

Familienplanung für die Familiengesundheit

Bergis Schmidt-Ehry

Vom 4. bis 16. November 1984 führte die Fachabteilung „Gesundheit, Ernährung und Bevölkerungsentwicklung“ in Zusammenarbeit mit dem Fachbereich „Personalförderung“ in Tagaytay, Philippinen ein internationales Seminar unter dem Titel „Integration of family planning and other special services into primary health care“ durch.

Rund 50 Auslandsmitarbeiter, Counterparts und Gäste aus 20 Ländern diskutierten die Themen

- Zusammenarbeit zwischen vertikalen und horizontalen Gesundheitsprogrammen
- Prioritäten im Bereich der Dorfgesundheit
- Einbindung der Bevölkerung in Maßnahmen der Familienplanung und andere gesundheitsbezogene Aktivitäten
- Verbreitung von Familien-Planungs-Maßnahmen innerhalb von Primärgesundheitsdiensten.

Darüber hinaus wurde ein zweitägiger Workshop über „Computerized data-analysis for evaluation and operational research in health related projects“ durchgeführt.

Neben den Diskussionen um Methoden der Koordination und Integration von speziellen Gesundheitsmaßnahmen in Basis- und Primärgesundheitsdienste stand das Thema Familienplanung im Vordergrund. Dazu wurden einerseits die Zusammenhänge zwischen Kinder- und Müttersterblichkeit und zu häufigen Geburten, zu kurzen Geburtenintervallen, frühen Erstgeburten und Geburten in höherem Alter dargestellt.

In einer Welt, in der das Gleichgewicht

zwischen Bevölkerung und verfügbaren Ressourcen mittlerweile empfindlich gestört ist, muß andererseits ein neuer Maßstab bei der Gesundheitsversorgung angelegt werden, indem das zahlenmäßige Verhältnis von überlebenden Kindern pro Mutter zählt.

Bei einer Senkung der Kindersterblichkeit müssen Familiengrößen vermieden werden, die den Forderungen der Familiengesundheit nicht mehr gerecht werden können und eine sozioökonomische Belastung der Familie und des Gemeinwesens darstellen.

Autoritäre Familienplanung, die in die bestehenden Gesundheitsstrukturen nicht integriert wurde, ist in der Vergangenheit mit einigen Ausnahmen gescheitert. Die Anbindung der Familienplanung an Basis- und Primärgesundheitsdienste ergibt sich aus folgenden Überlegungen:

1. Familienplanung (im Sinne des „child-spacing“) ist in sich bereits eine gesundheitsfördernde Maßnahme.
2. Familienplanungsprogramme und Primärgesundheitsprogramme haben gemeinsame Ansätze:
 - größtmögliche Versorgungsbreite
 - Mobilisierung und Partizipation der Bevölkerung
 - sektorübergreifende Aktivitäten
 - Mobilisierung und Nutzung der vorhandenen Ressourcen inkl. der Einschaltung von Dorfhelfern
 - Information, Beratung und Erziehung.
3. Familienplanungsmaßnahmen beruhen größtenteils auf medizinischer Methodologie und verlangen daher fachliche Unterstützung seitens des Gesundheitswesens.

Bei der Diskussion der Möglichkeiten zur Einbeziehung der Bevölkerung in Maßnahmen zur Familienplanung wurde von vier verschiedenen Konstellationen ausgegangen:

1. Länder mit klar definierter Familienplanungspolitik und entsprechender Nachfrage bei der Bevölkerung
2. Länder mit klar definierter Familienplanungspolitik, in denen jedoch ein Bedürfnis seitens der Bevölkerung noch nicht formuliert ist
3. Länder mit kaum definierter Politik aber flexibler Haltung gegenüber nichtstaatlichen Familienplanungsmaßnahmen
4. Länder mit strikt ablehnender Haltung gegenüber Familienplanungsmaßnahmen.

Bei Ländern der Gruppe 1 müssen Maßnahmen der Technischen Zusammenarbeit auf eine Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung zu familienplanungsrelevanten Methoden ausgerichtet sein, d.h. ein entsprechendes Angebot muß durch die Gesundheitsdienste erfolgen. Die Strukturen des Primärgesundheitswesens müssen aufgebaut oder verbessert werden.

Bei Ländern der Gruppe 2 müssen die Maßnahmen auf ein besseres Verständnis der Notwendigkeit der Familienplanung für die Familiengesundheit hinzielen. Dies ist am ehesten über die Schnittstelle Primärgesundheitsdienste – Bevölkerung zu erreichen. Im übrigen müssen ggf. Maßnahmen wie zur Gruppe 1 ergriffen werden.

Bei Ländern mit kaum definierter, aber flexibler Haltung gegenüber Familienplanung sollten die Regierungen zur Entwicklung einer Familienplanungspolitik angeregt und bei der Erarbeitung derselben unterstützt werden. Maßnahmen, wie bei Gruppe 1 oder 2, können ggf. bereits in Absprache mit der Regierung in Pilot-Projekten vorgenommen werden.

Am schwierigsten ist die Situation in Ländern der Gruppe 4. Wesentliche Maßnahmen zur Meinungsänderung der betroffenen Entscheidungsträger sind:

- Darstellung der Zusammenhänge von Gesundheitsrisiken und Fertilitätsrate
- Nachweis der Bedürfnisse seitens der Bevölkerung, z. B. anhand von Statistiken über die Zahl der Abtreibungen
- Durchführung von Volkszählungen
- Untersuchung zur Fertilität und Bevölkerungsentwicklung einerseits und zur ökonomischen und ökologischen Entwicklung andererseits und Aufklärung der Zusammenhänge
- Aufbau von Primärgesundheitsdiensten mit der Einbeziehung der Bevölkerung in die Entscheidung über gesundheitsrelevante Maßnahmen
- Versuchsweise Einführung von Familienplanungsmethoden (child-spacing) im Rahmen von Primärgesundheitsdiensten.

Die hier angestellten Überlegungen schließen andere Sektoren (auch private) nicht aus – insbesondere bei der Information und Sensibilisierung der Bevölkerung. Ohne führende Rolle der Gesundheitsdienste in Familienplanungs-Programmen muß jedoch in den allermeisten Fällen mit deren Scheitern gerechnet werden.

Bei den Diskussionen über vertikale und horizontale Ansätze in gesundheitsför-

Das Gleichgewicht zwischen Bevölkerung und verfügbaren Ressourcen ist empfindlich gestört. Hier: Markt der Stadt Cebu auf den Philippinen.

Foto: Heinz Ströter



dernden Programmen wurde auf die Gefahr einer vorschnellen Aufgabe der Primärgesundheitskonzepte zugunsten vertikaler und scheinbar effektiverer Programme hingewiesen. Eine klare Abgrenzung zwischen vertikalen und horizontalen Maßnahmen ist jedoch nur schwer zu ziehen, und daher sind letztendlich drei Möglichkeiten gegeben:

1. Die Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen erfolgt ausschließlich durch horizontale (Primär) Gesundheitsdienste.
2. Vertikale und horizontale Maßnahmen werden kombiniert und ergänzen sich gegenseitig.
3. In Einzelfällen werden Maßnahmen vertikal durchgeführt, um kurzfristig eindeutige Ergebnisse zu erzielen.

Zur Frage der Prioritäten im Bereich Dorfgesundheit (community health) wurden folgende Feststellungen getroffen:

1. Die gesundheitlichen Probleme müssen nach fachlichen epidemiologischen Kriterien einerseits und durch Analyse der Bedürfnisse der Bevölkerung andererseits definiert werden.
2. Eine gründliche Analyse der Ressourcen innerhalb der Bevölkerung und seitens der peripheren Gesundheitsdienste muß durchgeführt werden.
3. Gemeinsam mit der Bevölkerung müssen unter Berücksichtigung der Ressourcen Prioritäten gesetzt werden.
4. Eine gründliche und detaillierte Analyse der Aufgaben muß durchgeführt und der Aufwand an Zeit und Ressourcen dargestellt werden.
5. Die Zuordnung von Aufgaben – soweit sie nicht von qualifiziertem Personal der Gesundheitsdienste übernommen werden müssen – erfolgt durch die Gemeinde unter Berücksichtigung personenspezifischer Kriterien.

Am Beispiel einer detaillierten Aufgabenanalyse wurde verdeutlicht, daß der Dorfgesundheitshelfer in den meisten Fällen überfordert ist. Hieraus folgen entsprechende Forderungen:

1. Ein oder mehrere Gemeindemitglieder sollten einige prioritäre Aufgaben übernehmen. Die Zahl der Aufgaben und die Zahl der betreuten Personen

wird dabei limitiert durch die Fähigkeit und den Willen der Gemeinde, die beteiligten Personen, welcher Art auch immer, zu vergüten.

2. Personen, die Aufgaben wie unter 1 übernehmen, müssen regelmäßig in ihren Aufgaben durch professionelle Mitarbeiter des Gesundheitswesens unterstützt und evaluiert werden. Auch die Gemeinde muß sich an dieser regelmäßigen Evaluierung beteiligen und sollte dem Betroffenen weitestgehende Unterstützung gewähren.
3. Sollen Aufgaben aus vertikalen Gesundheitsprogrammen auf Gemeindeebene integriert werden, muß seitens der Gesundheitsdienste eine detaillierte Aufgabenanalyse vorgenommen und diese der Dorfgemeinschaft unterbreitet werden, so daß diese die auf sie zukommenden Belastungen einzuschätzen und entsprechend zu werten weiß.

Bezüglich des Einsatzes von Personal-Computern (PC) in Gesundheitsprojekten wurden folgende Punkte festgehalten:

1. Unter Berücksichtigung des Bedarfes für sachgerechte Datenanalyse in Gesundheitsprojekten im Hinblick auf Evaluierung und Monitoring und unter Berücksichtigung der erheblich gesunkenen Kosten von PCs erscheint der Einsatz von Personal-Computern in Gesundheitsprojekten sinnvoll.
2. Personal-Computer können darüber hinaus in Projekten der Technischen Zusammenarbeit zur Vereinfachung der Buchhaltung und der Textverarbeitung eingesetzt werden.
3. Um eine sachgerechte Nutzung der PCs zu ermöglichen, sollten Projektmitarbeiter und ihre Counterparts in folgenden Bereichen weitergebildet werden:
 - Systemanalyse
 - epidemiologische und statistische Grundlagen
 - Benutzung kommerzieller Software
 - Grundlagen des Programmierens in Basic.

Sie sollten weiterhin in die Lage versetzt werden, Hilfskräfte in die Benutzung von Dateneingabeprogrammen einzuweisen.