



pro-familia hintergrund

Rahmenkonzept

**für die Sicherstellung
der Menschenrechte bei
der Bereitstellung von
Informationen und Diensten
im Bereich der Empfängnis-
verhütung**

**Framework for ensuring
human rights in the
provision of contraceptive
information and services**

Deutsche Übersetzung



Impressum



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

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

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

Titel-Foto: © yuliya_chitakh – fotolia.com

Gefördert vom



Die Originalausgabe dieses Werks erschien 2014 unter dem Titel *Framework for Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services* © Weltgesundheitsorganisation 2014. Die deutsche Übersetzung erfolgte mit freundlicher Genehmigung der Weltgesundheitsorganisation durch Miriam Geoghegan. Der Herausgeber allein ist für die Richtigkeit der Übersetzung verantwortlich.



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Menschenrechte	6
Ziel des Rahmenkonzepts	7
Methodik für die Entwicklung des Rahmenkonzepts	7
1. Nichtdiskriminierung	8
2. Verfügbarkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	9
3. Zugänglichkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	10
4. Akzeptanz von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	12
5. Qualität von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung	13
6. Informierte Entscheidungsfindung	14
7. Privatsphäre und Vertraulichkeit	15
8. Teilhabe	16
9. Rechenschaftspflicht	17
Literatur	18
Anhang 1	
Internationale Menschenrechte, die für Informationen und Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Relevanz sind	21

Die englischsprachige Originalfassung des Anhangs 1

International human rights relevant to sexual and reproductive health information and services ist erhältlich unter
www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/hr-contraception-framework/en

Vorwort zur deutschen Übersetzung

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

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

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

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

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

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

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

pro familia Bundesverband 2018

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



Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Menschenrechte

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

Hauptauftrag der Weltgesundheitsorganisation ist es, ihre Mitgliedsstaaten dabei zu unterstützen, das Ziel des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit, einschließlich sexueller und reproduktiver Gesundheit, für alle zu verwirklichen. Neben anderen Maßnahmen ist der allgemeine Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für die Erreichung dieses Zieles unerlässlich. Es wurde anerkannt, dass dies ohne die Achtung, den Schutz und die Verwirklichung der Menschenrechte aller nicht möglich ist.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Menschenrechte

Im Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) wird reproduktive Gesundheit als ein Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens in allen mit dem reproduktiven System und seinen Funktionen und Prozessen zusammenhängenden Belangen definiert und nicht lediglich als das Freisein von Krankheit oder Gebrechen (1, Paragraph 7.2). Das Aktionsprogramm umfasst auch die Versorgung im Bereich der sexuellen Gesundheit, deren Zweck die Verbesserung des Lebens und der persönlicher Beziehungen sei und nicht lediglich die Beratung und Betreuung in Bezug auf Fortpflanzung und sexuell übertragbarer Krankheiten.

Der Begriff „reproduktive Rechte“ wird ebenfalls im Aktionsprogramm der ICPD definiert. Gemäß dieser Definition umfassen reproduktive Rechte bestimmte Menschenrechte, die bereits im nationalen Recht sowie in internationalen Menschenrechtsdokumenten und anderen Konsensdokumenten anerkannt sind. Diese Rechte beruhen zum einen auf der Anerkennung des Grundrechts aller Paare und Individuen, frei und verantwortungsbewusst über die Anzahl ihrer Kinder und den zeitlichen Abstand zwischen den Geburten zu entscheiden und über die dazu notwendigen Informationen und Mittel zu verfügen. Zum anderen beruhen sie auf der Anerkennung des Rechts auf das erreichbare Höchstmaß an sexueller und reproduktiver Gesundheit, das auch das in Menschenrechtsdokumenten festgelegte Recht einschließt, reproduktionsbezogene Entscheidungen ohne Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu treffen (1, Paragraph 7.3).

Unter den von den Staaten im Jahr 2001 vereinbarten Millennium-Entwicklungszielen (MDGs) fordert Zielvorgabe 5b die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu reproduktiver Gesundheit bis 2015 (2). Die Evidenz zeigt, dass die Achtung, der Schutz und die Verwirklichung der Menschenrechte zu positiven Gesundheitsergebnissen führen (3, 4-9). Die explizite Einbettung sexueller und reproduktiver Gesundheitspolitiken in einen Menschenrechtsrahmen verbessert den Zugang von Menschen zu Informationen und Diensten. Sie gewährleistet zudem die aktive Mitwirkung von Menschen an den sie betreffenden Prozessen, und sie erfordert die Abschaffung bestehender politischer oder programmatischer Hindernisse und die Einrichtung von klaren Mechanismen der Rechenschaftspflicht. Es hat sich jedoch gezeigt, dass in vielen Ländern die Gesetze, Politiken und Praktiken nicht immer vereinbar mit den Menschenrechtsverpflichtungen sind und dass dies ein Hindernis für die Erreichung globaler Entwicklungsziele und des erreichbaren Höchstmaßes an sexueller und reproduktiver Gesundheit darstellen kann (10).

Staaten sind verpflichtet, alle entsprechenden Gesetze, Politiken und Praktiken zu überprüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten, um sicherzustellen, dass sie alle Menschenrechtsverpflichtungen und Entwicklungsziele in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit unterstützen. Die systematische Integration der Menschenrechte in das Recht sowie in die Politik- und Programmentwicklung, um die zeitnahe Bereitstellung qualitativ hochwertiger Dienste zu erleichtern, erfordert, dass man bei den zugrunde liegenden gesundheitsbestimmenden Faktoren, wie zum Beispiel der Ungleichbehandlung der Geschlechter, ansetzt und partizipative, transparente und responsive Prozesse einrichtet (4, 11). Das Fehlen eines Rahmenkonzepts für die Umsetzung von Gesetzen und Politiken in konkrete Maßnahmen im Gesundheitswesen stellte bisher ein Hindernis für die volle Umsetzung der Menschenrechtsnormen dar. Das vorliegende Dokument soll diese Lücke schließen.

Ziel des Rahmenkonzepts

Die Sicherstellung der vollständigen Umsetzung von Menschenrechtsnormen und -politiken durch sexuelle und reproduktive Gesundheitsprogramme ist von grundlegender Bedeutung für die Gesundheit und Rechte. Das vorliegende Dokument bietet Leitlinien für die verschiedenen Dimensionen der Menschenrechte, die bei der rechthebasierten Bereitstellung von sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten mit besonderem Schwerpunkt auf Diensten und Informationen im Bereich der Empfängnisverhütung berücksichtigt werden müssen. Das Rahmenkonzept wendet international anerkannte Menschenrechtsnormen auf Aspekte der Gesundheitsversorgung an und zeigt exemplarisch, wie Rechtedimensionen geachtet, geschützt, und gewahrt werden müssen. Die Grundsätze und Normen sind unteilbar und müssen bei der Bewertung von Diensten als umfassendes Bündel begriffen werden. Als anschauliches Beispiel wenden wir das Rahmenkonzept im vorliegenden Fall auf die Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung an.

Methodik für die Entwicklung des Rahmenkonzepts

Die Menschenrechte sind in internationalen und regionalen Verträgen sowie in nationalen Verfassungen und Gesetzen garantiert. Zu diesen Rechten gehören das Recht auf Nichtdiskriminierung, das Recht auf Leben, Überleben und Entwicklung, das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie das Recht auf Bildung und Information (12). Maßgebliche internationale, regionale und nationale Menschenrechtsorgane haben diese Rechte auf ein breites Spektrum an Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit angewendet, darunter die Zugänglichkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung (siehe Anhang 1). Alle Rechte bedingen einander und sind unteilbar. (13, Artikel 5). Zum Beispiel kann das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, das den Zugang zu Gesundheitsdiensten und gesundheitsbezogenen Informationen einschließt, ohne die Förderung und den Schutz des Rechts auf Bildung und Information nicht verwirklicht werden. Denn um Gesundheitsprodukte und -leistungen nutzen zu können, muss man sie kennen (14).

Menschenrechtsnormen und -grundsätze wurden deshalb im vorliegenden Dokument berücksichtigt, weil sie direkt oder indirekt auf Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung anwendbar sind. Als direkt anwendbar gelten hier Normen, die sich speziell auf die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung beziehen; als indirekt anwendbar gelten Normen, die sich auf Hindernisse beziehen, wie zum Beispiel das Erfordernis der Zustimmung Dritter zur Inanspruchnahme von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit oder der Mangel an Sexualaufklärung – Aspekte, die sich auf den Zugang zu und die Nutzung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung auswirken.

Zu den Quellen der angewendeten Menschenrechtsnormen gehören internationale und regionale Menschenrechtsverträge, allgemeine Kommentare und Empfehlungen der Vertragsüberwachungsorgane der Vereinten Nationen, Entscheidungen internationaler und regionaler Gerichte sowie internationale und regionale Konsensdokumente. Diese zusätzlichen Quellen wurden allesamt in Verbindung mit bereits etablierten gesundheitssystembezogenen Normen sowie mit gesundheitsbezogener Evidenz betrachtet.

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



1. Nichtdiskriminierung

Der Menschenrechtsgrundsatz der Nichtdiskriminierung verpflichtet Staaten zur Sicherstellung der Ausübung der Menschenrechte ohne jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Meinung, nationaler oder sozialer Herkunft, Eigentum, Geburt oder einem sonstigen Status, wie zum Beispiel Behinderung, Alter, Zivil- und Familienstand, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, Gesundheitsstatus, Wohnort oder wirtschaftlicher und sozialer Lage (15).

Diskriminierung stellt eine ernste Bedrohung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG) vieler Menschen dar (16). Die rechtlichen oder sozialen Beschränkungen des Zugangs von Frauen und Mädchen zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung wirken sich auf deren Fähigkeit aus, Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und ihr Leben zu treffen. Diese Beschränkungen sind Ausdruck von Diskriminierung aufgrund von Geschlecht und tragen oft zu schlechter körperlicher und psychischer Gesundheit bei. Menschen, die in ländlichen Gebieten leben, haben möglicherweise nicht den gleichen Zugang zu SRG-Diensten wie städtische Bewohner und Bewohnerinnen; sie werden daher aufgrund ihres Wohnorts diskriminiert. Diskriminierung aufgrund von Alter oder einem sonstigen Status kann sich beispielsweise dadurch zeigen, dass Jugendlichen aufgrund ihres Alters Dienste von Familienplanungseinrichtungen verweigert werden und dass anderen Menschen Gesundheitsleistungen verwehrt werden, weil sie HIV-positiv sind. Manche Menschen erleiden Mehrfachdiskriminierungen, zum Beispiel aufgrund von Geschlecht, Rasse, sozioökonomischem oder gesundheitlichem Status (15).

Im Rahmen ihrer Menschenrechtsverpflichtungen müssen Staaten sich bemühen, alle Formen der Diskriminierung abzuschaffen und Gleichstellung zu fördern, indem sie den Zugang schutzbedürftiger Gruppen zu Informationen und Diensten gewährleisten (3). Alle Menschen haben das Recht, über die Anzahl ihrer Kinder und den zeitlichen Abstand der Geburten zu entscheiden, sowie das Recht, gleichberechtigt eine Familie zu gründen (17, Artikel 16[e]; 18). Staatliche Familienplanungspolitiken sollten weder diskriminierend noch obligatorisch sein (18). Gesetze, Vorschriften und Politiken, einschließlich solcher, die sich auf Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung beziehen, sollten diskriminierungsfrei sein und darauf abzielen, Stereotype und diskriminierende Haltungen, die zu Zwangspraktiken führen, abzuschaffen (3, 15, 17, 19–23).

2. Verfügbarkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Eine der Kernverpflichtungen eines Staates im Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit besteht in der Sicherstellung der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität von Diensten. Funktionierende (öffentliche) Gesundheitseinrichtungen, und funktionierende Gesundheitsprodukte, -dienste und -programme müssen in ausreichender Menge im Staat zur Verfügung stehen. Die Eigenschaften der Einrichtungen, Produkte und Dienstleistungen variieren in Abhängigkeit von vielen Faktoren, einschließlich des Entwicklungsstands des Staates. Sie müssen jedoch an den zugrunde liegenden gesundheitsbestimmenden Faktoren ansetzen, wie zum Beispiel der Bereitstellung von sauberem Trinkwasser, ausreichender Abwasserentsorgung, Krankenhäusern, Kliniken und anderen gesundheitsbezogenen Gebäuden sowie von geschultem medizinischem Personal und anderen Fachkräften, deren Gehälter national wettbewerbsfähig sein sollten. Im Rahmen dieser Kernverpflichtung sollten Staaten sicherstellen, dass die in den nationalen Rezeptur-Formularen aufgeführten Produkte auf der WHO-Liste der unentbehrlichen Arzneimittel basieren, die als Orientierungshilfe für die Arzneimittelbeschaffung und -versorgung im öffentlichen Sektor dient (11, 24). Die Kernliste der unentbehrlichen Arzneimittel enthält eine breite Palette von Empfängnisverhütungsmethoden, darunter auch die Notfallverhütung (24).



3. Zugänglichkeit von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Gemäß den internationalen Menschenrechtsnormen müssen Gesundheitseinrichtungen und -dienste allen Menschen ohne Diskriminierung zugänglich sein. Dazu gehören die physische und wirtschaftliche Zugänglichkeit sowie der Zugang zu Informationen (11, Paragraph 12[b]). Menschenrechtsorgane haben die Staaten aufgerufen, die Hindernisse zu beseitigen, mit denen Menschen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten konfrontiert sind, darunter hohe Gebühren für Dienstleistungen, das Erfordernis der vorherigen Zustimmung des Ehepartners, eines Elternteils/Vormunds oder der Krankenhausbehörden, die Entfernung zu Gesundheitseinrichtungen sowie das Fehlen bequemer und erschwinglicher öffentlicher Verkehrsmittel (3, Paragraph 21).

Um informierte Entscheidungen über Sexualität und Reproduktion treffen zu können, benötigen alle Menschen diskriminierungsfreien Zugang zu qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten und umfassenden Informationen über Sexualität und sexuelle und reproduktive Gesundheit, einschließlich Informationen über effektive Empfängnisverhütungsmethoden (11, Paragraph 11). Dies setzt Beratung zu SRG durch geschultes Personal voraus (3) sowie die Bereitstellung umfassender Sexualaufklärung, die sowohl in Schulen als auch außerschulisch angeboten werden sollte und evidenzbasiert, wissenschaftlich fundiert, gendersensibel, vorurteils- und diskriminierungsfrei und dem jeweiligen Reifegrad der jungen Menschen angepasst sein muss, um diese in die Lage zu versetzen, sich auf eine positive und verantwortungsvolle Art mit ihrer Sexualität auseinanderzusetzen (11, 25–26). Die schulische Sexualaufklärung sollte verpflichtend sein und routinemäßig auf verschiedenen Alters- und Bildungsstufen angeboten werden (27–30). Unzureichende schulische und außerschulische Beratungsinstrumente und -angebote, eingeschränkte oder gänzlich fehlende schulische oder außerschulische Sexualaufklärung und fehlende oder falsche Information über die Sicherheit und Wirksamkeit von Verhütungsmitteln (25) beeinträchtigen allesamt die Fähigkeit der Menschen, informierte Entscheidungen zu treffen.

Die Erfüllung von Menschenrechtsverpflichtungen setzt voraus, dass Gesundheitsprodukte, einschließlich Verhütungsmitteln, für alle physisch zugänglich und erschwinglich sind (11). Ziel der allgemeinen Gesundheitsversorgung ist es, sicherzustellen, dass alle Menschen die von ihnen benötigten Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen können, ohne dabei in eine finanzielle Notlage zu geraten (31). Dienste müssen für jedermann – auch für marginalisierte Bevölkerungsgruppen – in sicherer physischer Reichweite sein (11). Sie sollten erschwinglich sein, unabhängig davon, ob sie privat oder öffentlich bereitgestellt werden; ferner sollten ärmere Haushalte keine im Vergleich zu wohlhabenderen Haushalte unverhältnismäßig hohen Gesundheitsausgaben tragen müssen, einschließlich Ausgaben für Verhütungsmittel. Dies gilt sowohl für Länder mit niedrigem Einkommen als auch für Länder mit hohem Einkommen, in denen manche Bevölkerungsgruppen keinen Zugang zu diesen Diensten und Informationen haben (32). Es müssen daher Programme eingerichtet werden, um diese finanziellen Hindernisse anzugehen. Dazu gehören Krankenversicherungsregelungen und andere haushalts- und wirtschaftspolitische Maßnahmen, um Verhütungsmittel und andere Gesundheitsdienste erschwinglich zu machen (11, 3). Menschen mit Behinderungen müssen kostenlose oder erschwingliche sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung, einschließlich Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung, zur Verfügung gestellt werden (19).

In vielen Ländern haben Jugendliche keinen angemessenen Zugang zu den Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung, die sie benötigen, um ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu schützen (3, 33). Menschenrechtsorgane haben die Staaten aufgerufen, das Recht von Jugendlichen auf Privatsphäre und Vertraulichkeit strikt zu beachten, auch in Bezug auf Beratung in Gesundheitsfragen (21, 34, 35), und sicher-

zustellen, dass Jugendliche unterschiedlicher sozioökonomischer Herkunft Zugang zu jugendgerechter, vertraulicher Gesundheitsversorgung, einschließlich Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung, erhalten (11, 3, 36). Das Wohl von Jugendlichen¹ und deren sich entwickelnden Fähigkeiten² müssen systematisch berücksichtigt werden. Ferner sollten angemessene SRG-Dienste für sie verfügbar und zugänglich sein, ohne dass die elterliche oder vormundschaftliche Zustimmung gesetzlich vorgeschrieben oder entsprechend den staatlichen Politiken oder den örtlichen Gepflogenheiten unbedingt erforderlich ist (3, 34, 35, 37, 38).

In Krisenregionen mangelt es oft an Zugang zu SRG-Diensten, während die betroffenen Bevölkerungsgruppen zunehmend sexueller Gewalt ausgesetzt sind und daher einen besonderen Bedarf an diesen Diensten haben. Der Zugang zu Verhütungsmethoden, insbesondere zu Notfallverhütung, sowie zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen ist für den Schutz der Gesundheit von Frauen von wesentlicher Bedeutung (39).

Der Zugang von Frauen zu Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung kann dadurch gefährdet werden, dass sich Gesundheitsdienstleister aus Gewissensgründen weigern, Dienste bereitzustellen. Im Kontext von Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zeigt sich dies in der Regel in der Weigerung eines Gesundheitsdienstleiters, ein Rezept für Verhütungsmittel auszustellen, oder in der Weigerung eines

Apothekers oder einer Apothekerin, Verhütungsmittel, insbesondere Notfallverhütungsmittel, auszugeben oder zu verkaufen. Wenngleich die internationalen Menschenrechtsnormen das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit schützen, legen sie gleichzeitig fest, dass die Freiheit, die eigene Weltanschauung im beruflichen Bereich kundzutun, nicht absolut ist, sondern möglicherweise Einschränkungen unterliegt, die notwendig sind, um die Rechte anderer, einschließlich des Rechts auf Zugang zu Diensten im Bereich der reproduktiven Gesundheit, zu schützen (40, Artikel 18; 41). Menschenrechtsorgane haben die Staaten konsequent aufgefordert, die Praxis der Verweigerung aus Gewissensgründen im Kontext der Gesundheitsversorgung zu regeln, um sicherzustellen, dass die Gesundheit und Rechte von Patienten und Patientinnen nicht gefährdet sind (3, 42). Einige Menschenrechtsorgane haben die Frage der Verweigerung aus Gewissensgründen im Kontext der Bereitstellung von Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung explizit angesprochen und erklärt, dass in Fällen, in denen Frauen Verhütungsmittel nur über eine Apotheke beziehen können, Apotheker und Apothekerinnen nicht das Recht hätten, ihrer Weltanschauung den Vorrang zu geben und sie anderen Menschen als Rechtfertigung für ihre Verweigerung, solche Produkte zu verkaufen, aufzuzwingen (41).

1 Das Wohl des Kindes: Der Ausschuss für die Rechte des Kindes [beziehungsweise das Übereinkommen über die Rechte des Kindes] schreibt vor: "Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, das vorrangig zu berücksichtigen ist" (38, Artikel 3).

2 Sich entwickelnde Fähigkeiten des Kindes: Der Ausschuss für die Rechte des Kindes fordert, dass Kinder ihren entwickelnden Fähigkeiten entsprechend und ohne elterliche oder vormundschaftliche Zustimmung Zugang zu vertraulicher Beratung haben sollten, wenn die ...Fachkräfte, die mit dem Kind arbeiten, der Auffassung sind, dass dies zum Wohl des Kindes erforderlich ist. Der Ausschuss ruft die Staaten dazu auf, zu prüfen und in Erwägung zu ziehen, ob Kindern erlaubt werden könnten, in bestimmte medizinische Behandlungen und Eingriffe ohne die Zustimmung eines Elternteils, einer Betreuungsperson oder eines Vormunds einzuwilligen. Dazu gehören beispielsweise HIV-Tests und Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich Aufklärung und Beratung zum Thema sexuelle Gesundheit, Empfängnisverhütung und sicherer Schwangerschaftsabbruch (35, Paragraph 31).



4. Akzeptanz von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Alle Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienste müssen die medizinische Ethik sowie die Kultur von Individuen, Minderheiten, Völkern und Gemeinschaften achten, gendersensibel und sensibel gegenüber den Anforderungen des Lebenszyklus sein und so gestaltet, dass sie die Vertraulichkeit respektieren und den Gesundheitszustand der Betroffenen verbessern (11, Paragraph 12[c]). Staaten sollten die Genderperspektive in den Mittelpunkt aller Politiken, Programme und Dienste stellen, die sich auf die Gesundheit von Frauen auswirken; ferner sollten sie Frauen in die Planung, Umsetzung und Überwachung solcher Politiken, Programme und Dienste einbeziehen.

5. Qualität von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung

Die Verwirklichung der Menschenrechte setzt voraus, dass Gesundheitseinrichtungen, -produkte, und -dienste wissenschaftlich und medizinisch angemessen und von guter Qualität sind. Dies erfordert unter anderem medizinische Fachkräfte, wissenschaftlich anerkannte, nicht abgelaufene Arzneimittel und Krankenhausgeräte, sicheres Trinkwasser und ausreichende Abwasserentsorgung (11, Paragraph 12[d]).

Studien zeigen, dass bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung die Verwendung von Verhütungsmitteln dann höher ist, wenn Menschen das Gefühl haben, dass die Qualität der Versorgung, die sie erhalten, gut ist (6–9). Studien zeigen ferner, dass das Erreichen höherer Qualitätsstandards die Wirksamkeit der Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbessert und Menschen dazu ermutigt, sie zu nutzen (43, 44). Zu den Qualitätselementen der Versorgung gehören: eine breite Auswahl an Verhütungsmethoden; evidenzbasierte Informationen über die Wirksamkeit, die Risiken und den Nutzen verschiedener Methoden; fachlich kompetentes, geschultes Gesundheitspersonal; Anbieter-Nutzer-Beziehungen, die auf der Achtung informierter Entscheidungen, der Privatsphäre und der Vertraulichkeit beruhen; sowie ein angemessenes Gesamtangebot an Diensten an einer Stelle (einschließlich nachsorgender Betreuung) (45).



6. Informierte Entscheidungsfindung

Die Achtung der Würde und der körperlichen und psychischen Unversehrtheit eines Menschen beinhaltet auch, dass jedem die Chance gegeben wird, eigenständige Reproduktionsentscheidungen zu treffen (3, Paragraph 22; 17, Artikel 16; 19, Artikel 12 und 23). Der Grundsatz der Eigenständigkeit, der sich in der freien, umfassend informierten Entscheidungsfindung niederschlägt, ist ein zentrales Thema in der medizinischen Ethik und ist in den Menschenrechtsnormen verankert (46). Menschen sollten die Möglichkeit haben, sich für oder gegen Empfängnisverhütung zu entscheiden. Um eine informierte Entscheidung über sichere und zuverlässige Empfängnisverhütungsmaßnahmen treffen zu können, sollten umfassende Informationen, Beratung und Unterstützung allen Menschen zur Verfügung stehen, einschließlich Menschen mit Behinderungen, indigener Völker, ethnischer Minderheiten, Menschen, die mit HIV leben, sowie transsexueller und intersexueller Menschen (47).

Die Achtung der Eigenständigkeit bei der Entscheidungsfindung setzt voraus, dass die durch Gesundheitspersonal oder sonstiges Unterstützungspersonal bereitgestellten Beratungen und Informationen nicht-direktiv sind, damit Menschen die Möglichkeit haben, die Entscheidungen zu treffen, die für sie am besten sind. Menschen sollten die von ihnen bevorzugte Verhütungsmethode unter Berücksichtigung ihrer eigenen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse wählen können (48–50).

Menschen haben ein Anrecht auf umfassende, von angemessen geschultem Personal bereitgestellte Informationen. Um die vollständige, freie und informierte Entscheidungsfindung zu erleichtern, haben Gesundheitsdienstleister die Pflicht, klare, präzise Informationen in einer für die Klienten und Klientinnen verständlichen Sprache und unter Verwendung von leicht verständlichen Methoden zu vermitteln und angemessene, zwangsfreie Beratung bereitzustellen (3, Paragraph 11.3; 22, Paragraph 22; 51). Die Informationen, die den Menschen bereitgestellt werden, um sie in die Lage zu versetzen, informierte Entscheidungen über Empfängnisverhütung zu treffen, sollten die Vor- und Nachteile, den gesundheitlichen Nutzen sowie die gesundheitlichen Risiken und Nebenwirkungen hervorheben und einen Vergleich zwischen verschiedenen Verhütungsmethoden ermöglichen. Die Zensur, Zurückhaltung oder absichtliche Falschdarstellung von Informationen über Empfängnisverhütung kann sowohl die Gesundheit als auch grundlegende Menschenrechte gefährden (11). Klare Leitlinien über das Erfordernis der informierten Zustimmung sollten vorliegen (52).

7. Privatsphäre und Vertraulichkeit

Das Recht auf Privatsphäre bedeutet, dass Menschen keinen Eingriffen in ihre Privatsphäre ausgesetzt werden sollten und dass sie diesbezüglich gesetzlich geschützt sein sollten (40, Artikel 17). Im Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit entstehen viele sensible Fragen, die innerhalb der Familie oder der Gemeinschaft nicht breit diskutiert werden; Gesundheitsfachkräften werden oft sehr persönliche Informationen von ihren Patienten und Patientinnen anvertraut. Vertraulichkeit beinhaltet die Pflicht von Gesundheitsdienstleistern, die medizinischen Informationen, die sie von Patienten und Patientinnen erhalten, vertraulich zu behandeln und die Privatsphäre des Einzelnen zu schützen. Sie spielt bei Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit eine wichtige Rolle. Wenn Menschen das Gefühl haben, dass die Vertraulichkeit ihrer Daten und der Schutz ihrer Privatsphäre in Gesundheitsversorgungssettings nicht gewährleistet sind, entscheiden sie sich möglicherweise dagegen, solche Dienste in Anspruch zu nehmen (3, Paragraph 12[d]). Dadurch gefährden sie ihre eigene Gesundheit und möglicherweise die Gesundheit anderer. Dies ist oft der Fall bei schutzbedürftigen Gruppen, wie zum Beispiel Jugendlichen (21, Paragraph 20). Die Privatsphäre spielt auch beim Schutz der sexuellen und reproduktiven Rechte von Gruppen eine zentrale Rolle, die aufgrund ihrer Sexualität, ihrer sexuellen Identität oder ihrer sexuellen Praktiken stigmatisiert werden, zum Beispiel schwulen, lesbischen, bisexuellen, transsexuellen und intersexuellen Menschen sowie Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern.

Im Einklang mit Menschenrechtsverpflichtungen, und um die Gesundheit und Entwicklung aller Menschen zu fördern, werden die Staaten aufgefordert, das Recht auf Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre strikt zu achten, auch in Bezug auf Beratung zu Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (34, Paragraph 11). Gesundheitsdienstleister sind verpflichtet, medizinische Informationen – sowohl schriftliche Aufzeichnungen als auch mündliche Kommunikationen – vertraulich zu behandeln. Solche Informationen dürfen nur mit Zustimmung der Klienten und Klientinnen weitergegeben werden.

Das Recht auf Zugang zu Informationen, die die eigene Gesundheit betreffen, beinhaltet das Recht auf Zugang zu medizinischen Unterlagen. Alle Menschen haben das Recht zu wissen, welche Informationen über ihre eigene Gesundheit erhoben worden sind (52, Artikel 10). Wenn Menschen keinen Zugang zu ihren medizinischen Unterlagen haben, kann dies ihnen erschweren, Informationen über ihren Gesundheitsstatus zu bekommen, eine zweite Meinung einzuholen oder Nachsorge zu erhalten. Ferner kann es ihnen den Zugang zu Gerechtigkeit versperren (53).



8. Teilhabe

Es wurde anerkannt, dass die Teilhabe betroffener Bevölkerungsgruppen an allen Phasen der Entscheidungsfindung und der Umsetzung von Politiken, Programmen und Diensten eine Voraussetzung für nachhaltige Entwicklung sowie für das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ist (54, 55). Die Evidenz zeigt, dass Gesetze, Politiken und Programme den Bedarfen und Sichtweisen betroffener Bevölkerungsgruppen stärker Rechnung tragen, wenn Mitglieder dieser Bevölkerungsgruppen sich an deren Entwicklung beteiligen und so dazu beitragen, eine Verbesserung der Gesundheitsergebnisse und der Qualität der Gesundheitsversorgung zu erreichen (56, 57). Zum Beispiel gibt es Belege für einen Zusammenhang zwischen der Teilhabe von Frauen und verbesserten gesundheitlichen und gesundheitsbezogenen Ergebnissen (56). In Ländern, in denen die Teilhabe von Frauen an politischen Entscheidungsprozessen garantiert ist, ist eine Genderperspektive zumeist vollständiger in die öffentliche Politik integriert und das Gesundheitssystem ist stärker auf die Bedarfe von Frauen ausgerichtet (57).

Gemäß den internationalen Menschenrechtsnormen sind Staaten verpflichtet, die aktive, informierte Teilhabe von Menschen an sie betreffenden Entscheidungen, einschließlich Entscheidungen in Angelegenheiten, die ihre eigene Gesundheit betreffen, sicherzustellen (11, Paragraph 17). Das Aktionsprogramm der ICPD bekräftigt dieses Grundprinzip in Bezug auf die SRG und erklärt, dass die volle und gleichberechtigte Teilhabe von Frauen am zivilen, kulturellen, wirtschaftlichen, politischen und sozialen Leben auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene und die Beseitigung jeder Form der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts vorrangige Ziele der internationalen Gemeinschaft seien (58, Principle [Grundsatz] 4). Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) schreibt den Staaten ausdrücklich vor, sicherzustellen, dass Frauen ein Anrecht auf Vertretung bei und vollwertige Teilhabe an der Formulierung von öffentlicher Politik in allen Bereichen und auf allen Ebenen haben (59).

Die Bandbreite der Teilhabemöglichkeiten reicht von Kooperationen zwischen Gemeinschaften, um Strategien zur Umsetzung lokaler Prioritäten zu planen, über die Umsetzung von gemeindenahen Lösungen für SRG-Fragen bis hin zu sozialen Bewegungen, die sich für einen nationalen Politikwandel einsetzen. Teilhabe umfasst auch die aktive Mitwirkung von Individuen, Gemeinschaften oder gemeindenahen Organisationen an der Gestaltung, Durchführung, Verwaltung oder Evaluierung ihrer gemeindenahen Gesundheitsdienste oder -systeme, auch in Angelegenheiten, die ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit betreffen (56, 60).

Menschen sollten als aktiv Handelnde angesehen werden, die das Recht haben, an Entscheidungen teilzuhaben, die Auswirkungen auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit haben. Die Kriterien und Evidenz, die der Priorisierung von Maßnahmen zugrunde liegen, müssen transparent sein und einer öffentlich Überprüfung unterzogen werden. Um sinnvolle Teilhabe zu fördern, sollten Machtgefälle aufgrund von Lesekompetenz, Sprache, sozialem Status oder anderen Faktoren beseitigt werden, die dazu führen können, dass diejenigen, die am stärksten von Entscheidungen betroffen sind (zum Beispiel Frauen und Mädchen), ausgeschlossen werden (60).

9. Rechenschaftspflicht

Die Rechenschaftspflicht leitet Staaten bei der Anpassung ihrer rechtlichen, politischen und programmatischen Rahmenbedingungen und Praktiken an internationale Menschenrechtsnormen an (61). Die Einführung wirksamer Mechanismen der Rechenschaftspflicht ist von wesentlicher Bedeutung, um sicherzustellen, dass die Handlungsmächtigkeit und Entscheidungen von Akteuren geachtet, geschützt und gewahrt werden. Wirksame Rechenschaftspflicht setzt voraus, dass Individuen, Familien und Gruppen, einschließlich Frauen aus schutzbedürftigen oder marginalisierten Bevölkerungsgruppen, ihre Rechte im Hinblick auf SRG kennen, und sie ermöglicht es ihnen, diese Rechte einzufordern (60).

Gemäß den internationalen Menschenrechtsnormen sind Staaten verpflichtet, sicherzustellen, dass wirksame Mechanismen der Rechenschaftspflicht, einschließlich Überwachungs- und Evaluationsmechanismen, sowie wirksame Abhilfeverfahren bestehen. Sie sind außerdem verpflichtet, die Teilhabe eines breiten Spektrums von Akteuren an der Entwicklung und Umsetzung von Gesetzen, Politiken und Programmen sicherzustellen (3, 55).

Die wirksame Überwachung der Gesundheitsversorgung erfordert ein funktionierendes Informationssystem für Gesundheitsmanagement und ein funktionierendes Einwohnermeldesystem sowie die Verfügbarkeit aufgeschlüsselter Daten. Eine starke Kapazität zur Erhebung von Daten über die Gesundheit von Frauen ist in allen Ländern unerlässlich, um festzustellen, wo Investitionen schwerpunktmäßig getätigt werden sollten und ob Fortschritte erzielt werden (62). Innerhalb eines Menschenrechtsrahmens erfordert die Überwachung der Gesundheitsversorgung den Einsatz einer Reihe von Indikatoren, die nicht alle quantitativ sind oder einen direkten Bezug zum Gesundheitssektor haben (63). Soweit dies möglich ist, ist es unerlässlich, die Informationen nach Geschlecht, Alter, Wohnort (Stadt/Land), Ethnie, Bildungsstand, Vermögensquintil und geographischer Region aufzuschlüsseln, um Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung sicherzustellen und eine Grundlage für den Schutz benachteiligter und marginalisierter Gruppen zu schaffen (62). Alle Opfer von Menschenrechtsverletzungen haben ein Anrecht auf wirksame Beschwerde sowie auf Schadensersatz.

Es gibt verschiedene Formen der Abhilfe, darunter Wiedergutmachung (d.h. die Wiederherstellung des Zustands, der bestand, bevor die Rechtsverletzung erfolgte); Rehabilitation (d.h. medizinische oder psychologische Betreuung, soziale Dienste oder Rechtsdienstleistungen); Entschädigung (d.h. die Leistung einer Zahlung für alle finanziell abschätzbaren Schäden); Genugtuung (d.h. die Anerkennung der Rechtsverletzung, eine Entschuldigung usw.); Garantien der Nicht-Wiederholung (d.h. Rechtsvorschriften, organisatorische Verbesserungen usw.) (15). Einige dieser Maßnahmen dienen in erster Linie dazu, den individuellen Opfern von Rechtsverletzungen zu helfen; andere richten sich eher an die allgemeine Bevölkerung, um den proaktiven Schutz ihrer Rechte zu erleichtern. Je nach Situation kann die vollständige Wiedergutmachung für eine Rechtsverletzung eine Kombination dieser Maßnahmen erfordern (11, 64–66). In allen Fällen sollten Abhilfen zugänglich, erschwinglich, zeitgerecht und wirksam sein. Dies erfordert eine angemessene Finanzierung, Kapazität und Mandate (60).

Die Rechenschaftspflicht wird mittels unterschiedlicher Prozesse und Institutionen erreicht, die von Land zu Land variieren und sowohl nationale als auch internationale Mechanismen und vielerlei Formen der Überprüfung und Aufsicht umfassen können, einschließlich administrativer, sozialer, politischer und rechtlicher Formen. Zu diesen Prozessen und Institutionen gehören beispielsweise Gerichte, nationale Menschenrechtseinrichtungen, berufsspezifische Disziplinarverfahren, Länderberichterstattungsprozesse von internationalen und regionalen Menschenrechtsorganen und individuelle Beschwerde-mechanismen. Zivilgesellschaftliche Teilhabe an der Entwicklung und Überwachung von Gesetzen und Politiken, einschließlich Haushaltsplänen und der Verwendung öffentlicher Gelder, ist ein wichtiger Bestandteil der Rechenschaftspflicht (60).

Es ist in erster Linie die Verpflichtung des Staates, die Menschenrechte im Hinblick auf die Bereitstellung von Informationen und Dienste im Bereich der Empfängnisverhütung zu achten, zu schützen und zu wahren. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass Geberländer neben ihren Verpflichtungen, das Recht auf verhütungsbezogene Informationen und Diensten in ihrem eigenen Land sicherzustellen, auch die Pflicht haben, die Menschenrechte durch internationale Hilfe und Zusammenarbeit zu schützen und zu fördern. Gleiches gilt auch für andere Entwicklungspartner (60, 67).



Literatur

1. WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Goal 5: Improve maternal health. In: Millennium Development Goals and Beyond 2015 [website]. United Nations; 2013 (<http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml> abgerufen am 3. Oktober 2013).
3. General recommendation No. 24 (20th session): Article 12 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) – women and health. In: Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Fifty-fourth session of the General Assembly, Supplement No. 38 (Chapter I). New York (NY): United Nations; 1999 (A/54/38/Rev.1, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports/21report.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
4. Potts E. Accountability and the right to the highest standard of health. Colchester: University of Essex Human Rights Centre; 2008
5. International technical guidelines on sexuality education. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2009.
6. Koenig MA. The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2003.
7. Arends-Kuenning M, Kessy FL. The impact of demand factors, quality of care and access to facilities on contraceptive use in Tanzania. *J Biosoc Sci.* 2007;39:1–26.
8. RamaRao S, Lacuest M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plan Perspect.* 2003;29(2):76–83.
9. Sanogo D, RamaRao S, Johnes H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health.* 2003;7:57–73.
10. Cottingham J, Kismodi E, Martin-Hilber A, Lincetto O, Stahlhofer M, Gruskin S. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. *Bull World Health Organ.* 2010;88:551–5.
11. General comment No. 14 (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 22nd session): The right to the highest attainable standard of health – Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). Geneva: United Nations Economic and Social Council; 2000 (E/C.12/2000/4, <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
12. What are human rights? In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. United Nations; 2013 (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatAreHumanRights.aspx>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
13. Vienna Declaration and Programme of Action. Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993, (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/vienna.aspx>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
14. Cottingham J, Germain A, Hunt P. Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *Lancet.* 2012;380(9837): 172–80.
15. General comment No. 20 (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 42nd session): Non-discrimination in economic, social and cultural rights – Article 2, paragraph 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). Geneva: United Nations Economic and Social Council; 2009 (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/434/05/PDF/G0943405.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
16. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt. Commission on Human Rights, 60th session. New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2004, Paragraph 33 (E/CN.4/2004/49, <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/%28Symbol%29/E.CN.4.2004.49.En>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
17. United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). New York (NY): United Nations General Assembly; 1979 (A/47/38, 1249 UNTS 14).
18. General comment No. 19: Protection of the family, the right to marriage and equality of the spouses. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 1990 (HRI/GEN/1/Rev.6 at 149).
19. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York (NY): United Nations General Assembly; 2006 (A/RES/61/106, 2515 UNTS 3).
20. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). New York (NY): United Nations General Assembly; 1966 (A/6316, 993 UNTS 3).
21. General comment No. 3 (32nd session): HIV/AIDS and the rights of the child. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2003 (CRC/GC/2003/3).
22. General recommendation No. 21 (13th session): Equality in marriage and family relations. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); 1994 (A/47/38).
23. General recommendation No. 19 (11th session): Violence against women. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); 1992, Article 16, Paragraph 22.
24. WHO model list of essential medicines. 17th list. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
25. Report of the United Nations Special Rapporteur on the right to education. New York (NY): United Nations General Assembly; 2010 (A/65/162, <http://www.right-to-education.org/sites/r2e.gn.apc.org/files/SR%20Education%20Report-Human%20Right%20to%20Sexual%20Education.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
26. International technical guidelines on sexuality education. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2009, S. 19–22.
27. *Interights v. Croatia*. European Committee on Social Rights. Council of Europe; 2009, Paragraphs 45, 47.
28. Concluding comments (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 36th session): Republic of Moldova. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2006, Paragraph 31 (CEDAW/C/MDA/CO/3, <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/CEDAW.C.MDA.CO.3.En>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
29. Concluding observations (Committee on the Rights of the Child, 41st session): Trinidad and Tobago. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2006, Paragraph 54 (CRC/C/TTO/CO/2, <http://www.crin.org/docs/T&T%20concluding%20observations.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).

30. Concluding observations (Committee on the Rights of the Child, 37th session): Antigua and Barbuda. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2004, Paragraph 54 (CRC/C/15/Add.247).
31. Universal health coverage: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/universal_health_coverage/en/, abgerufen am 3. Oktober 2013).
32. Singh S, Darroch JE. Adding it up: costs and benefits of contraceptive services – estimates for 2012. New York (NY): Guttmacher Institute and United Nations Population Fund; 2012, p. 4 (<http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
33. Investing in our future: a framework for acceleration action for the sexual and reproductive health of young people. Geneva: World Health Organization with United Nations Population Fund (UNFPA) and United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2006.
34. General comment No. 4 (33rd session): Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2003 (CRC/GC/2003/4, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/427/24/PDF/G0342724.pdf>, abgerufen am 8. Oktober 2013).
35. General comment No. 15 (62nd session): The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Article 24). New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2013 (CREC/C/GC/15, www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC/CRC-C-GC-15_en.doc, abgerufen am 8. Oktober 2013).
36. Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
37. Hodgkin R, Newell P. Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child, 3rd edition. Geneva: United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2007 (http://www.unicef.org/publications/files/Implementation_Handbook_for_the_Convention_on_the_Rights_of_the_Child_Part_1_of_3.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
38. Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (<https://www.bmfsfj.de/blob/93140/8c9831a3ff3ebf49a0d0fb42a8efd001/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> abgerufen am 26. November 2017) [United Nations Convention on the Rights of the Child (CRC). New York (NY): United Nations General Assembly; 1989 (Resolution 44/25)].
39. Integrating sexual and reproductive health into health emergency and disaster risk management. Policy brief. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/SRH_HERM_Policy_brief_A4.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
40. International Covenant on Civil and Political Rights (CCPR). Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 1966 (Inkrafttreten 1976).
41. Pichon and Sajous v. France, Application No. 49853/99. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2001.
42. RR v. Poland, Application No. 217617/04. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2011, Paragraph 206.
43. Jain AK, Ramarao S, Kim J, Costello M. Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines. *J Biosoc Sci*, Cambridge University Press. 2012;44(01):27–41.
44. Darroch JE, Singh S. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008 and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2013;381(9879):1756–1762.
45. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann*. 1990;21:61–91.
46. Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York (NY): Oxford University Press; 1986.
47. Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
48. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Geneva and Baltimore: World Health Organization Department of Reproductive Health and Research and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs, Knowledge for Health Project; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
49. Desjardins M. The sexualized body of the child, parents and the politics of ‘voluntary’ sterilization of people labelled intellectually disabled. In: McRuer R, Mollow A, editors. *Sex and disability*. Durham (NC): Duke University Press; 2012.
50. Guidelines on ethical issues in the management of severely disabled women with gynecological problems. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2011.
51. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur, Anand Grover. New York (NY): United Nations General Assembly; 2009 (A/64/272, <http://www.refworld.org/pdfid/4aa762e30.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
52. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo: Council of Europe; 1997.
53. KH and others v. Slovakia, Application No. 32881/04. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2009, Paragraph 65.
54. Investing in development. A practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York (NY): United Nations Development Programme (UNDP); 2005.
55. United Nations Secretary-General. Global strategy for women’s and children’s health. New York (NY): The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2010 (http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_global_strategy_wch/en/, abgerufen am 3. Oktober 2013).
56. Ferguson L, Halliday E. Participation and human rights: impact on women’s and children’s health. What does the literature tell us? In: *Women’s and children’s health: evidence of impact of human rights*. Geneva: World Health Organization; 2013.
57. Potts H. Participation and the right to the highest attainable standard of health. Colchester: University of Essex Human Rights Centre; 2008.



58. Programme of Action of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5–13 September 1994). In: Report of the International Conference on Population and Development. New York (NY), United Nations, 1994 (A/CONF.171/13, <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
59. General recommendation No. 23 (16th session): Article 7 – political and public life. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); 1997.
60. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Human Rights Council (20th session). Geneva: United Nations General Assembly; 2012 (A/HRC/21/22, http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_en.pdf, abgerufen am 3. Oktober 2013).
61. Commission on Information and Accountability for Women’s and Children’s Health. Translating recommendations into action. First progress report on implementation of recommendations: November 2011–June 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/woman_child_accountability/about/first_partner_progress_report_COIA_recommendations/en/index1.html, abgerufen am 3. Oktober 2013).
62. Commission on Information and Accountability for Women’s and Children’s Health. Keeping promises, measuring results. Geneva: World Health Organization; 2011.
63. International Human Rights Instruments. Report on indicators for promoting and monitoring the implementation of human rights. Geneva: United Nations; 2008 (HRI/MC/2008/3, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/423/62/PDF/G0842362.pdf>, abgerufen am 3. Oktober 2013).
64. Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law. General Assembly resolution 60/147, 16 December 2005.
65. General comment No. 31 (Human Rights Committee, 80th session): The nature of the general legal obligation imposed on States Parties to the Covenant [International Covenant on Civil and Political Rights]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2004, Paragraph 15 (CCPR/C/21/Re v.1/Add.13, <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/58f5d4646e861359c1256ff600533f5f>, abgerufen am 8. Oktober 2013).
66. Commentary of the International Law Commission to Article 34 of the Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts, Paragraph 2. Official Records of the Fifty-sixth session of the General Assembly, 2001, Supplement No. 10 (A/56/10).
67. Bueno de Mesquita J, Hunt P. International assistance and cooperation in sexual and reproductive health: a human rights responsibility for donors. Colchester: University of Essex Human Rights Centre; 2008.

Anhang 1. Internationale Menschenrechte, die für Informationen und Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Relevanz sind

Quellenangaben, Seite 24

Menschenrecht	Empfehlungen an Staaten
Das Recht auf eine freiwillige Eheschließung sowie auf Gleichberechtigung in der Ehe	<p>Stellen Sie das Recht sicher, einen Ehepartner/eine Ehepartnerin frei zu wählen und eine Ehe nur aus freien Stücken einzugehen¹.</p> <p>Schaffen Sie alle Erfordernisse der Zustimmung des Ehegatten zum Zugang zu Familienplanungsdiensten ab².</p>
Das Recht auf Bildung	<p>Familienplanungsdienste sollten innerhalb von umfassenden Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit angesiedelt sein und auch Sexualaufklärung, einschließlich Beratung, umfassen³.</p> <p>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, Zugang zu den Informationen, der Aufklärung und den Mitteln zu erhalten, die sie benötigen, um diese Rechte ausüben zu können⁴.</p> <p>Stellen Sie den Zugang zu speziellen Aufklärungsinformationen bereit, einschließlich Informationen und Beratung zur Familienplanung, um dazu beitragen, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Familien sicherzustellen⁵.</p>
Das Recht auf Gleichheit und Nichtdiskriminierung	<p>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, sicherzustellen⁶.</p> <p>Staaten sollten alle angemessenen Maßnahmen ergreifen zur Beseitigung der Diskriminierung von benachteiligten Frauen im Hinblick auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung, einschließlich Informationen, Beratung und Diensten im Bereich der Familienplanung⁷.</p> <p>Staaten sollten über die Maßnahmen berichten, die sie ergriffen haben, um die 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 Verkehrsmittel⁸.</p> <p>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 wird⁹.</p> <p>Die gleichberechtigte Beteiligung von Frauen und Männern an allen Verantwortungsbereichen im Haushalt, einschließlich Familienplanung, sollte von Regierungen gefördert und ermutigt werden¹⁰.</p>



Anhang 1. Internationale Menschenrechte, die für Informationen und Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Relevanz sind

Quellenangaben, Seite 24

Menschenrecht	Empfehlungen an Staaten
Das Recht auf Gesundheit	<p>Entwickeln Sie Programme, die Zugang zu Informationen und Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für Jugendliche bereitstellen, und setzen Sie sie um¹¹.</p> <p>Sichern Sie die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität von Informationen und Diensten im Bereich der Familienplanung¹².</p> <p>Stellen Sie sicher, dass Familienplanungsprogramme zugängliche, umfassende und präzise 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 Krankheiten¹³.</p> <p>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 marginalisiertesten Bevölkerungsgruppen¹⁴.</p>
Das Recht auf Information und freie Meinungsäußerung	<p>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 können¹⁵.</p> <p>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 jeder Form der Diskriminierung der Frau] festgelegt ist¹⁶.</p>
Das Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person	<p>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 Familienplanung¹⁷.</p> <p>Stellen Sie sicher, dass keine Person unrechtmäßigen Angriffen auf ihre Ehre und ihr Ansehen aufgrund von Entscheidungen bezüglich der Familienplanung ausgesetzt wird¹⁸.</p>
Das Recht auf Leben	<p>Stellen Sie die Verhütung ungewollter Schwangerschaften durch Familienplanung und Sexualaufklärung sicher und reduzieren Sie die Müttersterblichkeit durch sichere Mutterschaftsdienste und vorgeburtliche Hilfe¹⁹.</p>
Das Recht, nicht der Folter oder einer anderen grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung oder Strafe unterworfen zu werden	<p>Stellen Sie sicher, dass Maßnahmen ergriffen werden, um die Ausübung von Zwang im Zusammenhang mit Fruchtbarkeit und Fortpflanzung zu verhindern²⁰.</p> <p>Gewährleisten Sie das Recht, Entscheidungen bezüglich der Fortpflanzung, einschließlich Familienplanung, ohne Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu treffen, so wie es in Menschenrechtsdokumenten festgelegt ist²¹.</p>

Anhang 1. Internationale Menschenrechte, die für Informationen und Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Relevanz sind

Quellenangaben, Seite 24

Menschenrecht	Empfehlungen an Staaten
<p>Das Recht, sich an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten zu beteiligen sowie das Recht auf freie, aktive und sinnvolle Teilhabe</p>	<p>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 müssen Frauen in die Leitung, die Planung, den Entscheidungsprozess, das Management, die Umsetzung, die Organisation und die Evaluierung von Diensten einbeziehen²².</p> <p>Stellen Sie sicher, dass besondere Anstrengungen unternommen werden, um die Mitverantwortung der Männer hervorzuheben und deren aktive Beteiligung an verantwortungsvoller Elternschaft, verantwortungsvollem sexuellem und reproduktivem Verhalten, einschließlich Familienplanung, zu fördern²³.</p>
<p>Das Recht auf Privatsphäre</p>	<p>Stellen Sie sicher, dass die Zugänglichkeit von Informationen das Recht auf vertrauliche Behandlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten, einschließlich Informationen bezüglich der Familienplanung, nicht verletzt²⁴.</p> <p>Stellen Sie sicher, dass alle Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienste, einschließlich Familienplanung, so gestaltet sind, dass sie die Vertraulichkeit der Betroffenen achten und deren Gesundheitszustand verbessern²⁵.</p> <p>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 und reproduktiven Gesundheit umfasst²⁶.</p>
<p>Das Recht des Einzelnen, über die Anzahl seiner Kinder und die Geburtenabstände zu entscheiden</p>	<p>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 wahrzunehmen²⁷.</p> <p>Stellen Sie sicher, dass keine Zwangssterilisierungen oder -abtreibungen im Rahmen der Familienplanung stattfinden, da diese 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 entscheiden²⁸.</p> <p>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 wird²⁹.</p>
<p>Das Recht, frei zu sein von Praktiken, die Frauen und Mädchen schaden</p>	<p>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 schützen³⁰.</p>



Anhang 1. Internationale Menschenrechte, die für Informationen und Dienste im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Relevanz sind

Quellenangaben, Seite 25

Menschenrecht	Empfehlungen an Staaten
Das Recht, frei von Gewalt zu sein	<p>Staaten sollten angemessene und wirksame Maßnahmen ergreifen, um alle Formen geschlechtsspezifischer Gewalt, einschließlich sexueller Gewalt und aller anderen Formen der Gewalt im Zusammenhang mit Familienplanung, zu überwinden³¹.</p> <p>Stellen Sie sicher, dass Rechtsvorschriften erlassen und wirksam durchgesetzt werden und dass Politiken, einschließlich Protokollen im Bereich der Gesundheitsversorgung und Familienplanungsprogramme, formuliert werden, um Gewalt gegen Frauen und den Missbrauch von weiblichen Kindern zu bekämpfen und angemessene Gesundheitsdienste bereitzustellen³².</p> <p>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 vorenthalten³³.</p>

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.
18. Siehe Quelle 17.
19. CEDAW General recommendations 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)



