen nach der Geburt	Kontrolle	Relativ (95 % CI)	Absolut		
Verwendung von Verhütungsmitteln nach der Geburt (erfasst mittels: Befragung)												
1 ⁴	randomisierte Studien	keine ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	ernsthaft ⁶	keine	170/299 (56,9%) ⁷	19/301 (6,3%) ⁸	–	63 weniger pro 1000 (von 63 weniger bis 63 weniger)	niedrig	bedeutend
								0 %		–		
Verwendung von Verhütungsmitteln nach der Geburt												
1 ⁹	randomisierte Studien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit	keine	117/276 (42,4%) ¹⁰	118/291 (40,5%)	–	405 weniger pro 1000 (von 405 weniger bis 405 weniger)	hoch	bedeutend
								0 %		–		
Verwendung von Verhütungsmitteln nach der Geburt (erfasst mittels: Befragung)												
1 ¹¹	randomisierte Studien	keine ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit	keine	–	–	OR 1,62 (1,06 bis 2,50) ¹³	–	moderat	bedeutend
								0 %		–		

Qualitätsbeurteilung				Anzahl der Patientinnen und Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Aufklärung über die Verwendung von Verhütungsmitteln durch Frauen nach der Geburt	Kontrolle	Relativ (95 % CI)	Absolut
Verwendung von Verhütungsmitteln nach der Geburt (erfasst mittels: Befragung)										
1 ¹⁴	rando- misierte Studien	keine ernsthaft ⁵ Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	ernsthaft ¹⁶ keine	53/62 (85,5 %)	40/62 (64,5 %)	RR 1.33 (1.07 bis 1.64)	213 mehr pro 1000 (von 45 mehr bis 413 mehr)	niedrig	bedeutend
Verwendung von Verhütungsmitteln nach der Geburt (erfasst mittels: Fragebogen und des Einsammelns von Pillenpackungen)										
1 ¹⁷	rando- misierte Studien	keine ernsthaft ¹⁵ Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	ernsthaft ¹⁹ keine	4/16 (25%) ²⁰	3/9 (33,3%) ²¹	–	333 weniger pro 1000 (von 333 weniger bis 333 weniger)	niedrig	bedeutend

1 Die Übersichtsarbeit von Lopez et al. (2012) stellt fest, dass von den zehn berücksichtigten Studien nur fünf die Verwendung von Verhütungsmitteln als Endpunkt hatten. Da die Übersichtsarbeit keine aggregierten Analysen der verfügbaren Studien liefert, wird in der vorliegenden Tabelle jede Studie einzeln dargestellt.

2 Fünf der in der Übersichtsarbeit von Lopez et al (2012) berücksichtigten Studien fokussierten sich auf Jugendliche, eine Studie fokussierte sich auf junge Frauen. Die restlichen Studien hatten keine Altersgrenzen. Von den Studien, die sich auf Jugendliche fokussierten, hatten lediglich zwei die Verwendung von Verhütungsmitteln als Endpunkt.

3 Die Übersichtsarbeit von Lopez et al (2012) umfasste zehn Studien, wovon sechs in den USA und jeweils eine in Australien, Nepal, Pakistan und Syrien durchgeführt wurden.

4 Saeed et al., 2008. Bei der Intervention handelte es sich um Verhütungsberatung nach der Geburt sowie die Bereitstellung eines Aufklärungsmerkblatts.

5 Es wurden keine Informationen bezüglich verdeckter Zuteilung [zu den vergleichenden Gruppen] geliefert.

6 Die Intervention bestand aus einer 20-minütigen informellen Beratung und einem einseitigem Flugblatt zum Thema Verhütungsmethoden. Die Übersichtsarbeit von Lopez et al (2012) stufte die Studie aufgrund der niedrigen Interventionsqualität ab.

7 129 weitere Personen (43,1 Prozent) gaben an, dass sie in den nächsten sechs Monaten damit beginnen würden, Verhütung anzuwenden.

8 153 weitere Personen (50,8 Prozent) gaben an, dass sie in den nächsten sechs Monaten damit beginnen würden, Verhütung anzuwenden.

9 Bashour et al., 2008. Die Intervention bestand entweder aus vier Hausbesuchen nach der Geburt oder aus einem Hausbesuch nach der Geburt.

10 In dieser Studie gab es zwei Interventionsgruppen. In der ersten Gruppe (mit vier Interventionsbesuchen) wendeten 42,2 Prozent der Teilnehmerinnen Verhütung an. In der zweiten Gruppe (mit einem Interventionsbesuch) wendeten 37 Prozent (107/289) der Teilnehmerinnen Verhütung an.

11 Bolam et al., 1998. Die Intervention umfasste einen strukturierten Haushaltsfragebogen (Basisbefragung) sowie individuelle gesundheitliche Aufklärung zum Zeitpunkt der Geburt und drei Monate danach.

12 Die Teilnehmerinnen und Gesundheitspädagoginnen/Gesundheitspädagoginnen wurden nicht verblindet. Die Rate derer, die nicht an einer Folgebefragung teilnahmen, war hoch – 25 Prozent bei der Folgebefragung nach drei Monaten und 27 Prozent bei der Folgebefragung nach sechs Monaten.

13 In dieser Studie gab es drei Experimentalgruppen und eine Kontrollgruppe. Die drei Experimentalgruppen erhielten entweder gesundheitliche Aufklärung sofort nach der Geburt oder drei Monate nach der Geburt (Gruppe A), gesundheitliche Aufklärung nur zum Zeitpunkt der Geburt (Gruppe B) oder gesundheitliche Aufklärung drei Monate nach der Geburt (Gruppe C). Die Kontrollgruppe (Gruppe D) erhielt keine gesundheitliche Aufklärung. Der Beitrag verglich Gruppen A und B einerseits mit Gruppen C und D andererseits. Dieser Vergleich ergab das hier aufgeführte Odds Ratio (OR; Chancenverhältnis). Die Anteile der Patientinnen in jeder Gruppe, die Verhütung anwendeten, können nicht in GRADE dargestellt werden, weil der Beitrag die Anzahl der bewerteten Personen in jeder Gruppe nicht angibt; er nennt lediglich die Grundgesamtheit (N) der bewerteten Personen. Der Beitrag verglich zudem Gruppen A und C mit Gruppen B und D. Dieser

Vergleich ergab ein OR von 0,86 (95 Prozent CI [Vertrauensintervall]: 0,58, 1,35) für den Vergleich der Verwendung von Verhütungsmitteln nach sechs Monaten. Es wurden keine Vergleiche vorgenommen zwischen den Experimentalgruppen einerseits und der Kontrollgruppe andererseits.

14 Quinlivan et al., 2003. Die Intervention bestand aus fünf strukturierten Hausbesuchen durch Krankenschwester-Hebammen nach der Geburt.

15 Unklares Risiko der Verzerrung aufgrund von unterschiedlichen Behandlungen und fehlender Verblindung, da keine Informationen über Verblindung zur Verfügung gestellt wurden.

16 Kleiner N [Grundgesamtheit] mit 139 aufgenommenen und 124 bewerteten Personen.

17 Gilliam et al., 2004. Die Intervention bestand aus Beratung, einem Videoband über orale Verhütungsmittel sowie schriftlichem Material.

18 Unklares Risiko der Verzerrung aufgrund von unterschiedlichen Behandlungen und fehlender Verblindung, da keine Informationen über Verblindung bereitgestellt wurden.

19 Kleiner n [Stichprobenumfang] mit lediglich 33 randomisierten Personen; 52 Prozent waren zum Zeitpunkt der Folgebefragung nach einem Jahr ausgeschieden.

20 Es handelt sich hier um die Anteile von Frauen, die nach einem Jahr immer noch orale Verhütungsmittel verwendeten. Weitere acht Frauen hatten auf andere Verhütungsmethoden umgestellt. Der Beitrag gibt zwar die Grundgesamtheiten [N] an, die im Beitrag angegebenen Prozentsätze beruhen jedoch auf der Gesamtzahl der Teilnehmerinnen (n=25), während sie bei GRADE nach Gruppen berechnet werden.

21 Es handelt sich hier um die Anteile der Frauen, die nach einem Jahr immer noch orale Verhütungsmittel verwendeten. Weitere drei Frauen hatten auf andere Verhütungsmethoden umgestellt. Der Beitrag liefert zwar die Grundgesamtheiten [N] an, die in dem Beitrag angegebenen Prozentsätze beruhen jedoch auf der Gesamtzahl der Teilnehmerinnen (n=25), während sie bei GRADE nach Gruppen berechnet werden.

Empfehlung 3.7 Integration in Dienste für die Versorgung und Nachsorge beim Schwangerschaftsabbruch

Autorin: P. Whyte

Datum: 25. März 2013

Frage: Sollte Beratung über Familienplanung nach einem Schwangerschaftsabbruch bei Frauen in Ländern mit niedrigem Einkommen bereitgestellt werden?¹

Settings: Länder mit niedrigem Einkommen

Bibliographie: Tripney et al., 2013 (Weil die Übersichtsarbeit von Tripney et al. weder zusammengefasste Ergebnisse noch hinreichend genaue Angaben liefert, konnten keine relevanten Ergebnisse in das GRADE-System eingegeben werden. Daher wurden die Studien einzeln verwendet.)

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patientinnen und Patienten				Effekt		Qualität		Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Beratung über Familienplanung nach Schwangerschaftsabbruch	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
wiederholte Schwangerschaftsabbrüche												
1 ²	Beobachtungsstudien	ernsthaft ³	keine ernsthaftere Inkonsistenz	keine ernsthaftere Indirektheit	ernsthaft ⁴	keine	7/276 (2,5%)	15/281 (5,3%)	–	53 weniger pro 1000 (von 53 weniger bis 53 weniger) ⁵	sehr niedrig	bedeutend
								0 %		–		
erneute ungeplante Schwangerschaft – moderne Verhütungsmittel												
1 ²	Beobachtungsstudien	ernsthaft ³	keine ernsthaftere Inkonsistenz	keine ernsthaftere Indirektheit	ernsthaft ⁴	keine	42/276 (15,2%)	96/281 (34,2%)	OR 3,38 (2,16 bis 5,29)	295 mehr pro 1000 (von 187 mehr bis 391 mehr)	sehr niedrig	bedeutend
								0 %		–		
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)												
1 ⁶	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft	keine ernsthaftere Inkonsistenz	keine ernsthaftere Indirektheit	ernsthaft ¹⁰	keine	378/456 (82,9%) ⁸	–	–	–	sehr niedrig	bedeutend
								0 %		–		

Qualitätsbeurteilung							Anzahl der Patientinnen und Patienten		Effekt		Qualität		Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Beratung über Familienplanung nach Schwangerschaftsabbruch	Kontrolle	Relativ (95 % CI)	Absolut			
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden 6 Monate nach der Intervention (erfasst mittels: Befragung)													
1 ⁹	Beobachtungsstudien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit	keine	121/123 (98,4%)	86/123 (69,9%)	RR 1,41 (1,25 bis 1,58)	287 mehr pro 1000 (von 175 mehr bis 406 mehr)	sehr niedrig		bedeutend
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)													
1 ^{11,12}	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ¹³	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	ernsthaft ¹⁰	keine	–	–	–	–	moderat		bedeutend
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)													
1 ¹⁴	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ¹⁵	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit	keine	979/1009 (97%) ¹⁶	–	OR 1,23 (0,87 bis 1,72) ^{1,8}	–	sehr niedrig		bedeutend
wiederholte Abtreibungen													
							–	0 %	–	–	sehr niedrig		bedeutend
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Prüfung von Verfahrenslogbüchern (procedure logbooks))													
1 ¹⁷	Beobachtungsstudien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit	keine	3492/4462 (78,3 %) ¹⁸	–	–	–	niedrig		bedeutend
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)													
1 ¹⁹	Beobachtungsstudien	ernsthaft ²⁰	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit	keine	271/315 (86 %) ²¹	–	–	–	sehr niedrig		bedeutend
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung von Ärztinnen/Ärzten, „Sichtung“ der Klientinnenunterlagen, Befragung von Patientinnen)													
1 ²²	Beobachtungsstudien	sehr-ernsthaft ²³	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit	keine	–	0 %	–	–	sehr niedrig		bedeutend

Qualitätsbeurteilung				Anzahl der Patientinnen und Patienten		Effekt		Qualität		Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Beratung über Familienplanung nach Schwangerschaftsabbruch	Kontrolle	Relativ (95 % CI)	Absolut		
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden												
1 ²⁴	Beobachtungsstudien	sehr-ernsthaft ²⁵	keine ernsthafteste Inkonsistenz	keine ernsthafteste Indirektheit	keine ernsthafteste Ungenauigkeit	keine	–	–	–	–	sehr niedrig	bedeutend
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)												
1 ^{27,28}	Beobachtungsstudien					keine	–	–	–	–	sehr niedrig	bedeutend
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden												
1 ²⁹	Beobachtungsstudien	sehr-ernsthaft ³⁰	keine ernsthafteste Inkonsistenz	keine ernsthafteste Indirektheit	keine ernsthafteste Ungenauigkeit	keine	487/524 (92,9%) ³¹	–	–	–	sehr niedrig	bedeutend
Akzeptanz und/oder Anwendung von Verhütungsmethoden (erfasst mittels: Befragung)												
1 ³²	Beobachtungsstudien	sehr-ernsthaft ³³	keine ernsthafteste Inkonsistenz	keine ernsthafteste Indirektheit	keine ernsthafteste Ungenauigkeit	keine	495/521 (95%) ³⁴	–	–	–	sehr niedrig	bedeutend

1 Drei der ermittelten Beiträge lieferten keine relevanten Informationen und konnten daher aufgrund ihrer Eigenschaften nicht in das GRADE-System eingegeben werden. Bei McLaurin et al. (1995) handelt es sich um einen Beitrag, der Themen bezüglich der Nachsorge nach Schwangerschaftsabbrüchen behandelt und eine Reihe von Empfehlungen aufführt, die von einer Arbeitsgruppe für private und öffentliche Dienste im Bereich Schwangerschaftsabbruch ausgesprochen wurden. In diesem Beitrag werden weder Interventionen noch Studienteilnehmerinnen beschrieben. Es werden auch keine Ergebnisse genannt. Der Beitrag von Maila et al. (1997) beschreibt einen Dienst für Nachsorge nach Schwangerschaftsabbrüchen, der 1995 in Nepal eingerichtet wurde. Es wird berichtet, dass die Akzeptanz der Familienplanung hoch gewesen sei (70 Prozent). Es werden keine Angaben über die Anzahl der beteiligten Patientinnen gemacht. Der Beitrag erklärt zudem, dass Familienplanung in der Regel die Beratung von Ehemännern und Ehefrauen umfasste. Er stellt jedoch auch fest, dass die Beratung allen Patientinnen bereitgestellt wurde. Der Beitrag von November 2012 über Familienplanung nach einem Schwangerschaftsabbruch beschreibt Aspekte einer Reihe von Programmen und fasst den Anteil der Frauen zusammen, die Verhütungsmittel vor und nach der „Stärkung“ der Familienplanungsdienste in verschiedenen Ländern erhielten. Diese Ergebnisse konnten nicht in das GRADE-System eingegeben werden.

2 Johnson et al., 2002

3 Die Studie umfasste lediglich Frauen, die ihre nächste Schwangerschaft für mindestens zwei Jahre aufschieben wollten. Somit liegt die Annahme eines potenziell erhöhten Interesses an oder der Verwendung von Familienplanung nahe.

4 Für die meisten Endpunkte lag die Anzahl der Ereignisse unter 300 (dem bei GRADE als Faustregel geltenden Schwellenwert).

5 GRADE-Berechnung; der Beitrag liefert keine Angaben zu relativen oder absoluten Effekten.

6 Ministry of Health von Burkina Faso, 1988

7 Es gibt keine Hinweise, dass dieselben Patientinnen vor und nach der Intervention befragt wurden. Der Beitrag berichtet, dass 300 Patientinnen vor der Intervention befragt wurden und 456 danach.

8 Es gab keine Kontrollgruppe bei dieser Studie, daher gibt es keine Ergebnisse. Der Beitrag liefert keine Angaben zu relativen oder absoluten Effekten für die Unterschiede [zwischen der Rate] der Anwendung von Verhütung vor und nach der Intervention. Er gibt lediglich den Anteil der Teilnehmerinnen an, die eine Familienplanungsmethode anwendeten.

- 9 Ferreira et al., 2011
- 10 Der Gesamt-N [Gesamt-Grundgesamtheit] liegt unter 300.
- 11 Diaz et al.
- 12 Es konnten keine Ergebnisse aus dieser Studie in das GRADE-System eingegeben werden. Der Beitrag gibt lediglich die durchschnittliche Anzahl der Frauen an, die an drei Krankenhäusern wegen Komplikationen nach einem Schwangerschaftsabbruch behandelt wurden. Er gibt dann die Prozentsätze der Frauen an, die Verhütung zu drei verschiedenen Zeitpunkten in Anspruch genommen haben (nach Verhütungsart; die Prozentsätze reichen von 4,3 Prozent bis 39,0 Prozent). GRADE erfordert die Eingabe von Zählern und Nennern; Prozentsätze allein können nicht eingegeben werden. Die N [Grundgesamtheiten] in dieser Studie konnten nicht anhand der im Beitrag gelieferten Informationen ermittelt werden.
- 13 Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie bezüglich eines Programms, das an drei Krankenhäusern eingerichtet wurde. Es scheint eine gewisse Inkonsistenz zu geben zwischen den eigenen Programmen an jedem Krankenhaus. Die Autoren nennen wiederholt unterschiedliche Niveaus der „Akzeptanz“ in den verschiedenen Bereichen.
- 14 Mahomed et al., 1997
- 15 Angesichts der Tatsache, dass die Grundgesamtheit [N] nicht konsistent zu sein scheint, ist hier ein Verzerrungspotenzial vorhanden. Nach der Intervention wurden mehr Patientinnen aufgeführt als davor. Darüber hinaus gab es keine Kontrollgruppe.
- 16 Es gab keine Kontrollgruppe. Darüber hinaus wurden keine relativen oder absoluten Effekte im Hinblick auf Unterschiede vor und nach der Intervention genannt.
- 17 Otsea et al., 2011
- 18 Es gab keine Vergleichsgruppe und es werden keine relativen oder absoluten Unterschiede im Hinblick auf Unterschiede vor und nach dem Programm genannt.
- 19 Rasch et al., 2004
- 20 Die Studie berücksichtigt nicht die Patientinnen, die zum Zeitpunkt der Folgebefragung bereits ausgeschieden waren; der Zeitpunkt der Folgebefragung reichte von einem Monat bis zu sechs Monaten nach der Basisbefragung.
- 21 Es gab keine Kontrollgruppe; die Studie liefert keine Einschätzung der relativen oder absoluten Effekte; es werden lediglich die Prozentsätze angegeben.
- 22 Rogo et al., 1998
- 23 Der Beitrag gibt keinen Hinweis auf die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die tatsächlich teilnahmen. Das einzige Ergebnis bezüglich der Akzeptanz oder der Anwendung von Verhütung, das berichtet wird, lautet, dass zwischen 12,5 Prozent und 100 Prozent der Klientinnen und Klienten die Einrichtung mit einer Familienplanungsmethode verließen. Es werden weder Angaben über die Methodenart gemacht noch darüber, ob sie tatsächlich angewendet wurde.
- 24 Solo et al., 1999
- 25 Die Studie setzte drei verschiedene Familienplanungsmodelle ein. Das heißt, dass die Anbieter der Familienplanungsdienste und die Bereitstellungsstandorte variierten. Das einzige Ergebnis bezüglich der Verwendung von Verhütungsmitteln war der Anteil der Patientinnen, die das Krankenhaus mit einer Verhütungsmethode verließen. Bei Modell 1 (Familienplanungsdienste auf der gynäkologischen Station vom [Stations-]Personal bereitgestellt) wurde dieser Anteil mit 82 Prozent angegeben; bei Modell 2 (Familienplanungsdienste auf der gynäkologischen Station von Personal bereitgestellt, das für die Gesundheit von Müttern und Kindern zuständig war) betrug der Anteil 63 Prozent; bei Modell 3 (Familienplanungsdienste in einer Klinik für Mütter bereitgestellt und Familienplanung vom Personal bereitgestellt) wurde der Anteil mit 75 Prozent angegeben. Die Grundgesamtheit [N] der Patientinnen bei jedem Modell, die entweder der Intervention ausgesetzt wurden oder Ergebnisse lieferten, wurde nicht angegeben. Der Beginn der Programme variierte ebenfalls nach Modell und Standort.
- 26 Die Anzahl der Patientinnen, die die verschiedenen Modelle anwendeten, ist nicht bekannt
- 27 Thapa et al., 2004
- 28 Diese Studie bewertete Dienste für manuelle Absaugung (MVA) in Nepal und verglich sie mit Abtreibungsdiensten, die im Hauptoperationssaal angeboten wurden. An sich befasste sich die Studie nicht direkt mit Familienplanungsberatung nach einem Schwangerschaftsabbruch, wenngleich Patientinnen etwas Beratung erhielten. Der Anteil der MVA-Patientinnen, die sechs Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch Verhütungsmittel verwendeten, wird mit 53,5 Prozent angegeben. Der Beitrag weist darauf hin, dass diese Zahl auf 85 Teilnehmerinnen basierte. Er berichtet, dass 529 Fälle in der MVA-Einheit behandelt wurden und dass die Stichprobe (n=85) lediglich 16 Prozent der Patientinnen repräsentierte. Der Beitrag berichtet ferner, dass 83,6 Prozent der MVA-Gruppe zur Folge-Untersuchung nach sechs Wochen erschienen. Die Diskrepanz bei den Grundgesamtheiten [N] ist daher unklar.
- 29 Rasch et al., 2005
- 30 Es hat den Anschein, dass geringfügig unterschiedliche Beratungsprogramme an den verschiedenen Krankenhäusern angeboten wurden. Ein Vergleich mit der Anwendung von Verhütung durch die Teilnehmerinnen vor der Beratung fand nicht statt. Es ist daher schwierig, die Effekte des Programms zu beurteilen.
- 31 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Frauen in städtischen Gebieten in Tansania. Die Ergebnisse für ländliche Gebiete in Tansania lauten: Eine Verhütungsmethode wurde 172 der 242 Frauen (71 Prozent) zur Verfügung gestellt.
- 32 Rasch et al., 2007
- 33 Das Verzerrungsrisiko ist hoch, da es sich um eine Beobachtungsstudie handelt. Ferner wurde kein Vergleich mit der Anwendung von Verhütung vor der Beratung vorgenommen.
- 34 95 Prozent der Patientinnen verließen die Krankenhausstation mit einer Verhütungsmethode. Das Kondom für die Frau wurde von 201 der 521 Frauen (39 Prozent) angenommen und von 158 der 521 Frauen (30 Prozent) benutzt.

Empfehlung 3.8 Mobile Dienste

Autorin: P. Whyte

Datum: 10. April 2013

Frage: Sollten mobile aufsuchende Dienste bei Frauen eingesetzt werden?

Settings: Pakistan

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung												
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
							Bereitstellung mobiler aufsuchender Dienste	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Einstellung der Nutzung eines Intrauterinpeppers (IUD)												
1 ¹	Beobachtungsstudien	ernsthaft ²	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	— ³	—	—	—	sehr niedrig	bedeutend
								0%	—	—		

1 Azmat et al., 2013

2 Befragungen waren retrospektiver Art. Daher kann es zu einer Verzerrung aufgrund eines ungenauen Erinnerungsvermögens kommen; darüber hinaus wurden die Daten von den Befragten selbst berichtet.

3 19,4 Prozent der Frauen stellten die Nutzung der IUD nach 10 Monaten ein (95 Prozent CI [Vertrauensintervall]: 16,3, 22,5).

Autorin: P. Whyte

Datum: 10. April 2013

Frage: Sollte ein mobiler aufsuchender Dienst bei Frauen eingesetzt werden, denen Intrauterinpressare und Implantate eingesetzt werden?

Settings: Äthiopien, Myanmar, Pakistan, Sierra Leone, Vietnam

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung							Effekt		Qualität		Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Kontrolle		Absolut
							Bereitstellung mobiler aufsuchender Dienste	Relativ (95% CI)	Absolut		
Einstellung der Nutzung eines Intrauterinpressars (IUD)											
1 ¹	Beobachtungsstudien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit ³	keine	→2	-	-	niedrig	bedeutend

1 Eva und Ngo (2010)

2 Der Prozentsatz der Frauen, die die Nutzung nach acht Monaten einstellten: bei Implantaten: 5,7 Prozent in Äthiopien und 6,2 Prozent in Sierra Leone; bei IUD: 16,9 Prozent in Sierra Leone, 20,9 Prozent in Myanmar, 18,9 Prozent in Pakistan und 2,3 Prozent in Vietnam

Autorin: P. Whyte
 Datum: 10. April 2013
 Frage: Sollte ein mobiler aufsuchender Dienst für Intrauterinpressare (IUD) bei Frauen eingesetzt werden?
 Settings: Philippinen
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung												
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
							Mobiler aufsuchender Dienst für IUD	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Einstellung der Nutzung eines Intrauterinpressars (IUD)												
1 ¹	Beobachtungsstudien ²	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	151/1348 (11,2%)	–	–	–	niedrig	bedeutend

1 Ngo und Pernito (2010)

2 Retrospektive Datenanalyse.

3 Raten der Einstellung der Nutzung von IUD nach einem Jahr bei Nutzerinnen von mobilen Kliniken

Autorin: P. Whyte

Datum: 20. März 2013

Frage: Sollte ein gemeindenaher Ansatz bei einer ländlichen Bevölkerung angewendet werden?

Settings: Pakistan

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung					Anzahl der Patientinnen und Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung	
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Gemeindenaher Ansatz	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut	
Anwendung einer modernen reversiblen Verhütungsmethode (erfasst mittels: Befragung)											
1 ¹	Beobachtungsstudien ²	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	ernsthaft ³	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit ³	keine	–	–	OR 1,74 (1,11 bis 2,71) ⁴	–	sehr niedrig
								0 %		–	

1 Sultan et al., 2002

2 Retrospektive Analyse der Umfragedaten.

3 Retrospektive Datenanalyse; daher beschränkte Möglichkeit, eine Verbindung zwischen Kausalfaktoren herzustellen.

4 Das bereinigte Odds Ratio (OR, Chancenverhältnis) zeigt, dass bei Frauen, die höchstens 5 km von zwei Gemeindearbeiterinnen beziehungsweise -arbeitern entfernt lebten, die Wahrscheinlichkeit der Anwendung moderner Verhütungsmethoden signifikant höher war als bei Frauen, die keinen Zugang zu Gemeindearbeiterinnen beziehungsweise -arbeitern hatten.

Empfehlung 3.9 Abschaffung des Erfordernisses der Zustimmung Dritter

Diese Empfehlung beruht auf Menschenrechtsnormen (Anhang E). Daher wurde keine gesundheitliche Evidenz gesucht.

Empfehlung 3.10 Abschaffung des Erfordernisses der Benachrichtigung der Eltern

Diese Empfehlung beruht auf Menschenrechtsnormen (Anhang E). Daher wurde keine gesundheitliche Evidenz gesucht.

4. Akzeptanz

Empfehlung 4.1 Beratungsinterventionen

Autorin: P. Whyte

Datum: 11. April 2013

Frage: Sollte(n) Selbstbeurteilung und/oder Peer Review vs. keine Selbstbeurteilung oder Peer Review bei Dienstleistern verwendet werden?

Settings: Indonesien

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patientinnen und Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung				
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Selbstbeurteilung und/oder Peer Review von Anbietern	Keine Selbstbeurteilung oder Peer Review	Relativ (95 % CI)	Absolut		
Zufriedenheitsbewertung durch die Klientinnen/Klienten												
1 ¹	Beobachtungsstudien	ernsthaft ²	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit	keine	3	–	–	–	sehr niedrig	bedeutend
								0 %		–		

1 Kim et al., 2000

2 Die Autoren stellen fest, dass Qualitätsverbesserungen nicht mit Endpunkterhalten wie der fortgesetzten Verwendung von Verhütungsmitteln in Beziehung gesetzt werden können.

3 Der Beitrag berichtet, dass es in der Selbstbeurteilungs-Interventionsgruppe signifikante Anstiege der Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten mit der Aufmerksamkeit des Anbieters (von 4,3 auf 4,4) sowie mit der Deckung von Bedarfen (von 4,1 auf 4,3) gab, gemessen anhand einer nichtvalidierten Skala. Der Beitrag liefert jedoch keine statistischen Ergebnisse, die belegen, dass es tatsächlich „signifikante Anstiege“ gegeben hat.

Autorin: P. Whyte

Datum: 11. April 2013

Frage: Sollte eine ausgewogene Beratungsstrategie bei Ärztinnen und Ärzten und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern angewendet werden?

Settings: Guatemala

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung												
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
							Ausgewogene Beratungsstrategie	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Raten der Anwendung von Familienplanung												
1 ¹	Beobachtungsstudien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit	keine	→2	–	–	–	niedrig	
									0 %	–		

1 Leon et al., 2003

2 Der Beitrag liefert lediglich Schaubilder mit Anwendungsraten; Werte konnten nicht ermittelt werden. Der Beitrag stellt fest, dass die Raten der Anwendung von Familienplanung nicht vereinbar mit der Hypothese der Studie waren, wonach die fortgesetzte Anwendung von Familienplanung nach Verbesserungen der Versorgungsqualität ansteigen würde. Stattdessen schien die Anwendung von Familienplanung zurückzugehen.

Autorin: P. Whyte
 Datum: 11. April 2013
 Frage: Sollte(n) Maßnahmen zur Verbesserung von Klientinnen-Anbieter-Interaktionen vs. keine Intervention bei Frauen eingesetzt werden?
 Settings: Ägypten
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung						Effekt		Qualität		Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Relativ (95% CI)	Absolut		
							Maßnahmen zur Verbesserung der Klientinnen-Anbieter Interaktionen	Kontrolle				
Zufriedenheit mit den Diensten der Klinik												
1 ¹	Beobachtungsstudien	ernsthaft ²	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit	keine	— ³	—	—	—	—	sehr niedrig

1 Nawar et al., 2004

2 Ein Risiko der Verzerrung aufgrund fehlender Endpunktdaten (*attrition bias*) besteht, da lediglich knapp die Hälfte der Frauen für Folgebesuche in die Klinik zurückgekehrt sind.

3 Der Beitrag berichtet, dass bei dem Folgebesuch nach sieben Monaten 72 Prozent der Frauen in der Interventionsgruppe sich mit den Diensten der Klinik zufrieden äußerten, verglichen mit 55 Prozent der Frauen in der Kontrollgruppe. Bei dem Folgebesuch nach 13 Monaten äußerten sich 81 Prozent der Frauen in der Interventionsgruppe und 61 Prozent der Frauen in der Kontrollgruppe zufrieden.

Autorin: P. Whyte

Datum: 11. April 2013

Frage: Sollte ein Schulungsprogramm zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit vs. kein Schulungsprogramm bei Gesundheitsdienstleistern eingesetzt werden?¹

Settings: Iran

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung										Effekt	Qualität	Bedeutung	
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Anzahl der Patientinnen und Patienten		Relativ (95 % CI)				Absolut
Klientinnenzufriedenheit													
1 ²	randomisierte Studien	ernsthaft ²	keine ernsthaftige Inkonsistenz	keine ernsthaftige Indirektheit	ernsthaft ⁴	keine	30/47 (63,8%)	16/47 (34%)	–	340 weniger pro 1000 (von 340 weniger bis 340 weniger)	–	niedrig	bedeutend

1 Zusätzliches Schulungsprogramm zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit neben der regulären Ausbildung.

2 Yazdi et al., 2008

3 Die Autoren stellen fest, dass die Beurteilung des Endpunkts bezüglich Klientinnenzufriedenheit eingeschränkt sei, da das Spektrum der eingesetzten Fragebögen begrenzt war.

4 Die Anzahl der Klientinnen (n=47) in der Interventions- und der Kontrollgruppe war gering.

Empfehlung 4.2 Nachsorgende Beratung

Diese Empfehlung beruht auf Menschenrechtsnormen (Anhang D). Daher wurde nicht nach gesundheitlicher Evidenz gesucht.

5. Qualität

Empfehlung 5.1 Qualitätssicherungsprozesse

Autorin: P. Whyte

Datum: 11. April 2013

Frage: Sollte eine nationale Initiative für jugendfreundliche Kliniken vs. Kontrollkliniken bei Jugendlichen eingesetzt werden?¹

Settings: Südafrika

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patientinnen und Patienten				Effekt		Qualität	Bedeutung			
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Nationale Initiative für jugendfreundliche Kliniken	Kontrollkliniken	Relativ (95 % CI)	Absolut		
Gesamtwert der Klinik (erfasst mittels: Befragung)												
1 ²	Beobachtungsstudien	ernsthaft ³	keine ernsthaft Inkonsistenz	keine ernsthaft Indirektheit	keine ernsthaft Ungenauigkeit	keine	- ⁴	0 %	-	-	sehr-niedrig	bedeutend

1 Die Nationale Initiative für jugendfreundliche Kliniken (NAFCI) beruhte auf einem Qualitätsdreieck mit den Eckpunkten „Qualität definieren“, „Qualität verbessern“ und „Qualität messen“. „Qualität“ wurde als Standards von jugendfreundlichen Diensten definiert; die Standards und Kriterien wurden auf der Basis von etablierten Charakteristika und Eigenschaften von jugendfreundlichen Diensten entwickelt. Die Qualitätsmessung erfolgte mithilfe eines Selbstbeurteilungsprozesses sowie externer Beurteilung. Die Qualitätsverbesserungsmaßnahme umfasste die Bildung von Teams in jeder Klinik sowie extern geschulte Begleiterinnen und Begleiter, die die Teams unterstützten.

2 Dickson et al., 2007

3 Der Beitrag stellte das Risiko der Stichprobenverzerrung sowie unzureichende statistische Aussagekraft aufgrund der kleinen Anzahl von Kliniken (11 Experimentalkliniken, 11 Kontrollkliniken) fest. Er stellte außerdem einen Mangel an jugendlichen Klientinnen und Klienten an manchen Kliniken fest (Simulationen wurden durchgeführt anstatt echte Klientin-Anbieter Interaktionen).

4 Der Beitrag berichtet, dass der Durchschnittswert von allen Experimentalkliniken 79,9 Prozent betrug, verglichen mit 60,9 Prozent ($p=0,005$) bei den Kontrollkliniken.

Autorin: P. Whyte
 Datum: 11. April 2013
 Frage: Sollten Maßnahmen zur Verbesserung von Klientinnen-Anbieter-Interaktionen vs. keine Intervention bei Frauen ergriffen werden?
 Settings: Ägypten
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung							Effekt		Qualität	Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Verbesserung von Klientinnen-Anbieter-Interaktionen	Keine Intervention	Relativ (95 % CI)	Absolut		
Klientinnenzufriedenheit												
1 ¹	Beobachtungsstudien	ernsthaft ²	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit	keine	- ³	-	-	-	sehr niedrig	bedeutend
							0%					

1 Nawar et al., 2004

2 Es besteht ein Verzerrungsrisiko aufgrund fehlender Endpunktdaten, da lediglich knapp die Hälfte der Frauen für Folgebesuche in die Kliniken zurückkehrten.

3 Der Beitrag berichtet, dass 72 Prozent der Frauen in der Interventionsgruppe sich beim Folgebesuch nach sieben Monaten mit den Klinikdiensten zufrieden äußerten, verglichen mit 55 Prozent der Frauen in der Kontrollgruppe. Beim Folgebesuch nach 13 Monaten äußerten sich 81 Prozent der Frauen in der Interventionsgruppe und 61 Prozent der Frauen in der Kontrollgruppe zufrieden.

Empfehlung 5.2 Umgang mit Langzeitverhütungsmitteln

Diese Empfehlung beruht auf Menschenrechtsnormen (Anhang E). Daher wurde keine gesundheitliche Evidenz gesucht.

Empfehlung 5.3 Schulung von Anbietern

Diese Empfehlung beruht auf Menschenrechtsnormen (Anhang E). Daher wurde keine gesundheitliche Evidenz gesucht.

6. Informierte Entscheidungsfindung

Empfehlungen 6.1 und 6.2 beruhen auf Menschenrechtsnormen (Anhang D). Daher wurde keine gesundheitliche Evidenz gesucht.

7. Privatsphäre und Vertraulichkeit

Empfehlung 7.1 beruht auf Menschenrechtsnormen (Anhang D). Daher wurde keine gesundheitliche Evidenz gesucht.

8. Teilhabe

Empfehlung 8.1

Autorin: P. Whyte

Datum: 10. März 2013

Frage: Sollte ein Programm zur Förderung örtlicher Initiativen bei Bewohnern in Nordindien eingesetzt werden?¹

Settings: Indien

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patientinnen und Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Programm zur Förderung örtlicher Initiativen	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut
Anstieg der Verwendung von Verhütungsmitteln² (erfasst mittels: Befragung)										
1 ³	Beobachtungsstudien	sehr ernsthaft ⁴	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	keine ernsthafte Ungenauigkeit	keine	–	–	–	–
								0 %		

¹ Die Studie bewertete Programme zur Förderung örtlicher Initiativen in drei Regionen in Indien: den Elendsvierteln von Kolkata, Punjab und Himachal Pradesh und Uttaranchal.

² Die Anteile der Teilnehmerinnen, die Verhütung zu Beginn der Intervention sowie am Ende des Programms anwendeten, werden aufgeführt. Der Beitrag stellt fest, dass alle drei Standorte der Studie das Projekt mit Verwendungsraten von Verhütungsmitteln von fast 60 Prozent oder höher abschlossen. Der Beitrag liefert keine Angaben darüber, aus wie vielen Personen die Ergebnisanteile bestanden. Der Beitrag berichtet ferner, dass die erzielten Verwendungsraten von Verhütungsmitteln einer durchschnittlichen Steigerung von 78 Prozent entsprechen. Allerdings ist nicht klar, wie diese Steigerung berechnet wurde.

³ Paxman et al., 2005

⁴ Bei dieser Studie wurden die Basismessungen drei Monate nach Beginn der Programme durchgeführt. Es wurden unterschiedliche Methoden an den drei Standorten der Studie verwendet. Damit wurde die Möglichkeit eingeschränkt, die Ergebnisse zusammenzuführen

Autorin: P. Whyte
 Datum: 10. März 2013
 Frage: Sollten Maßnahmen zum Empowerment von Gemeindegesundheitshelferinnen bei verheirateten Frauen im gebärfähigen Alter durchgeführt werden?
 Settings: Nepal
 Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patient*innen			Effekt		Qualität	Bedeutung				
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenaugigkeit	Weitere Faktoren	Empowerment von Gemeindegesundheits-helferinnen	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Verwendung von Verhütungsmitteln												
1 ¹	Beobachtungsstudien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	ernsthaft ²	keine	130/241 (53,9%) ³	–	–	–	sehr niedrig	bedeutend
								0 %		–		
Zufriedenheit mit Beratung												
1 ²	Beobachtungsstudien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthafte Inkonsistenz	keine ernsthafte Indirektheit	ernsthaft ²	keine	188/241 (78%)	–	OR 1,98 (1,08 bis 3,61) ⁵	–	sehr niedrig	bedeutend
								0 %		–		

1 Shrestha 2002

2 Die bewertete Stichprobe war klein (n=241).

3 Es handelt sich hier um eine signifikante Steigerung gegenüber dem Beginn der Intervention, als keine der Teilnehmerinnen Verhütung angewendete.

9. Rechenschaftspflicht

Empfehlungen 9.1 und 9.2 beruhen auf Menschenrechtsnormen (Anhang D).

Die Suche nach Evidenz bezüglich leistungsbasierter Finanzierung ergab eine Studie von niedriger Qualität. Ein Bedarf an Forschung über die Wirksamkeit der Auswirkung von leistungsbasierter Finanzierung auf die Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln sowie auf die Menschenrechte wurde festgestellt.

Empfehlung 8.1

Autorin: P. Whyte

Datum: : 11. April 2013

Frage: Sollten finanzielle Mittel aufgewendet werden, um ein gewinnorientiertes Unternehmen dafür zu bezahlen, Familienplanungsdienste bereitzustellen?

Settings: Kenia

Bibliographie:

Qualitätsbeurteilung		Anzahl der Patientinnen und Patienten			Effekt		Qualität		Bedeutung			
Anzahl der Studien	Design	Verzerrungsrisiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Weitere Faktoren	Bezahlung eines gewinnorientierten Unternehmens für die Bereitstellung von Familienplanungsdiensten	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Anzahl der Familienplanungsklientinnen/-klienten												
1 ¹	Beobachtungsstudien	kein ernsthaftes Verzerrungsrisiko	keine ernsthaftes Inkonsistenz	keine ernsthaftes Indirektheit	keine ernsthaftes Ungenauigkeit	keine	3	–	–	–	niedrig	bedeutend
								0 %		–		

1 Chee et al., 2003

2 Kosten-Wirksamkeit-Analyse

3 Zwischen 1995 und 2000 betrug die Anzahl der Familienplanungsklientinnen und -klienten 2846. Davon waren 449 neue Familienplanungsabnehmerinnen und -abnehmer und 2397 bestehende Nutzerinnen und Nutzer. Der Beitrag bewertet die Verwendung von Verhütungsmitteln nicht, sondern fokussiert sich auf die Kosteneffizienz. Auf der Basis des Endpunkts „Paarverhütungsjahre“ (CYP) zeigt die Analyse, dass die Intervention Familienplanungsendpunkte kostenfrei oder kostengünstig (\$0,00 bis -\$4,11) produzieren würde. Die Kosten pro neue Abnehmerin/neuen Abnehmer reichen von \$0,00 bis \$17,95. Der Beitrag kommt zu dem Schluss, dass die Bezahlung eines gewinnorientierten Unternehmens für die Bereitstellung von Familienplanungsdiensten eine kosteneffiziente Möglichkeit sei, um die Anzahl der neuen Familienplanungsabnehmerinnen und -abnehmern zu erhöhen.

Anhang D Gesundheitsstandards und Menschenrechtsnormen

Menschenrecht	Empfehlungen an die Staaten, die für die Familienplanung von Relevanz sind
<p>Das Recht auf eine freiwillige Eheschließung sowie auf Gleichberechtigung in der Ehe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen Sie das Recht sicher, einen Ehepartner/eine Ehepartnerin frei zu wählen und eine Ehe nur aus freien Stücken einzugehen.¹ Schaffen Sie alle Erfordernisse der Zustimmung des Ehegatten zum Zugang zu Familienplanungsdiensten ab.²
<p>Das Recht auf Bildung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Familienplanungsdienste sollten innerhalb von umfassenden Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit angesiedelt sein und auch Sexualaufklärung, einschließlich Beratung, umfassen.³ • Stellen Sie das Recht von Frauen sicher, frei und verantwortungsvoll über die Anzahl ihrer Kinder und die Abstände zwischen den Geburten zu entscheiden sowie ihr Recht auf Zugang zu den Informationen, der Aufklärung und den Mitteln, die sie benötigen, um diese Rechte wahrzunehmen.⁴ • Stellen Sie den Zugang zu speziellen Aufklärungsinformationen bereit, einschließlich Informationen und Beratung zur Familienplanung, um dazu beizutragen, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Familien sicherzustellen.⁵
<p>Das Recht auf Gleichheit und Nichtdiskriminierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ergreifen Sie alle angemessenen Maßnahmen, um die Diskriminierung von Frauen im Bereich der Gesundheitsversorgung zu beseitigen, um auf der Grundlage der Gleichheit von Männern und Frauen den Zugang zu Gesundheitsdiensten, einschließlich Familienplanung, sicherzustellen.⁶ • Staaten sollten alle angemessenen Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von benachteiligten Frauen im Hinblick auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung ergreifen, einschließlich Informationen, Beratung und Diensten im Bereich der Familienplanung.⁷ • Staaten sollten über die Maßnahmen berichten, die sie ergriffen haben, um Hindernisse zu beseitigen, mit denen Frauen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten konfrontiert sind, sowie über die Maßnahmen, die sie ergriffen haben, um Frauen einen zeitnahen und erschwinglichen Zugang zu solchen Diensten zu ermöglichen. Zu diesen Hindernissen gehören Erfordernisse oder Bedingungen, die den Zugang von Frauen beeinträchtigen, wie zum Beispiel hohe Gebühren für Gesundheitsdienste, das Erfordernis der vorherigen Zustimmung des Ehegatten, eines Elternteils oder der Krankenhausbehörden, die Entfernung zu Gesundheitseinrichtungen sowie das Fehlen bequemer und erschwinglicher öffentlicher Verkehrsmittel.⁸ • Stellen Sie den Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten, einschließlich Familienplanung, für alle Frauen, einschließlich weiblicher Jugendlicher, sicher. Diese Gesundheitsdienste sollten in einer Art und Weise erbracht werden, die sicherstellt, dass Frauen in voller Kenntnis der Sachlage Entscheidungen treffen können und dass ihre Würde geachtet, ihre Vertraulichkeit gewährleistet und ihren Bedarfen und Sichtweisen Rechnung getragen wird.⁹ • Die gleichberechtigte Beteiligung von Frauen und Männern an allen Verantwortungsbereichen im Haushalt, einschließlich Familienplanung, sollte von Regierungen gefördert und ermutigt werden.¹⁰



Menschenrecht	Empfehlungen an die Staaten, die für die Familienplanung von Relevanz sind
Das Recht auf Gesundheit	<ul style="list-style-type: none">• Sichern Sie die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität der Informationen und Dienste im Bereich der Familienplanung.¹²• Stellen Sie sicher, dass Familienplanungsprogramme zugängliche, vollständige und genaue Informationen über verschiedene Methoden der Familienplanung bereitstellen, einschließlich Informationen über deren gesundheitliche Risiken und gesundheitlichen Nutzen, deren mögliche Nebenwirkungen sowie deren Wirksamkeit zur Verhinderung der Ausbreitung von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.¹³• Stellen Sie sicher, dass Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienste, einschließlich Familienplanung, ohne Diskriminierung aus den besagten unzulässigen Gründen für alle Menschen zugänglich sind, insbesondere für die gesetzlich und faktisch schutzbedürftigsten oder marginalisierten Bevölkerungsgruppen.¹⁴
Das Recht auf Information und freie Meinungsäußerung	<ul style="list-style-type: none">• Stellen Sie sicher, dass Frauen und Männer Informationen und Zugang zu der breitestmöglichen Palette von sicheren und wirksamen Methoden der Familienplanung haben, damit sie freie und informierte Entscheidungen treffen können.¹⁵• Stellen Sie zugängliche, umfassende Informationen zur Familienplanung bereit, um den Menschen aufzuzeigen, welche Optionen es gibt. Um informierte Entscheidungen über sichere und zuverlässige Verhütungsmittel treffen zu können, müssen Frauen über Informationen über Verhütungsmittel und deren Verwendung verfügen und einen garantierten Zugang zu Sexualaufklärungs- und Familienplanungsdiensten haben, wie in Artikel 10 (h) des Übereinkommens [der Vereinten Nationen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau] festgelegt ist.¹⁶
Das Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person	<ul style="list-style-type: none">• Stellen Sie sicher, dass keine Person willkürlichen oder unrechtmäßigen Eingriffen in ihre Privatsphäre, ihre Familie, ihre Wohnung oder ihre Korrespondenz ausgesetzt wird, einschließlich Eingriffen in Entscheidungen bezüglich der Familienplanung.¹⁷• Stellen Sie sicher, dass keine Person unrechtmäßigen Angriffen auf ihre Ehre oder ihr Ansehen aufgrund von Entscheidungen bezüglich der Familienplanung ausgesetzt wird.¹⁸
Das Recht auf Leben	<ul style="list-style-type: none">• Stellen Sie die Verhütung ungewollter Schwangerschaften durch Familienplanung und Sexualaufklärung sicher und reduzieren Sie die Müttersterblichkeit durch sichere Mutterschaftsdienste und vorgeburtliche Hilfe.¹⁹
Das Recht, nicht der Folter oder einer anderen grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung oder Strafe unterworfen zu werden	<ul style="list-style-type: none">• Stellen Sie sicher, dass Maßnahmen ergriffen werden, um die Ausübung von Zwang im Zusammenhang mit Fruchtbarkeit und Fortpflanzung zu verhindern.²⁰• Gewährleisten Sie das Recht, Entscheidungen bezüglich der Fortpflanzung, einschließlich Familienplanung, ohne Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu treffen, so wie es in Menschenrechtsdokumenten festgelegt ist.²¹

Menschenrecht	Empfehlungen an die Staaten, die für die Familienplanung von Relevanz sind
<p>Das Recht, sich an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten zu beteiligen sowie das Recht auf freie, aktive und sinnvolle Teilhabe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen sie die freie, aktive und informierte Beteiligung von Menschen an der Entscheidungsfindung bezüglich der Familienplanung sicher. Programme der reproduktiven Gesundheitsversorgung sollten so gestaltet sein, dass sie den Bedarfen von Frauen, einschließlich weiblichen Jugendlichen, gerecht werden, und sie müssen Frauen in die Leitung, die Planung, den Entscheidungsprozess, die Umsetzung, die Organisation und die Evaluierung von Diensten einbeziehen.²² • Stellen Sie sicher, dass besondere Anstrengungen unternommen werden, um die Mitverantwortung der Männer hervorzuheben und ihre aktive Beteiligung an verantwortungsvoller Elternschaft, verantwortungsvollem sexuellem und reproduktivem Verhalten, einschließlich Familienplanung, zu fördern.²³
<p>Das Recht auf Privatsphäre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen Sie sicher, dass die Zugänglichkeit von Informationen das Recht auf vertrauliche Behandlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten, einschließlich Informationen bezüglich der Familienplanung, nicht beeinträchtigt.²⁴ • Stellen Sie sicher, dass alle Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienste, einschließlich Familienplanung, so gestaltet sind, dass sie die Vertraulichkeit der Betroffenen achten und deren Gesundheitszustand verbessern.²⁵ • Die Verwirklichung des Rechts von Jugendlichen auf Gesundheit setzt die Entwicklung jugendfreundlicher Gesundheitsversorgung voraus, die die Vertraulichkeit und die Privatsphäre achtet und angemessene Dienste im Bereich der sexuellen Gesundheit umfasst.²⁶
<p>Das Recht des Einzelnen, über die Anzahl seiner Kinder und die Geburtenabstände zu entscheiden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen Sie sicher, dass [Frauen und Männer] dieselben Rechte haben, frei und verantwortungsvoll über die Anzahl ihrer Kinder und die Abstände zwischen den Geburten zu entscheiden, und dass sie Zugang zu den Informationen, der Aufklärung und den Mitteln haben, die sie benötigen, um diese Rechte wahrzunehmen.²⁷ • Stellen Sie sicher, dass keine Zwangssterilisierungen oder -abtreibungen im Rahmen der Familienplanung stattfinden, da sie sich negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit von Frauen auswirken und das Recht von Frauen verletzen, über die Anzahl ihrer Kinder und die Abstände zwischen den Geburten zu entscheiden.²⁸ • Stellen Sie sicher, dass die Entscheidung für oder gegen Kinder, wenngleich sie am besten in Abstimmung mit dem Ehepartner oder dem Lebensgefährten erfolgen sollte, nicht durch den Ehepartner, einen Elternteil, den Lebensgefährten oder die Regierung eingeschränkt wird.²⁹



Menschenrecht	Empfehlungen an die Staaten, die für die Familienplanung von Relevanz sind
<p>Das Recht, frei zu sein von Praktiken, die Frauen und Mädchen schaden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen Sie sicher, dass schädliche soziale oder traditionelle Praktiken den Zugang zu Schwangerschaftsvor- und -nachsorge und Familienplanung nicht behindern. Hindern Sie Dritte daran, Frauen zu zwingen, sich traditionellen Praktiken, wie zum Beispiel der Genitalverstümmelung, zu unterziehen. Ergreifen Sie Maßnahmen, um alle schutzbedürftigen oder marginalisierten gesellschaftlichen Gruppen, insbesondere Frauen, Kinder, Jugendliche und ältere Menschen, angesichts geschlechtsspezifischer Gewaltäußerungen zu schützen.³⁰
<p>Das Recht, frei von Gewalt zu sein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staaten sollten angemessene und wirksame Maßnahmen ergreifen, um alle Formen geschlechtsspezifischer Gewalt, einschließlich sexueller Gewalt und aller anderen Formen der Gewalt im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu überwinden.³¹ • Stellen Sie sicher, dass Rechtsvorschriften erlassen und wirksam durchgesetzt werden und dass Politiken, einschließlich Protokolle im Bereich der Gesundheitsversorgung und Familienplanungsprogramme, formuliert werden, um Gewalt gegen Frauen und den Missbrauch von weiblichen Kindern zu bekämpfen und angemessene Gesundheitsdienste bereitzustellen.³² • Ergreifen Sie vorbeugende und fördernde Maßnahmen sowie Abhilfemaßnahmen, um Frauen vor den Auswirkungen schädlicher traditioneller kultureller Praktiken und Normen zu schützen, die ihnen ihre vollen reproduktiven Rechte vorenthalten.³³

1. CEDAW Convention on the Elimination of Violence Against Women. Article 16 (B). New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
2. CEDAW General Recommendation no. 21 Article 16 (1b) of the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
3. CRC General Comment no. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art 24 of the International Convention on the Rights of the Child.) New York, UN Committee on the Rights of the Child, 2013. (UN Doc. CRC/C/GC/15)
4. CEDAW Convention on the Elimination of Violence Against Women. (Introduction). New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
5. CEDAW Convention on the Elimination of Violence Against Women. Article 10 (h). New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
6. CEDAW Convention on the Elimination of Violence Against Women. Article 12 (1). New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
7. CEDAW General Recommendation no. 21 Article 16 (1) of the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
8. General Comment no. 14 Article 12.2 (a). The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). New York, UN Committee on Economic, Cultural, and Social Rights (CESCR), 2000. (UN Doc. E/C.12/2000/4)
9. CEDAW General Recommendation no. 24 Article 12 (1) of the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 20th Session 1999.
10. Report of the International Conference on Population and Development. Chapter VII, Action 4.26. Cairo, 5-13 September 1994.
11. General Comment no. 14 Article 12.2 (a). The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). New York, UN Committee on Economic, Cultural, and Social Rights (CESCR), 2000. (UN Doc. E/C.12/2000/4)
12. CEDAW General Recommendation no. 24 Article 12 (1) of the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
13. Report of the International Conference on Population and Development. Chapter VII, Action 7.23 (b). Cairo, 5-13 September 1994.
14. General Comment no. 14 Article 12. The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights). New York, UN Committee on Economic, Cultural, and Social Rights (CESCR), 2000. (UN Doc. E/C.12/2000/4)
15. Report of the International Conference on Population and Development. Chapter VII, Action 7.23 (a). Cairo, 5-13 September 1994.

16. CEDAW General Recommendation no. 19 Article 16 (1)(e) of the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 11th Session 1992.
17. Article 17 of the International Covenant on Civil and Political Rights (CCPR). New York, UN Human Rights Committee, 1976.
19. CEDAW General recommendation for government action no. 13 (c). International Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
20. CEDAW General recommendation no. 19 Article 16 (and 5) of the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 11th Session 1992.
21. Report of the International Conference on Population and Development. Chapter V, Action 7.7. Cairo, 5-13 September 1994.
22. Report of the International Conference on Population and Development. Chapter VII, Action 7.3. Cairo, 5-13 September 1994.
23. Report of the International Conference on Population and Development. Chapter VII, Action 4.27. Cairo, 5-13 September 1994.
24. General Comment no. 14 Article 12 (b). The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). New York, UN Committee on Economic, Cultural, and Social Rights (CESCR), 2000. (UN Doc. E/C.12/2000/4)
25. Siehe Quelle 24.
26. General Comment no. 14 Article 12 (no. 23). The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). New York, UN Committee on Economic, Cultural, and Social Rights (CESCR), 2000. (UN Doc. E/C.12/2000/4)
27. CEDAW Convention on the Elimination of Violence Against Women. Article 16 (1) (e). New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 1979.
28. Siehe Quelle 19.
29. Siehe Quelle 27.
30. General Comment no. 14, Specific Legal Obligation no. 34. The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). New York, UN Committee on Economic, Cultural, and Social Rights (CESCR), 2000. (UN Doc. E/C.12/2000/4)
31. CEDAW General Recommendation no. 19 Article 16 (and article 5) of the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 11th Session 1992.
32. CEDAW General Recommendation no. 24 Article 12 (1) (12b) of the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women. New York, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), 13th Session 1994.
33. General Comment no. 14 Article 12 (no. 21). The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). New York, UN Committee on Economic, Cultural, and Social Rights (CESCR), 2000. (UN Doc. E/C.12/2000/4)

