

Frauengesundheit – Eine globale Herausforderung

Die Gründung von Materra, Stiftung Frau und Gesundheit e.V.

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

H.-M. RUNGE

Einleitung

Am Ende des 20. Jahrhunderts sehen sich unsere Gesellschaftssysteme mit drei vorrangigen Problemen konfrontiert, die weit bis ins nächste Jahrhundert hinein unsere gesellschaftlichen Entwicklungen beeinflussen werden (Tab. 1). Nach wie vor fehlt eine gerechtere **Weltwirtschaftsordnung**, die es auch ärmeren Ländern erlaubt, durch Produktion und Export von Gütern ihr Bruttosozialprodukt zu erhöhen, um die eigene Entwicklung voranzutreiben und ein soziales Netz aufzubauen. Nicht minder problematisch ist die **ökologische Bedrohung** des Planeten (Ozeane, Wälder, Stratosphäre). Beide vorgenannten Probleme stehen in engem Zusammenhang mit dem dritten Problem, der **Weltgesundheitsituation**.

Weltgesundheitsliche Probleme sind aufgrund des zahlenmäßigen Übergewichtes von Menschen in sog. Entwicklungsländern häufig mit der reproduktiven Gesundheit verbunden. Als vorrangige Probleme sollen hier nur Bevölkerungsexplosion, HIV-Epidemie etc. genannt werden. Die weltgesundheitslichen Probleme (Tab. 2) stehen in ihrer Mehrzahl in direktem Zusammenhang mit der zentralen Rolle, die die Frau in der Großfamilie in Entwicklungsländern einnimmt.

Die gesunde und die in gesellschaftliche Entscheidungen integrierte Frau (das erstere ist sehr oft eine Voraussetzung für letzteres) wurde schon vor einigen Jahren von Entwicklungshilfepolitikern, Soziologen und von einschlägigen Entwick-

lungshilfeorganisationen in ihrer überragenden Bedeutung für die Entwicklung in der Dritten Welt erkannt.

Die historische Analyse der vergangenen 100 Jahre zeigt auch in unseren reichen westlichen Ländern, daß die Entwicklung unserer heutigen Sozialstaaten mit ihrer politischen Kultur zu einem wesentlichen Teil auf die Beteiligung der Frauen zurückzuführen ist. Die Mitgestaltung unserer Systeme durch die Frau wurde erst durch die Befreiung aus ihrer früheren gesellschaftlichen Rolle, dem Abbau ihrer sozioökonomischen Diskriminierung und zum Teil auch durch die Verbesserung ihrer spezifischen Gesundheitsprobleme möglich.

Frauengesundheit ist in unseren Ländern häufig eine derartige Selbstverständlichkeit, daß bereits das Wort „Frauengesundheit“ (Women's Health) fast schon wieder Befremden hervorruft. In den Ländern der Dritten Welt, aber auch in Ländern mit akuten Krisenherden, ist der Begriff Mutter-Kind-Gesundheit einer der Bereiche in der medizinischen Entwicklungshilfe, die den größten Bedarf und die höchsten Zuwachsraten an Förderung haben. Dem enormen Projekt- und Finanzbedarf stehen die häufig leeren Kassen dieser Länder und die beschränkten Mittel der Entwicklungshilfegeberländer gegenüber.

Frauengesundheit – Eine Einführung

Nach der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation ist das Recht auf Gesundheit eines der grundlegendsten Menschenrechte:

„Jedem Menschen, egal ob Mann ob Frau, und unabhängig von Volkszugehörigkeit, Religion, politischer Einstellung, unabhängig von wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen steht dieses Recht zu.“

Tab. 2: Vorrangige globale Gesundheitsprobleme der nächsten Jahrzehnte

- Bevölkerungswachstum und Familienplanung
- HIV-Epidemie
- Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität
- Trinkwasserhygiene
- Ernährung
- Klassische Infektions- und Tropenkrankheiten und Multiple Drug Resistance
- Landflucht, Suburbanisierung und ihr Einfluß auf die Gesundheit

Das heißt, daß jeder Mensch das Recht hat, in einer Umgebung mit minimalen Gesundheitsrisiken und freiem Zugang zu Gesundheitsfürsorge zu leben.

Vielen Frauen in Entwicklungsländern bleibt dieses Menschenrecht versagt. Diese „Rechtlosigkeit“ ist Ausdruck ihrer gesellschaftlichen Benachteiligung. Frauengesundheit (Women's Health) wird also durch die Diskriminierung des weiblichen Geschlechtes im weitesten Sinne limitiert. Limitierende Faktoren sind zum einen die **sozioökonomische** oder auch gesellschaftliche **Benachteiligung** der Frau und zum anderen die Benachteiligung auf dem **Gesundheitssektor**, also da, wo ihre biologische sprich reproduktive Rolle angesprochen ist. Die Konsequenz ist in allen sozialen Bereichen feststellbar. In fast allen ökonomischen und gesundheitlichen Parametern hinkt die Frau hinter der Situation des Mannes hinterher. Frauen stellen deshalb einen überproportionalen Anteil an den Armen in allen Ländern der Dritten Welt.

Mehr als 50% der Weltbevölkerung sind Frauen. Sie leisten 65% der Arbeit, sind jedoch nur mit 10% am Einkommen und

Tab. 1: Globale Herausforderung im 21. Jahrhundert

1. Eine neue Welthandelsordnung
2. Ökologische Bedrohung
3. Weltgesundheitsliche Probleme

mit nur 1% am Eigentum beteiligt (3, 7, 14, 19). Diese dramatische Ungleichbehandlung der Frau auf unserem Planeten rührt in erster Linie von ihrer sozialen Situation in der Dritten Welt her.

Dieser eklatanten Benachteiligung steht jedoch die wichtige Rolle der Frau gegenüber. Im Gegensatz zu unseren westlichen Gesellschaftsformen ist die Frau in der Dritten Welt immer noch mit einer Vielzahl von Aufgaben in der traditionellen Großfamilie belastet (Abb. 1). Dazu gehört die Verantwortlichkeit für Hygiene, häusliche Krankenpflege, Erziehung der Kinder, Wasserbeschaffung, Energiebeschaffung, religiöse und kulturelle Aufgaben, Empfängnisverhütung, zusätzlicher Gelderwerb, Feldarbeit etc. Die Mehrzahl dieser Aufgaben werden in einer entwickelteren Gesellschaft/im Sozialstaat an seine Einrichtungen delegiert (z.B. Krankenhaus, Kirche, soziales Netz, Waschmaschine, Wasserwerk, Elektrizitätswerk etc.).

Die überragende Bedeutung der Frau in der Großfamilie und auf kommunaler Ebene ist in vielen Studien der vergangenen 20 Jahre belegt worden. Heute gilt, daß der Gesundheitszustand der Frau einen wesentlichen Einfluß auf die Gesundheit ihrer Kinder, ihrer Familie und ihrer dörflichen und städtischen Umgebung hat (11, 17, 19, 20, 21, 22).

Die vielfältige Verknüpfung der Frauenrolle mit ihrer Umgebung macht es deshalb verständlich, daß Entwicklungshilfekonzepte nicht an der zentralen Rolle der Frau und ihrer Gesundheit vorbeigehen können. Projekte müssen sich deshalb auch an den sozio-ökonomischen und biologischen Randbedingungen von Frauengesundheit orientieren (2, 5, 6, 10, 12).

Förderung von Frauengesundheit auf sozioökonomischem Gebiet heißt z.B., daß Frauen lese- und schreibfähig sind. Es ist bekannt, daß in den Entwicklungsländern, in denen der Analphabetismus der Frau besonders hoch ist, der jährliche Bevölkerungszuwachs im Vergleich zu anderen Ländern am höchsten ist. Lese- und schreibunfähige Frauen sind für präventives medizinisches Verhalten nur schwer zu gewinnen und die Zahl der Säuglinge und Kleinkinder, die früh versterben, ist bei ihnen am höchsten. Je höher die Zahl an lese- und schreibfähigen Frauen in einem Entwicklungsland ist, umso niedriger ist die mütterliche Sterblichkeit bei Schwangerschaft und Geburt, und umso höher ist demzufolge auch die Lebenserwartung (1, 8, 9, 15).

Bei jeder Form der Schul- und Weiterbildung sind Frauen in Entwicklungsländern erheblich benachteiligt, was im späteren Leben der Frau zu weiterer Diskriminierung

„Unter wachsendem ökonomischem Druck haben in den letzten vier Jahren 37 der ärmsten Länder ihre Ausgaben im Gesundheitswesen um 50 Prozent und im Bildungsbereich um 25 Prozent gekürzt. Die Armen sind davon besonders hart betroffen, arme Frauen jedoch am härtesten.“

Abb. 2: (Weltbevölkerungsbericht der Vereinten Nationen 1989, dt. Fassung, S. 2)

fung (Berufsausbildung, Bezahlung, alleinerziehende Mütter etc.) führt (Abb. 2).

Auf der anderen Seite wird, wie eingangs bereits beschrieben, die gesundheitliche Situation der Frau, d.h. durch ihre biologische geschlechtsspezifische Rolle charakterisiert. Nur eine seelisch und vor allem körperlich gesunde Frau ist in der Lage, ihren familiären und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen. Die Tatsache, daß ein Großteil der sogenannten Frauenleiden behandelbar und durch Vorbeugung vermeidbar ist, hat in unserer Gesellschaft im Verlauf der letzten 100 Jahre dazu geführt, daß wir heute fast nur noch über die gesellschaftliche Diskriminierung der Frau sprechen. Die Benachteiligung durch ihre biologische und reproduktive Rolle ist bei uns durch die Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Hintergrund getreten.

Frauenleiden ergeben sich aus der besonderen Anatomie des weiblichen Genitales. Sie nehmen mit der Zahl der Schwangerschaften deutlich zu. Werden diese Krankheiten nicht verhindert oder ausreichend behandelt, so wird die tägliche Lebensqualität der betroffenen Frau und damit auch ihrer Kinder und der Familie beeinträchtigt sein.

Ansätze, die auf eine Entwicklung von mehr Frauengesundheit im **medizinischen Sinne** hin abzielen, müssen dem sich **wandelnden Lebenszyklus** der Frau Rechnung tragen. Das Leben der Frau unterteilt sich in folgende Lebensabschnitte:

1. Die Zeit vor der eigenen Geburt und die eigene Kindheit
2. die Adoleszenz
3. die reproduktive Lebensphase und
4. die Postmenopause mit dem sich anschließenden Senium.

FUNKTIONEN DER FRAU IN ENTWICKLUNGSLÄNDERN



Abb. 1: Funktionen der Frau in Entwicklungsländern

Diese Lebensabschnitte sind alle von spezifischen **gesundheitlichen Problemen**, aber auch von **unterschiedlicher Diskriminierung des weiblichen Geschlechts** per se gekennzeichnet. Im folgenden sollen diese Lebensbereiche in ihren Problemen dargestellt werden:

1. Vorgeburtliche Zeit und Kindheit

Gesundheitsprobleme der werdenden Mutter wie z.B. Unter- und Fehlernährung, oder parasitäre Erkrankungen führen zu vermehrter Frühgeburtlichkeit. Letzteres und die im Kindesalter in diesen Ländern häufig noch zusätzlich auftretende Unterernährung haben einen negativen Einfluß auf die Entwicklung der intellektuellen Kapazität von heranwachsenden Kindern.

Bereits im ungeborenen Zustand werden weibliche Foeten in vielen Ländern einer Diskriminierung ausgesetzt. In Indien werden z.B. tausende weiblicher Feten abgetrieben, sobald ihr Geschlecht durch Fruchtwasseranalyse festgestellt ist (4, 19). In den meisten weniger entwickelten Ländern wird ein Sohn einer Tochter vorgezogen. Diese Diskriminierung des Geschlechtes setzt sich im Säuglings- und Kleinkindesalter fort. In vielen Ländern ist der Ernährungszustand der Mädchen signifikant schlechter als der eines männlichen Kindes. Kranke Mädchen werden seltener in Krankenhäuser eingewiesen, und die jährliche Todesrate der zwei- bis fünfjährigen Mädchen ist wesentlich höher, als die der gleichaltrigen Jungen (19).

2. Probleme der Adoleszenz

Für die physische und psychische Entwicklung einer jungen Frau stellt die Adoleszenz eine besonders kritische Zeit dar. In dieser Zeit werden Verhaltensmuster und Praktiken entwickelt, die den weiteren Lebensverlauf einer Frau, ihrer späteren Familie und ihrer Kinder, vor allem auch im gesundheitlichen Sektor beeinflussen. In dieser Zeit kann die richtige Ausbildung der jungen Frau zu präventiven Verhaltensweisen im späteren Leben führen.

Wichtige medizinische Aufgaben in dieser Zeit stellen die sichere Verhütung von ungewollter Schwangerschaft und die Vermeidung von sexuell übertragbaren Krankheiten, insbesondere HIV, dar.

Die Bedeutung von Empfängnisverhütung und Vermeidung von Geschlechtskrankheiten wird vor dem Hintergrund klar, daß über die Hälfte der Frauen in manchen Entwicklungsländern an Geschlechtskrankheiten leiden (16, 19), und daß unsichere und fieberhafte Schwangerschaftsabbrüche zu den Haupttodesursachen dieser Altersgruppe in Entwicklungsländern zählen (1, 11).

Ein besonders diskriminierendes Problem stellt in der frühen Adoleszenz die Beschneidung des weiblichen Genitales im Rahmen von Initiationsriten dar. In der Presse wurde vor kurzem von über 80 Millionen verstümmelter Frauen, vor allem aus dem afrikanischen Raum, berichtet. Die Verstümmelung des weiblichen Genitales kostet nicht nur infolge des Eingriffs viele Menschenleben, sondern sie schafft auch lebenslange gynäkologische, geburtshilfliche, urologische und partnerschaftliche Probleme in der Ehe.

Junge Mädchen sind ebenso wie ältere Frauen häufig sexueller Belästigung, Vergewaltigung und häuslicher Gewalt ausgesetzt.

Die Tatsache, daß Wasser- und Energiebeschaffung in Ländern der Dritten Welt die überwiegende Aufgabe der Frauen ist (19), führt dazu, daß das Skelettsystem der jungen Frauen durch das stundenlange Tragen schwerster Lasten geschädigt wird. Häufig muß im späteren Leben der Preis in Form von degenerativen Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen und geburtshilflichen Komplikationen bezahlt werden.

3. Reproduktive Phase

Die im folgenden zitierten typischen medizinischen Probleme der Frau zwischen 15 und 45 können in Entwicklungsländern nicht ohne den größeren Zusammenhang von Mutterschaft, Ernährungssituation, Bildungsstand und Berufstätigkeit gesehen werden. Da die Frau in all diese Problembereiche eingebunden ist, kann Frauengesundheit nur als Ganzes aus Umweltbedingungen und gesundheitlichen Problemen verstanden werden.

Vorrangige Probleme, die die Mehrzahl aller Frauen in Entwicklungsländern berührt, sind: Sexuell übertragbare Krankheiten mit der Konsequenz der Pelveoperitonitis, Unfruchtbarkeit, chronische

Unterbauchbeschwerden und vermeidbare Operationen (13).

Die Krebserkrankung, insbesondere der Gebärmutter und der Brustdrüse, sind erkennbare und teils vermeidbare Krebsarten, die in Entwicklungsländern Frauen im gleichen Maß, aber anderer prozentualer Verteilung treffen. Die Vorbeugung von Schwangerschaftskomplikationen für Mutter und Kind stellt eine der größten Herausforderungen der Entwicklungshilfemedizin dar. In vielen Ländern der Dritten Welt ist die mütterliche und kindliche Todesrate 10–50 mal höher als in unserem Land (1, 19).

Krankheiten wie Blasen-Scheidenfisteln, Gebärmuttervorfall, Harninkontinenz, Blutungsstörungen und der große Uterus myomatosus mit Schmerzen und Anämie und Krankheiten des hormonalen Systems sind bei uns durch frühzeitige Intervention von frauenärztlicher Seite vermeidbar oder behandelbar. In Ländern der Dritten Welt finden sie nur unzureichende medizinische Zuwendung und lassen die Frauen aller Altersgruppen, meistens unbemerkt, leiden. In gravierenden Fällen wie Aids oder Blasen-Scheidenfisteln werden Frauen häufig noch aus ihrem sozialen Umfeld verbannt. Da typische Frauenleiden oft mit Tabus belegt sind, wird über diese Krankheiten nicht gesprochen. Die Tatsache, daß das Bekanntwerden dieser Krankheiten häufig zur sozialen Isolation führt, hat zur Folge, daß diese Krankheitszustände weniger berichtet und somit statistisch unterbewertet werden (19).

Frauen, die sich mit vergleichbaren Leiden konfrontiert sehen, versuchen vor allem in traditioneller Umgebung diese Krankheiten zu verbergen und suchen heimlich, oft wegen fehlender medizinischer Möglichkeiten, Rat in traditioneller Medizin.

4. Die Zeit nach den Wechseljahren – Postmenopause

Das weibliche Geschlecht stellt heute den größten Anteil an der älteren Bevölkerung dar. Die Tatsache, daß dieser Trend, unabhängig von der Entwicklungsstufe eines Landes, weiterhin anhält (23), muß zwangsläufig Konsequenzen für Entwicklungsstrategien im Gesundheitswesen haben.

Das Krankheitsspektrum gleicht, von wenigen Unterschieden abgesehen,

dem mitteleuropäischen Patientinnen. Fehlende Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten in der späten reproduktiven Phase und frühen Menopause führen häufiger zur Entdeckung von ausgedehnten Karzinombefunden etc.

Strategie zur Verbesserung der Frauengesundheit in sog. Entwicklungsländern

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, daß die Realisierung von Frauengesundheit in Entwicklungsländern, wie man sie heute versteht, nur mit einem Maßnahmenkatalog zu erzielen ist, der folgende Komponenten enthält:

1. Soziale und ökonomische Besserstellung der Frau in der Dritten Welt.

Darunter verstehen wir den gleichberechtigten Zugang zu Schulbildung und Berufsausbildung mit der letztendlichen Chance, sich beruflich verwirklichen zu können und ökonomisch unabhängig zu werden. Je höher der Bildungsgrad ist, um so mehr kann präventives Verhalten und Gesundheitsvor- und -fürsorge realisiert werden. Bildung und Ausbildung der Frau stellen heute anerkanntermaßen den Schlüssel zur eigenen Gesundheit, aber auch der ihrer Familie und kommunalen Umgebung dar (Abb. 3).

2. Die Verbesserung der physischen Gesundheit der Frau in allen hier angesprochenen Lebensphasen.

Dies ist nur möglich durch Gesundheitsprogramme, die in erster Linie präventiv, aber auch kurativ orientiert sein müssen. Vorrang haben in diesem Zusammenhang geburtshilfliche Vor- und Nachsorge, Familienplanung, Erkennung und Behandlung von Entzündungen des weiblichen Genitales und sexuell übertragbarer Krankheiten, Erkennung und Vorsorge von Brust- und Gebärmutterhalskrebs (flächendeckend ist dies in der Mehrzahl der Entwicklungsländer wegen fehlender Ressourcen nicht möglich), und operative Versorgung von geburtshilflichen Fisteln, Inkontinenz und Uterus myomatosus.

Für eine weiterreichende, an fachärztliche Leistungen gebundene Diagnostik und Therapie von anderen allgemeingynäkologischen, onkologischen und endokrinen Krankheitsbildern, fehlt es, von wenigen städtischen Zentren abgesehen, in allen Entwicklungsländern an fachärztlicher Manpower, Training, Ausrüstung und finanzieller Ausstattung.

3. Ausbildung und Training von Gesundheitspersonal

Angesichts der Tatsache, daß die medizinische Betreuung von Frauengesund-

heitsproblemen in der Dritten Welt überwiegend von Krankenschwestern, Hebammen und viel seltener von Allgemeinärzten wahrgenommen wird, besteht ein eminenter Bedarf an Frauenärztinnen und -ärzten. Da sich der Facharztbedarf realistischerweise weder kurz- noch langfristig decken läßt und die überwiegend präventiven und einfachen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich auch von den zu einer Art Barfußärztinnen weitergebildeten Krankenschwestern, oder im geburtshilflichen Bereich von Hebammen durchgeführt werden können, müssen vor allem diese letzteren Berufsgruppen für die spezifischen Probleme der Frau sensibilisiert und weitergebildet werden.

Da die Geburtshilfe und die Frauenheilkunde ein ausgesprochen präventiv orientiertes Fach ist, besteht an der Basis des Gesundheitssystems auf kommunaler Ebene ein besonders hoher **Bedarf an Beratungsqualität und -quantität.**

Lösungsansätze für die Gesundheitssituation der Frau müssen aufgrund der Komplexität der medizinischen, sozialen und ökonomischen Randbedingungen auch komplexer Natur sein, den oben genannten Bedingungen Rechnung tragen und natürlich die männlichen Partner, die Großfamilie und die Kommune mit einbeziehen.

Ein Konzept, das Erziehung und Ausbildung der Frau, verbesserte reproduktive Gesundheit und Prävention in den Vordergrund stellt und das die Weiterbildung der medizinischen und paramedizinischen Berufe auf dem Gebiet der Frauengesundheit vorantreibt, wird nicht nur preisgünstiger als ausschließlich kurative Ansätze sein, sondern auch wirkungsvoller.

Zielsetzungen von Materra, der Stiftung Frau und Gesundheit e.V.

Da wir uns als Europäer, insbesondere als Angehörige unserer Berufsgruppe nicht von den Problemen der Frau und ihrer Gesundheit abkoppeln wollen, haben wir beschlossen, die Stiftung „Frau und Gesundheit e.V.“ ins Leben zu rufen. Die Stiftung ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und hat folgende **gemeinnützige Zielsetzungen:**

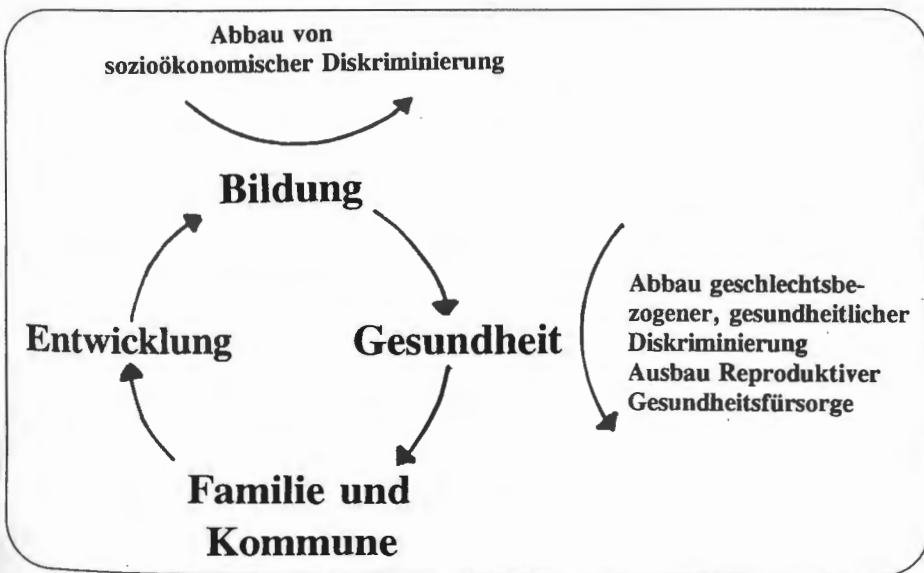


Abb. 3: Bildung der Frau – Schlüssel zu Gesundheit und Entwicklung

1. An der Universität:

Förderung von Analyse und Publikation von Gesundheitsproblemen der Frauen in Entwicklungsländern, mit dem Ziel, Problembewußtsein und finanzielle Unterstützung zu fördern. Ausbildung von Medizinern und Entwicklungshelfern auf diesem Gebiet.

2. In Entwicklungsländern:

Förderung von Bildungs- und Gesundheitsprojekten, die zu präventivem Gesundheitsverhalten und ökonomischer Besserstellung der Frau und ihrer Familie führen sollen (**Hilfe zur Selbsthilfe**).

Förderung der Weiterbildung von medizinischem Personal auf dem Gebiet der Frauenheilkunde in Entwicklungsländern. Bereitstellung von Basistechnologie zur Diagnose und Versorgung von Frauenkrankheiten. Förderung von Kampagnen, die schwerpunktmäßig Empfängnisverhütung und Bevölkerungswachstumskontrolle zur Zielsetzung haben. Förderung von Mutter/Kind-Projekten. Förderung und Erforschung traditioneller Frauenheilkunde mit dem Ziel der Dokumentation traditioneller Heilverfahren und der Bewahrung der kulturellen Identität dieser Länder.

Entwicklungshilfeprojekte

Die Stiftung „Frau und Gesundheit e.V.“ ist seit 1993 ein gemeinnütziger, eingetragener Verein. Spenden sind steuerlich abzugsfähig und werden, da alle Mitarbeiter ehrenamtlich arbeiten, ausschließlich für Frauengesundheitsprojekte in Entwicklungsländern eingesetzt. Zwei Beispiele aus unserer Projektarbeit:

Nordvietnam

In Nähe der alten Kaiserstadt Hue, bauen wir ein nonformales Ausbildungszentrum* für junge Frauen, alleinerziehende Mütter mit Kindern auf, in dem sie nähen und schneidern lernen, um nach Abschluß der Ausbildung für sich und ihre Kinder einen Unterhalt verdienen zu können. Gleichzeitig erhalten sie Gesundheitsunterricht in

* In Zusammenarbeit mit der W. P. Schmitz-Stiftung Düsseldorf und dem Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Fragen der Empfängnisverhütung und Familienplanung, Vermeidung von Geschlechtskrankheiten, Vorsorge, Mutter/Kind-Gesundheit, Säuglingsernährung etc. Im gleichen Ausbildungszentrum werden traditionelle Heilpflanzen angebaut, da die Medikamentenversorgung in ländlichen Bereichen Vietnams brach liegt und herbale Medizin eine Quelle lokal verfügbarer billiger Medizin darstellt, die durch den Verkauf zusätzliches Einkommen generiert.

Projekt auf den Cook Inseln in Südpazifik

Der Autor des Artikels hat auf den Cook Inseln in den Jahren 1990–93 eine gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung aufgebaut. Ein Großteil der Bevölkerung auf den Cook Inseln lebt auf 12 Außeninseln, die medizinisch stark unterversorgt sind. Die Bevölkerung der Außeninseln wird von sog. Nurse Practitioners (Barfußärztinnen, weitergebildete Krankenschwestern) versorgt, und für eine einfachste Versorgung gynäkologischer, geburtshilflicher Probleme fehlt es an ausgebildetem Personal und einfachen Untersuchungsmöglichkeiten.

Die Stiftung „Frau und Gesundheit e.V.“ hat für die Außeninseln ein Frauengesundheitsprojekt geplant, das finanziell von der Regierung der Cook Inseln mitgetragen wird. Im Rahmen des Projektes werden alle Außeninseln mit einfachsten gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungseinheiten ausgerüstet, Trainingskurse für das medizinische und paramedizinische Personal auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe durchgeführt, darüber hinaus praktisch in einem zu errichtenden nationalen Trainingszentrum auf der Hauptinsel ausgebildet. In einer zweiten Phase erfolgt ein „on the job-Training“ auf den Außeninseln. Ziel des umfassenden Ausbildungsprogramms ist es außerdem, die Bevölkerung durch Aufklärungskampagnen in Zusammenarbeit mit Schulen und Kirchen zu präventivem Gesundheitsverhalten mit Senkung der mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität zu führen.

Finanzierung der Entwicklungsprojekte

Da die Stiftung „Frau und Gesundheit e.V.“ ihre Projekte für Frauen in Entwick-

lungsländern ausschließlich aus Spenden finanziert, sind wir auf Mithilfe der Bevölkerung angewiesen.

Als Frauenärztinnen und -ärzte gehören wir zu der Berufsgruppe, die die gesundheitlichen Probleme der Frau, auch in Entwicklungsländern, am besten versteht.

Wir bitten die Kolleginnen und Kollegen herzlich um ihre Unterstützung unserer Organisation. Da Projekte über mehrere Jahre geplant und durchgeführt werden müssen, sind v.a. **fördernde Mitglieder** über einen Zeitraum von 3–5 Jahren besonders willkommen.

Mitgliedsbeiträge oder einmalige Spenden sind steuerlich abzugsfähig.

Für Spenden über 100 DM wird eine getrennte Spendenbescheinigung zugeschickt.

Die langfristige Perspektive macht die Errichtung einer Stiftung bürgerlichen Rechts wünschenswert. Da eine Stiftung diesen Typs nur vom Zinsertrag ihres Kapitals Projekte bestreiten kann, werden für die weitere Verfolgung unseres bedeutsamen Ziels **Stifterinnen oder Stifter gesucht**.

Materra Stiftung „Frau und Gesundheit e.V.“ wird auf dem Deutschen Gynäkologenkongreß in München (22.–27. Aug. 94) mit einem Stand vertreten sein.

Spendenkonto:
Commerzbank Freiburg
Kto. 16 20 400, BLZ 680 400 07

LITERATUR

1. ABOUZAHR, C., ROYSTON, E., Maternal mortality: A global factbook. Geneva, World Health Organization, 1991.
2. BARZELATTO, J. Special Challenges in Third World Women's Health. Presentations at the 117th annual meeting of the American Public Health Association. October 1989, Chicago, IL. New York: International Women's Health Coalition, 1990.
3. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit: Förderung von Frauen in Entwicklungsländern. Entwicklungspolitische Materialien, 80. Bonn 1989.
4. DAS GUPTA, M.: „Selective Discrimination against female children in Rural Punjab, India.“ Population and Development Review 13 (1): 55–70, 1987.
5. Déclaration de Dakar sur un autre développement avec les femmes. Développement dialogue, Un autre développement avec les femmes. Uppsala: The Dag-Hammarskjöld-Foundation 1982.

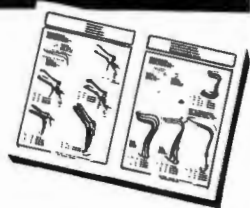
6. Deutscher Bundestag/Ausschuß für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Stenographisches Protokoll der 64. Sitzung (öffentlich) am 7.3.1990 (Protokoll Nr. 11/64): Anhörung von Sachverständigen zum Thema: „Förderung der Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit“, Bonn, 1990.
7. Dritte Welt Haus Bielefeld: Atlas der Weltverwicklungen. Peter Hammer Verlag, Wuppertal 1992.
8. IMHOF, A. E.: Weniger Kinder und mehr Lebensjahre – Unerwartete Zusammenhänge aus der Sicht des Historikers XIII. Akademische Tagung Deutschsprechender Hochschullehrer der Gynäkologie und Geburtshilfe, Hannover 16.–19.5.93 Alete wissenschaftlicher Dienst. Herausg. J. Schneider, 6–35, 1993.
9. JACOBSEN, Jodi L.: Women's Reproductive Health: The Silent Emergency. Worldwatch Paper 102. Washington, D. C.: Worldwatch Institute, 1991.
10. KHAN, M. E., TAMANG, A. K., PATEL, B.: Work pattern of women and its impact on health and nutrition – some observations from the urban poor. Journal of family welfare, 36 (2): 3–22, 1990.
11. KOBLINSKY, A., TIMYAN, J. GAY: Women's Health at the Crossroads. Population, Health and Nutrition Division Population and Human Resources Department. The World Bank, 1992.
12. LACHENMANN, G.: Verbesserung der Rahmenbedingungen für Frauenförderung durch Entwicklungszusammenarbeit. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, Berlin, 1989.
13. M. RUNGE and H. TIKAKA: Cook Islands Women's Health Survey 1990–1992 Rarotonga Hospital. Monographie, Ministry of Health, Rarotonga, Cook Islands, 1993.
14. SAEGER, J. u. A. OLSON: Der Frauenatlas. Daten, Fakten und Informationen zur Lage der Frauen auf unserer Erde. Frankfurt, 1886.
15. United Nations Development Programme. Human development report 1990. New York, Oxford University Press, 1990.
16. United Nations. The world's women 1970–1990. Trends and statistics. New York (Social Statistics and Indicators, Series K, No. 8), 1991.
17. United Nations Office. Centre for Social Development and Humanitarian Affairs: „1989 World Survey on the role of Women in Development“, New York, 1989.
18. UN-Konvention, 1985: Gesetz zu dem Übereinkommen vom 18. Dezember 1979 zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Bundesgesetzblatt, Nr. 17, Teil II, S. 647–662, 1985.
19. World Health Organization. Women's Health: Across age and frontier Geneva, 1992.
20. World Bank: Women in Development, Issues for Economic and Sector Analysis, Working Papers 269, August 1989.
21. World Bank: Recognizing the invisible women in development. Washington 1979.
22. World Bank: Integration women into development. Washington 1975.
23. World Health Organisation. An Aging Planet, Geneva, 1990.

Weitere Informationen erhalten Sie von
Materra
„Stiftung Frau und Gesundheit e.V.“
Vordere Steige 2
79104 Freiburg

oder vom Autor
Priv. Doz. Dr. Michael RUNGE
Univ.-Frauenklinik Freiburg
Hugstetterstraße 55
79106 Freiburg

Praxis-Neugründung? Praxis-Erweiterung?

Dann fordern Sie unseren 100-seitigen Instrumenten-Katalog mit spezieller Niederlassungspreisliste kostenlos und unverbindlich an.



Unser Angebot:

- Eine **Großauswahl** an Instrumenten für Gynäkologie, Geburtshilfe und Minimal Invasiver Chirurgie.
- **Sonderanfertigungen** nach Ihren Wünschen
- **Erstklassige Markenqualität** „Made in Germany“
- Termingerechter und zuverlässiger **Lieferservice**
- Großzügig geregeltes **Umtausch- und Rückgaberecht**
- **Sehr günstige Preise** durch Direktvertrieb (ohne Zwischenhandel)
- **Kein Vertreterbesuch**

Referenzen von gynäkologischen Praxen, die wir mit unseren Instrumenten ausgestattet haben, können jederzeit nachgewiesen werden. **Rufen Sie einfach an, auf Wunsch rufen wir zurück. Persönliche, fachkundige Beratung** durch den Firmeninhaber selbst jederzeit in unserem Hause möglich. **Ständig große Ausstellung.**

Eisenhut Instrumente

Chirurgie- und Dentallinstrumente

Schildeckstraße 30
78665 Frittlingen/Tutlingen
Telefon (074 26) 4022. Telefax (074 26) 4021

