

Traditionelle Werte und problematische Gesundheitspolitik: Einige Aspekte zu den Ursachen der Müttersterblichkeit in Kirgistan

Gruber, Evi-Kornelia; Werling, Esther; Kolfenbach, Meike

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gruber, E.-K., Werling, E., & Kolfenbach, M. (2014). Traditionelle Werte und problematische Gesundheitspolitik: Einige Aspekte zu den Ursachen der Müttersterblichkeit in Kirgistan. *Zentralasien-Analysen*, 82, 2-6. <https://doi.org/10.31205/ZA.082.01>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Traditionelle Werte und problematische Gesundheitspolitik: Einige Aspekte zu den Ursachen der Müttersterblichkeit in Kirgistan

Von Evi-Kornelia Gruber, Esther Werling und Meike Kolfenbach, Bischkek

Zusammenfassung

In Kirgistan ist die Müttersterblichkeit trotz internationaler Unterstützung nach wie vor hoch und das Land ist weit von der Erreichung des MDG 5 entfernt. Dabei sind die Bedingungen für Müttergesundheit auch in Bischkek bekannt, sie umfassen z. B. Aufklärung und Zugang zu modernen Verhütungsmitteln genauso wie kompetente medizinische Geburtsvorbereitung, -betreuung und -nachsorge. Orientiert am Musterbeispiel Estland sehen die Autorinnen insbesondere in der besseren Ausbildung von Hebammen und einer starken Interessenvertretung einen wichtigen Ansatz, um auch in Kirgistan das Geburtsrisiko zu senken.

Historisch betrachtet sind die postsowjetischen Länder eine der wenigen Regionen der Erde, in der die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung nach Überwindung der sogenannten »Armutskrankheiten« (Infektions- und Mangelkrankungen) noch einmal deutlich – um bis zu acht Jahre – gesunken ist. Während diese »Mortalitätskrise« in den neunziger Jahren dem wirtschaftlichen und sozialen Zerfall nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion geschuldet war, sind in jüngeren Jahren die stagnierenden Fortschritte in der Senkung der Müttersterblichkeit besorgniserregend.

Seit der Ratifizierung der UNDP Millennium Development Goals (MDGs, Millenniumsentwicklungsziele) im September 2000 hat Kirgistan, v. a. mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderer internationaler Organisationen, umfangreiche Programme zur Förderung der Mutter- und Kindergesundheit entwickelt. Obwohl das MDG 5 – die Reduktion der Müttersterblichkeit um 75 % zwischen 1990 und 2015 – in der kirgisischen Gesundheitspolitik hohe Priorität hat, ist das Land weit von der Erreichung dieses Ziels entfernt. Dafür sind sowohl Mängel bei gesundheitspolitischen Entscheidungen und im Management sowie fehlende multisektorale und interdisziplinäre Koordination verantwortlich, als auch das Fortbestehen traditioneller Werte und Rollenvorstellungen, die die Rechte der Frauen auf selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit beschneiden.

Müttersterblichkeit in Kirgistan

Die WHO definiert Müttersterblichkeit als den Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder bis 42 Tage nach Schwangerschaftsende, ausgenommen Todesfälle, deren Ursachen nicht auf Schwangerschaft oder Geburt zurückzuführen sind (z. B. Unfälle). Internationale Bezugsgröße ist die Anzahl der direkten und indirekten mütterlichen Sterbefälle pro 100.000 Lebendgeborenen. In Kirgistan liegt der Wert derzeit bei 75 (Stand 2012) – ein nur leichter Rückgang gegenüber

dem Ausgangswert von 85 im Jahr 1990. Trotz intensiver Bemühungen um eine Senkung der Müttersterblichkeit ist die Reduktion in den vergangenen 23 Jahren mit 0,5 % jährlich eher gering. Das MDG 5 wird in Kirgistan somit nicht erreicht werden.

Direkte mütterliche Sterbefälle sind solche, die als Folge von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett auftreten, also als Folge von Unterlassungen, unsachgemäßer Behandlungen oder auch als Folge einer Kausalkette, die von einem dieser Zustände ausgeht. In Kirgistan sind ca. 80 % der Todesfälle bei Schwangeren auf direkte Ursachen zurückzuführen; vor allem Blutungen nach der Geburt, Schwangerschaftserkrankungen im Zusammenhang mit Bluthochdruck, Infektionen und Folgen eines lange andauernden Geburtsstillstands.

Indirekt bedingte Sterbefälle ergeben sich aus bereits vorher bestehenden Krankheiten oder solchen, die sich während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett entwickelt oder durch physiologische Auswirkungen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verschlechtert haben. In Kirgistan sind Tuberkulose, Lungenentzündung, Hepatitis, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie HIV und AIDS als indirekte Todesursachen für etwa 20 % der Fälle von Müttersterblichkeit verantwortlich. Die Statistiken zeigen jedoch, dass der Anteil der indirekten Ursachen an der Sterblichkeitsrate seit 2006 zunimmt. Dabei gibt es einen Zusammenhang mit der sich verschlechternden wirtschaftlichen Lage im Land, von der vor allem vulnerable Bevölkerungsgruppen (arme Familien, Migranten, Minderjährige) betroffen sind.

Das Paradox

Effektive Interventionen, um Komplikationen und damit Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu vermeiden, sind dem Gesundheitspersonal und dem Gesundheitsministerium in Kirgistan lange bekannt. Moderne Verhütungsmethoden und sichere Abtreibungen können uner-

wünschte Schwangerschaften und Todesfälle infolge gefährlicher Abtreibungspraktiken verhindern. Während Geburtsvorbereitungskurse Frauen und werdende Eltern auf Schwangerschaft, Geburt und das Leben mit Kind vorbereiten und auch Wissen zu Angeboten des Gesundheitssystems vermitteln, dient Schwangerenvorsorge dazu, werdende Mütter über schwangerschaftsbedingte Risiken aufzuklären, Komplikationen im Vorfeld zu erkennen und eine gute Versorgung Risikoschwangerer sicherzustellen. Geburtshilfliche Notfallversorgung und Bluttransfusionen müssen in ausreichendem Umfang vorhanden sein, um bei lebensbedrohlichen Komplikationen rechtzeitig eine höhere Versorgungstufe gewährleisten zu können. Und schließlich ist eine nachgeburtliche Betreuung notwendig, um Gesundheit und Wohlbefinden der jungen Mütter und ihrer Neugeborenen zu überwachen und postnatale Sterbefälle zu verhindern.

Außerdem braucht es eine professionelle Geburtshilfe mit qualifizierten, fachkundigen und einfühlsamen Hebammen, die gebärende Frauen, Neugeborene und ihre Familien über den Betreuungszeitraum von der Familienplanung, über Schwangerschaft und Geburt bis zum Wochenbett begleiten.

Das jüngste kirgisische Gesundheitsprogramm »Den Sooluk« (Gesundheit) definiert Richtung und Schwerpunkte der staatlichen Politik für die Jahre 2012–2016. Mütter- und Neugeborenen-gesundheit ist einer von vier dort genannten inhaltlichen Schwerpunkten. Dort wird festgestellt, dass, während die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren leicht gesunken ist (und Kirgistan somit das MDG 4 zu erreichen scheint), die Müttersterblichkeit nach wie vor hoch ist. Beides wird auf die oft unzureichende medizinische Betreuung während der Schwangerschaft, Geburt und bei der nachgeburtlichen Versorgung zurückgeführt. Daher wird der Fokus zum einen auf die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung gelegt, zum anderen soll der Wissensstand von Frauen und ihren Familienangehörigen über die Gesundheit von Müttern und moderne Methoden der Familienplanung verbessert werden.

Traditionen, Geschlechterrollen und scheiternde Gesundheitspolitik

Durch den wachsenden Einfluss konservativer islamischer Wertvorstellungen in Kirgistan in den letzten beiden Jahren werden gerade im ländlichen Raum die Rechte der Frauen auf selbstbestimmte Familienplanung und körperliche Gesundheit de facto beschnitten. Die im nationalen Gesundheitsprogramm sowie in zahlreichen Strategien und Projekten mit internationalen Gebern definierten Ziele zur Mutter-Kindgesundheit haben diese Entwicklung bislang kaum berücksichtigt.

Vor allem die ärmere, ländliche Bevölkerung ist wenig über ihre reproduktiven Rechte, über moderne Methoden der Familienplanung sowie Schwangerschaftsphysiologie und -risiken aufgeklärt. Der Zugang zu modernen Verhütungsmethoden bleibt nach wie vor begrenzt und hohe Abtreibungsraten zeugen von wenig Verhandlungsspielraum der Frauen gegenüber ihren Partnern. Schwangere Frauen verrichten oft bis kurz vor der Geburt schwere körperliche Arbeit, sind häufig unterernährt und anämisch. Meist liegt die Entscheidung über Familienplanung neben den Männern vor allem bei den Schwiegermüttern – häufig mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der (werdenden) Mütter.

Die Daten der letzten Jahre zeigen eine deutliche Reduktion der Sterblichkeitsraten in Kliniken auf Gebietsebene (von 36,6 in 2010 auf 27,7 in 2011) im Vergleich zu denen auf Bezirksebene, d. h. die meisten Todesfälle ereignen sich neben dem nationalen Mutter-Kind-Zentrum in Bishkek, das fast ausschließlich Risikogeburten betreut, in Krankenhäusern im ländlichen Raum, wo die Betreuung nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Etwa 50 % des gesamten kirgisischen Gesundheitspersonals ist in den größeren Städten beschäftigt, in den Kliniken abgelegener, ländlicher Regionen besteht ein akuter Mangel an gut ausgebildeten Gynäkologen, Geburtshelfern, Anästhesisten, Hebammen und Neonatologen. Das Beispiel des Bezirks Ton im Süden des Issyk Kul verdeutlicht die fast ausweglose Situation, in der sich die Geburtskliniken befinden: Allein im Jahr 2012 sind aus Ton 27 Ärzte nach Kasachstan ausgewandert, um dort ein besseres Einkommen zu erzielen. Unter ihnen befanden sich der einzige Anästhesist des Krankenhauses und mehrere Gynäkologen, die nur teilweise über bereits pensionierte Ärzte ersetzt werden konnten. Außerdem ist die Versorgungskontinuität von Mädchen und Frauen im reproduktiven Alter, die sich von der Adoleszenz, über Familienplanung, Geburt, postnatale Phase und frühe Kindheit des Neugeborenen erstreckt, sehr schwach, wie auch zu selten auf die höhere Versorgungsebene überwiesen wird.

All diese Probleme zeigen eine funktionale Schwäche des Gesundheitssystems und verhindern damit eine effektive Gesundheitsversorgung von Müttern und Kindern.

Geburtshilfe auf wackligen Füßen

Die internationale Erfahrung zeigt, dass für gute Geburtshilfe u. a. ein gut aufgestelltes Hebammenwesen entscheidend ist. Dieses beruht auf einer fundierten und qualifizierten Ausbildung, der staatlichen Regulierung der Hebammentätigkeit und der Organisation der Hebammen in Berufsverbänden. In Kirgistan bestehen trotz einiger Fortschritte in den letzten Jahren in allen drei Bereichen noch erhebliche Mängel.

Der Hebammenverband wurde erst 2011 gegründet und widmet sich vorrangig der professionellen Entwicklung und der Beratung seiner Mitglieder bezüglich der Qualitätsstandards in der Schwangeren- und Neugeborenenbetreuung sowie in Fällen, in denen Mitglieder wegen des Verdachts beruflicher Verfehlung angeklagt werden. Eine fachlich-beratende Funktion nimmt der Verband jedoch nicht wahr. Ministerien und politische Entscheidungsträger erkennen den jungen Verband nicht als gleichberechtigten Dialog- und Verhandlungspartner an. Die finanziellen Mittel sind knapp, die Mitglieder zahlen derzeit noch keinen Mitgliedsbeitrag und es gibt kaum einen autonomen Handlungsraum.

Die Hebammenausbildung ist vollkommen veraltet. Sie leidet unter dem Fehlen von Standards und geeigneten Lehrmitteln (z. B. Lehrbücher, Simulationsgeräte), sehr geringen Praxisanteilen und mangelnder berufsspezifischer und pädagogischer Qualifikation der Lehrkräfte. So müssen kirgisische Hebammenschülerinnen während ihrer Ausbildung beispielsweise lediglich fünf Geburten betreuen, um ihre Berufsqualifikation zu erhalten. (Auf internationaler Ebene sind mindestens 40 Geburten vorgeschrieben). Diese Mängel beeinträchtigen sowohl die praktischen Fertigkeiten der Hebammen als auch die Wahrnehmung ihrer Kompetenzen innerhalb der klinischen Teams. Der Mangel an qualifizierten Lehrhebammen (meist unterrichteten Ärzte und Krankenschwestern) verstärkt die ohnehin problematische Tendenz der ärztedominierten Hebammenausbildung und die Kluft zwischen Ausbildung und Praxis.

Es fehlt zudem eine gesetzliche Basis, welche die Geburtshilfe als autonomen Beruf anerkennt, eine Lizenzierung für Hebammen und ein verifiziertes Hebammenregister. Die schwache Regulierung der Geburtshilfe als berufliche Disziplin schränkt nicht nur die professionelle Autonomie der Hebammen ein. Sie gefährdet auch den Schutz und die Gesundheit von Frauen und Familien, da nicht sichergestellt werden kann, dass Frauen und Neugeborene professionell und mit hoher Qualität kompetent betreut werden. Hebammen spielen sowohl in der Schwangerenvorsorge als auch nach dem Wochenbett weiterhin eine untergeordnete Rolle.

Diese Schwächen beeinflussen und verstärken sich gegenseitig: Die mangelhafte Ausbildung und Regulierung schwächen Fürspracherecht und Einflussnahme der Hebammen auf die politische Ebene, die wiederum ungenügende Weichen für geburtshilfliche Ausbildung und Praxis stellt.

Erfolgsfaktoren im internationalen Vergleich

In den Ländern, die das MDG 5 bereits erreicht haben, lässt sich ein Erfolgsmuster erkennen. Sie haben drei wesentliche Bereiche in Angriff genommen: Erstens

haben sie systematisch mehrere Sektoren eingebunden. Global gesehen ist etwa die Hälfte der Reduktionen der Mütter- und Kindersterblichkeit seit 1990 auf Investitionen im Gesundheitswesen zurückzuführen – die andere Hälfte wurde durch Investitionen in anderen Bereichen (wie zum Beispiel im Ernährungsbereich oder in der sozialen Sicherung) erzielt. Zweitens mobilisieren diese Länder strategische Partner in Gesellschaft und Öffentlichkeit und nutzen die Gesundheitsstatistiken, um politische Entscheidungen voran zu bringen. Außerdem berücksichtigen sie flexible Planungsansätze, unmittelbare Bedürfnisse der Bevölkerung, langfristige Visionen und wechselnde Anforderungen, mit denen das Gesundheitssystem konfrontiert ist. Und drittens entwickeln diese Länder Leitprinzipien, die Fortschritte lenken, Aktivitäten abstimmen und erwünschte Ergebnisse formulieren. Vor allem aber muss es ein starkes politisches Engagement im Bereich Mutter- und Kindgesundheit und Unterstützung seitens der Regierung geben.

Das beste Beispiel ist Estland, das bei der Erreichung des MDG 5 international an erster Stelle steht. Die Müttersterblichkeitsrate ist von 48 im Jahr 1990 auf 2 im Jahr 2010 gesunken. Voraussetzung für diesen Erfolg war ein grundlegender Umbau des Gesundheitssystems, Dezentralisierung, Einführung einer Krankenversicherung sowie die Reform des Krankenhauswesens. Bereits in den späten achtziger Jahren fanden grundlegende Veränderungen im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit statt, verbunden mit der Einführung von Basisgesundheitsdiensten durch Familienärzte. Die Berufsverbände der Gynäkologen, Hebammen und Krankenschwestern nahmen eine wichtige Rolle beim Umbau des Gesundheitssystems ein. Es wurden Leitlinien entwickelt, z. B. werden Risikoschwangerschaften und -geburten zeitnah auf die höchste Versorgungsebene überwiesen. Die Krankenversicherung übernimmt bei nicht berufstätigen Müttern zu 100 % die Kosten der Geburt, der Vor- und Nachsorge und deckt bei berufstätigen Frauen bis zu vier Monate den Mutterschaftsurlaub ab. Geburtskliniken bieten baby- und mütterfreundliche Dienste an und die Beteiligung der werdenden Väter an der Geburtsvorbereitung und bei der Geburt spielt eine große Rolle. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die zentrale Rolle der Hebammen bei der Betreuung der Schwangeren, bei und nach der Geburt gelegt und die Rolle der Hebammen als eigener Berufsstand wurde gestärkt. Zudem wurde ein Geburtsregister aufgebaut und gleich Anfang der neunziger Jahre die WHO Richtlinien zu Safe Motherhood flächendeckend eingeführt.

Was kirgisische Hebammen leisten können

Die professionelle Betreuung von Frauen im gebärfähigen Alter, von Neugeborenen und Familien über das

gesamte Kontinuum von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, postnataler Phase und der Neugeborenen in den ersten Lebenswochen kann am besten durch Hebammen geleistet werden.

Würden die kirgisischen Hebammen durch entsprechende Rahmenbedingungen (zum Beispiel die Reform der Hebammenausbildung) unterstützt, so könnten sie ihrer gesundheitlichen und gesellschaftsrelevanten Rolle besser gerecht werden und zur Reduktion der Mütter- und Kindersterblichkeit mehr beitragen: Sie könnten die biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Prozesse der Reproduktion und der frühen Familienphase zum Positiven beeinflussen. Sie könnten Komplikationen zeitnah erkennen, vorbeugen und gegebenenfalls auffangen, andere Versorgungsebenen zu Rate ziehen und Patienten rechtzeitig überweisen. Sie würden die individuellen Umstände der Frauen respektieren und sie und ihre Partner in deren Fähigkeit stärken, für sich und ihre Familien zu sorgen. Und sie könnten durch ihren Verband das gesellschaftliche und politische Bewusstsein für die Bedeutung einer professionellen Betreuung der physischen und psychosozialen Gesundheit von Müttern und Kleinkindern, die sozio-ökonomische Situation der Familien und letztendlich des Landes stärken.

Durch ihre wichtige Rolle im gesamten »Betreuungsbogen« und im Rahmen einer respektvollen Betreuung, die individuell auf die Bedürfnisse von Frauen eingeht und in die Gemeinden integriert ist, könnten sie den traditionellen Erwartungen an die Frau mit ihnen und ihren Partnern gemeinsam begegnen. Durch die Stärkung ihrer Rolle im politischen Leben könnten sie außerdem über Lobbyarbeit zur Gleichberechtigung der Geschlechter beitragen. So würden sie die tatsächliche Umsetzung der Rechte auf selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit und weitere im nationalen Gesundheitsprogramm proklamierte Ziele voranbringen.

Perspektiven

Die Qualität der Gesundheitsversorgung für gebärfähige Frauen in Kirgistan kann massiv durch die Verbesserung der Hebammenausbildung, die Stärkung des Profils der Geburtshilfe als eigenständige Disziplin und die Stärkung des Hebammenverbands profitieren. Für das kirgisische Hebammenwesen sind die Steigerung der Praxisanteile in der Ausbildung und die Stärkung der berufsbegleitenden und praxisbezogenen Fort- und Weiterbildung die effektivsten Strategien. So könnten Heb-

ammen kompetenter und selbstbewusster in den Beruf einsteigen und sich besser in ihren Teams etablieren.

Durch zielorientierte Regulierung der Geburtshilfe könnten gut ausgebildete, kompetente, motivierte und lizenzierte Hebammen effektiv in das Gesundheitssystem und ihre interdisziplinären Teams aus Gynäkologen, Geburtshelfern, Neonatologen, Anästhesisten und Pflegekräften integriert und so die Versorgungsqualität verbessert und damit die Müttersterblichkeit gesenkt werden.

Um systematische Verbesserungen zu erreichen, Investitionen effektiv zu koordinieren und das politische Engagement von vielen Seiten zu sichern, sind langfristige und zielgerichtete Bemühungen notwendig. Daher braucht es auch einen starken Hebammenverband, der sich politisch und gesellschaftlich für diese Ziele einsetzen kann. Wegweisend ist hier neben der Einführung der WHO-Standards zu Safe Motherhood die WHO Initiative »Making Pregnancy Safer (MPS)« unter der das Instrument »Beyond The Numbers« (BTN) entwickelt wurde. Dieses untersucht mit zwei verschiedenen Methoden jeden einzelnen mütterlichen Todesfall, um künftig ähnliche tragische Fälle zu vermeiden, statt nur mit Strafen zu drohen. Diese Maßnahmen konnten in Kirgistan mit Unterstützung von UNFPA, GIZ, UNICEF und WHO implementiert werden. Außerdem unterstützen diese Organisationen den kirgisischen Hebammenverband auf vielfältige Weise, z. B. bei der Förderung der Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern in den Geburtskliniken und Sozialarbeitern, der Qualifizierung von Hebammen in geburtshilflicher Notfallversorgung sowie der Erarbeitung von nationalen Standards für die Hebammenausbildung. Die Förderung von Netzwerken, sowohl mit dem ICM (Internationaler Hebammendachverband) als auch zwischen den Hebammenverbänden in Zentralasien und Europa, ist seit 2012 ein besonderes Ziel der deutschen Technischen Zusammenarbeit. Die Kooperation mit dem kirgisischen Gesundheits- und Sozialministerium, den UN-Organisationen sowie dem ICM ist dabei von großer Bedeutung.

Im Laufe der letzten zehn Jahre hat sich viel getan, der Vergleich mit Estland zeigt jedoch, dass noch viel Raum für Verbesserungen besteht und auch weit über die für die MDGs festgelegte Frist von 2015 hinaus das Engagement eines starken Hebammenwesens unabdingbar ist.

Informationen über die Autorinnen und Lesetipps finden Sie auf der nächsten Seite.

Über die Autorinnen:

Evi-Kornelia Gruber ist Sozialökonomin und Mediendesignerin und seit 2012 Leiterin des GIZ-Regionalprogramms »Gesundheit in Zentralasien«.

Esther Werling hat an der Karlsruhochschule in Karlsruhe Internationales Tourismusmanagement studiert und den MSc in »Population and Development« an der London School of Economics and Political Science erworben.

Meike Koltenbach, staatl. geprüfte Hebamme und Pflegepädagogin, ist seit Mai 2014 im GIZ Regionalprogramm »Gesundheit in Zentralasien« tätig. Davor war sie über 14 Jahre lang Leiterin einer Hebammenschule in Süddeutschland.

Lesetipps:

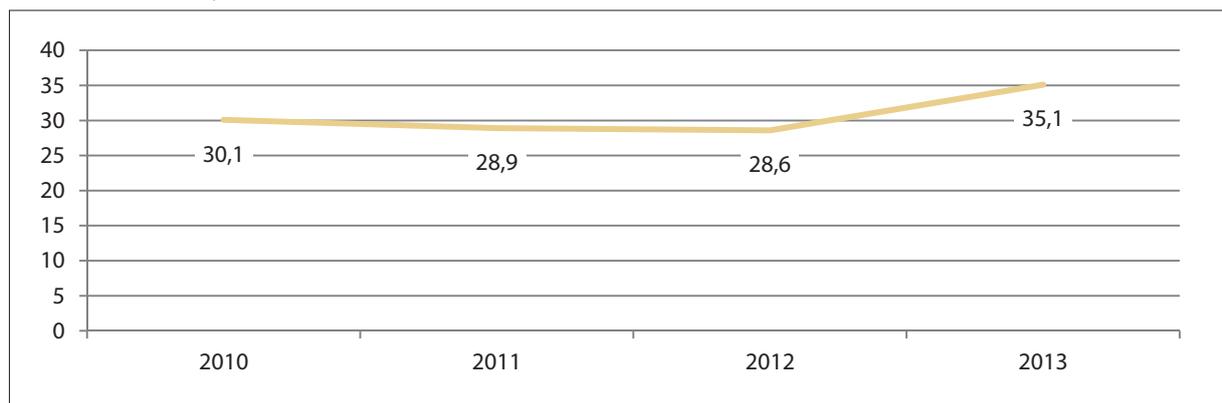
- Asyl Osmonaliyeva, Kyrgyzstan improves maternal and children's health. The state-run Den Sooluk programme has made the effort a priority, Central Asia Online, 22.8.2014, = <http://centralasiaonline.com/en_GB/articles/caii/features/main/2014/08/22/feature-01>
- Kyrgyzstan: Abortion Believed to be Most Common Form of Birth Control, EurasiaNet Blog, 24.11.2012, = <<http://www.eurasianet.org/node/66218>>
- Aigul Azimova, Nazgul Abazbekova, Frauen retten Leben, E+Z, 26.7.2011, = <<http://www.dandc.eu/de/article/die-harten-arbeitsbedingungen-von-frauen-zentralasiatischen-gesundheitswesen>>

Die Analysen und Meinungen in diesem Artikel spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung und offizielle Politik der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH wider.

TABELLEN UND GRAFIKEN ZUM TEXT

Daten zur Kinder- und Müttergesundheit in Kirgistan

Grafik 1: Anteil von Frauen im reproduktiven Alter, die Verhütungsmittel nutzen (2010–2013, in %)



Quelle: National Health Information Centre KR, National Statistical Committee