

„Müttersterblichkeit“ und Reproduktive Rechte

Beispiel Kenia

Im September 2000 verabschiedeten führende PolitikerInnen aus 189 Ländern auf einem Gipfeltreffen der Vereinten Nationen in New York die so genannte Millenniumserklärung. Hiermit hat sich die Weltgemeinschaft unter anderem dazu verpflichtet, bis 2015 die so genannte Müttersterblichkeit^a um 75 Prozent gegenüber dem Stand von 1990 zu senken und universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheitsfürsorge sicherzustellen.

Im Jahre 2010, fünf Jahre vor Ablauf der Frist, wurde Zwischenbilanz gezogen. Noch immer sterben weltweit jährlich bis zu einer halben Million Frauen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Geburt, 99 Prozent von ihnen leben im globalen Süden.¹ Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt sind für junge Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren in Entwicklungsländern inzwischen die häufigste Todesursache.

Im Jahr 2010 stellt UN-Generalsekretär Ban Ki-moon fest: *"Today, maternal mortality is the slowest moving target of all the Millennium Development Goals – and that is an outrage."* Bei der Verbesserung der Müttergesundheit (Ziel 5) wurden im Vergleich zu den anderen Entwicklungszielen weltweit die geringsten Fortschritte erzielt.

Weit gefehlt

Kenia ist eines der Länder, in denen sich die Situation für Frauen sogar verschlechtert hat. Hier starben laut einer Erhebung aus dem Jahr 1989 jährlich 380 Frauen (bezogen auf 100.000 Geburten) aufgrund irgendeiner Komplikation im Laufe von Schwangerschaft und Geburt. Diese „Müttersterblichkeitsrate“ stieg auf 414 in 2003 und laut Weltgesundheitsorganisation bis 2008 auf 530 Sterbefälle an². In zwei Stadtteilen von Nairobi lag diese Rate sogar bei 706 Sterbefällen (World Bank 2009). Die Müttersterblichkeit stieg von 1990 bis 2008 um 38 Prozent an.

Das Risiko, an einer Komplikation im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt zu sterben, trifft in Deutschland eine von 11.100 Frauen, in Kenia eine von 38 Frauen. (WHO 2010)

Warum hat sich die Situation verschlechtert, obwohl es aus medizinischer Sicht einfach und wenig aufwändig ist, die zum Tode führenden Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt erfolgreich zu behandeln?

^a Gemeint sind Sterbefälle von Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Der Begriff „Müttersterblichkeit“ fixiert Frauen auf eine Rolle als Mutter, unabhängig davon, ob sich Frauen bereits zu Beginn einer Schwangerschaft als Mutter begreifen oder nicht.

Programme, die darauf zielen, die Müttersterblichkeit zu reduzieren, konzentrieren sich meist auf wenige Strategien. Der Zugang zu reproduktiver Gesundheitsfürsorge durch kostenlose Vorsorgeuntersuchungen oder die Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln und der Zugang zu Informationen sowie die Ausbildung von Gesundheitspersonal stehen in der Regel im Vordergrund.

Die gesellschaftlichen Ursachen für die hohe Müttersterblichkeit beschränken sich jedoch nicht auf schlecht ausgerüstete und zu wenige medizinische Einrichtungen, fehlende Medikamente und einen Mangel an ausgebildetem Personal oder angemessenen Verhütungsmethoden. All diese Aspekte sind notwendig und müssen ausgebaut werden, mit ihnen allein ist die „Müttersterblichkeit“ aber nicht zu bewältigen.

Tatsächlich bleiben die gesellschaftlichen Ursachen für die hohe Müttersterblichkeit meist unangetastet. Dazu gehört ein Verständnis für den Zusammenhang zwischen dem Tod von Frauen infolge von Schwangerschaft und Geburt mit den Geschlechterrollen und der daraus resultierenden Verletzung des Rechtes auf reproduktive Gesundheit und sexuelle Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen.³ Das Zusammenwirken von geschlechtsspezifischer Diskriminierung, sozialer Ungleichheit und ökonomischer Unsicherheit erhöht das Risiko unerwünschter Schwangerschaften und verhindert häufig, dass eine angemessene medizinische Betreuung wahrgenommen werden kann – selbst dann, wenn sie angeboten wird.

Exkurs: Reproduktive Gesundheit als Faktor wirtschaftlicher Interessen heute und damals

Reproduktive Gesundheit war immer auch Gegenstand bevölkerungspolitischer Interessen, meist in Form einer Kontrolle der Fruchtbarkeit. Viele Jahre lang wurde Kenia (als eines der Länder mit einer der höchsten Bevölkerungswachstumsraten weltweit) angehalten, Programme durchzuführen, die dieses Wachstum einschränken. In den 1980er Jahren setzte der ehemalige Präsident Daniel arap Moi Programme Internationaler Hilfsorganisationen um, die darauf zielten, Verhütungsmaßnahmen durchzusetzen und so die „Fertilitätsraten“ zu senken. Tatsächlich nahm die Zahl der Kinder pro Frau von über 8 auf 5 Kinder ab. Dies wird zwar gerne als Erfolg dargestellt, angesichts der hohen Müttersterblichkeit und auch Säuglingssterblichkeit kann von Erfolg nicht die Rede sein: Der Tod von Frauen und Säuglingen geht in die Statistik über reduziertes Bevölkerungswachstum positiv ein. Zudem wird bei dem engen Blick auf die Kontrolle der Fruchtbarkeit von Frauen die Verletzung ihrer reproduktiven Rechte ausgeblendet. Im Wesentlichen wurden die reproduktiven Rechte von Frauen in der Praxis auf die Auswahl weniger, oftmals gar gesundheitsschädlicher Verhütungsmethoden reduziert. Dahinter stand das Paradigma, Entwicklung werde durch ein schnelles Wachstum der Bevölkerung gehemmt und Armut sei die zwangsweise Folge.

Nicht die Rechte von Frauen standen dabei im Mittelpunkt, sondern entwicklungspolitische und wirtschaftliche Interessen. Das hat Tradition. Bereits zur Kolonialzeit wurden ökonomische Interessen auf dem Körper von Frauen ausgetragen. So ernannte 1955 die damalige Kolonialverwaltung die East African Royal Commission (EARC) und beauftragte sie, sich mit dem damals geringen Wachstum der Bevölkerung zu befassen. EARC kam in einem Bericht zu dem Schluss, dass ein schnelleres Wachstum der Bevölkerung der ökonomischen Entwicklung der Kolonie zugute käme. Besonders hinderlich für die Entwicklung der Kolonie erschien seit Beginn des 20. Jahrhunderts die lokal verbreitete Praxis der Abtreibung. Im Zuge der Missionierung fiel es der Kolonialverwaltung in den 1920er bis 1930er Jahren leicht, ihr ökonomisches Interesse daran, Abreibungen zu unterbinden, als humanitäres Projekt zu legitimieren: Abreibungen wurden als archaische Praxis und Teufelswerk verdammt und von Kolonialoffizieren, die sich als Lebensschützer gaben, als größere Bedrohung einer gesunden Entwicklung der Wirtschaft angesehen als die Genitalverstümmelung⁴. Die damalige Frauenrechtsbewegung in Europa bestätigte die Kolonialoffiziere darin, Abreibungen als Unrecht gegen Frauen zu betrachten.

Müttersterblichkeit als Folge ungleicher Geschlechterverhältnisse

Selbst wo Verhütungsmittel verfügbar sind, ist ihre Verwendung weithin tabuisiert. Dazu tragen nicht nur patriarchale Vorstellungen, sondern auch **religiöser Konservatismus** bei. So empfehlen kirchliche Familienplanungsstellen höchstens die traditionelle Kalendermethode, Kondome sind hier in aller Regel nicht erhältlich. Die Tabuisierung von **unerwünschter Kinderlosigkeit** und ehelicher wie außerehelicher Gewalt seitens der Kirche sowie die weit verbreitete Verurteilung von Frauen, die über Abtreibung nachdenken, tragen zur Stigmatisierung von Frauen bei. Viele fürchten, aus der Kirchengemeinde ausgestoßen zu werden, die in ländlichen Regionen oft ein wichtiger Ankerpunkt sozialer Sicherheit ist. Die **Nichtakzeptanz von Verhütung** erhöht das Risiko von Frauen, insbesondere junger Frauen, an Folgen von Geburt oder Schwangerschaft zu sterben.⁵

Die gesellschaftliche Akzeptanz von Frauen wird weithin an ihre Rolle als Mutter geknüpft, was einen offenen Umgang mit Familienplanung und Verhütung erschwert und Männer von vorne herein ausnimmt. Darüber beklagen sich sehr viele Frauen. Kinderlose Frauen werden oft stigmatisiert, **Unfruchtbarkeit** ist für Frauen daher mit gesellschaftlicher Ausgrenzung verbunden. Ebenso schmerzlich ist für viele die Diskriminierung, wenn sie außerhalb einer Ehe Kinder haben. Während alleinerziehende Mütter als gesellschaftliches Problem wahrgenommen werden, fallen Männer, die außerhalb einer Ehe Kinder zeugen, nicht in diese Kategorie.

Eine Sterilisation, die von vielen älteren Frauen als Ausweg betrachtet und häufig nach einer Geburt vorgenommen wird, erfordert in vielen Fällen die Einverständniserklärung eines Mannes (was dann besonders schwierig ist, wenn es keinen Ehemann gibt). Eine Durchtrennung der Eileiter wird in rund 65 Prozent aller Einrichtungen auch dann angeboten, wenn keine anderen Verhütungsmittel erhältlich sind⁶. Nur zwei Prozent dieser Einrichtungen bieten eine Vasektomie (Durchtrennung der Samenleiter) an. Dieses Verhältnis spiegelt wieder, wie einseitig Frauen mit der Frage von Verhütung konfrontiert werden und Männer sich aus der Verantwortung herausnehmen.

Die **wirtschaftliche Abhängigkeit** von ihrem Partner oder anderen meist männlichen Familienangehörigen hindern Frauen häufig daran, eine selbstbestimmte Sexualität zu leben. Die Verflechtung von Diskriminierungen aufgrund von Alter, sozialer Stellung, Bildung, Geschlecht und die sozialen und ökonomischen Ungleichheiten führen zu vielen frühen und unerwünschten Schwangerschaften, zugleich steigt das **Risiko** für Frauen und Mädchen mit **Geschlechtskrankheiten** infiziert zu werden, darunter HIV/Aids.

Geschlechtsspezifische und auch sexualisierte Gewalt sind ein weiterer Grund, der zu unerwünschten Schwangerschaften und Komplikationen führt. Frühe Schwangerschaften aufgrund früher Verheiratung und Zwangsehen führen dazu, das Mädchen ein wesentlich höheres Risiko einer HIV-Infizierung haben als Jungen im gleichen Alter. In ihrem Schattenbericht 2009 an das UN Komitee zur Abschaffung aller Formen von Gewalt gegen Frauen berichtet The Federation of Women Lawyers (FIDA Kenya) von den Ergebnissen einer Studie, wonach 33 Prozent der jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, die verheiratet sind, mit HIV infiziert waren. Gleichaltrige, sexuell aktive aber unverheiratete Frauen waren zu 22 Prozent infiziert.⁷

Im Jahr 2005 wurden 2.867 Fälle von Vergewaltigungen bei der Polizei gemeldet, während allein in den staatlichen Krankenhäusern rund 16.000 Fälle jährlich registriert werden.

Gewalt gegenüber Frauen ist gesetzlich streng verboten – gleichzeitig ist eine verbreitete gesellschaftliche Akzeptanz verschiedener Gewaltformen wirkungsmächtig. Laut einer Studie von Action Aid aus dem Jahr 2011 halten es drei von zehn Lehrern für falsch, Kollegen zu kündigen, die eine sexuelle Beziehung mit ihren Schülerinnen haben.

Häusliche Gewalt, auch innerhalb der Ehe, ist strafbar – und dennoch weit verbreitet. FIDA Kenya machte in einem Bericht an das Komitee für ökonomische, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) auf den Zusammenhang zwischen nicht zugestandenem **Landrechten** und häuslicher Gewalt aufmerksam⁸. Wenn Frauen ihre Anteile am ehelichen Vermögen verwehrt werden, sind sie ökonomisch extrem abhängig, worunter u.a. auch die Gesundheit leidet. Viele können sich aus gewaltsam geführten Ehen aufgrund ökonomischer Zwänge nicht befreien. Auch nach dem Versterben des Ehemannes wird der Frau oft ihr Erbe verwehrt. Immer wieder kommt es vor, dass Frauen gegen ihren Willen an einen Bruder ihres Mannes weitergereicht werden. Viele Frauen finden nicht die Möglichkeit, vor Gericht zu klagen, oder werden nach einer Klage gesellschaftlich diskriminiert. Somit verhindern Willkür und ökonomische Abhängigkeit, vor Gewaltsituationen und Vergewaltigungen zu fliehen.

Inzwischen sind nach dem neuen **Ehegesetz** von 2010 Frauen gleichermaßen am ehelichen Vermögen beteiligt (Rente, Land, Guthaben, Kinder). Sie können somit Landtitel erben oder Ansprüche geltend machen, die ihnen zuvor nach einer Scheidung oder beim Versterben des Ehegatten verloren gingen. Auch haben sie gleiche Rechte in Bezug auf die leiblichen Kinder. Damit wurden langjährige Forderungen nach Geschlechtergerechtigkeit gesetzlich verankert. Gelebte Praxis ist dies noch nicht.

Rund 20 Prozent der Schwangerschaften in Kenia sind nicht gewollt, weitere 25 Prozent sind zu einem späteren Zeitpunkt gewünscht.

„Politics of the Womb“

Hier genannt wurden nur einige Aspekte gesellschaftlicher Diskriminierung, die als Rädchen im Ursachenkomplex für die hohe Müttersterblichkeit wirken. So führen – bei einer teilweise geringen Akzeptanz von Verhütungsmitteln bei Männern – viele von Gewalt und Diskriminierung gekennzeichnete Lebenssituationen zu ungewollten Schwangerschaften. Hinzu kommt ein sehr restriktives Abtreibungsgesetz, das legale und sichere Abtreibungen effektiv verhindert.⁹ Laut dem Strafgesetzbuch kann eine versuchte oder durchgeführte Abtreibung mit bis zu sieben Jahren Haft bestraft werden. Dies gilt auch für alle, die Hilfe zur Abtreibung leisten.

Eine nationale Studie von 2004 stellt fest, dass in Kenia jährlich rund 300.000 Abtreibungen durchgeführt werden, die meisten unter unsicheren Bedingungen. 2.600 Frauen sterben jährlich an den Folgen, während rund 20.000 Frauen mit Komplikationen aufgrund unsicherer Abtreibungen in Krankenhäuser eingeliefert werden¹⁰.

In Kenia gibt es jährlich 7.900 registrierte Fälle von Müttersterblichkeit. (WHO 2010)

Mehr als 40 Prozent dieser Frauen sterben an den Folgen einer unsicheren Abtreibung.

Das Gesundheitspersonal ist unzureichend ausgebildet, wenn es um die Nachsorge einer Abtreibung geht. Berichtet wird auch, dass ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen immer wieder zögern, da großes Misstrauen herrscht, und Frauen mit Komplikationen nach einer Abtreibung Schwierigkeiten haben, angemessen und zeitig behandelt zu werden. Auf die Kosten der Nachbehandlungen von Abtreibungen entfällt der weitaus größte Teil der Krankenhausbudgets.

Im Jahr 2009 stellt der Nationale Rat für Menschenrechte in Kenia fest: „Die Kriminalisierung der Abtreibung, sexuelle und geschlechterspezifische Gewalt gegen Frauen, Armut, Patriarchat und religiöser Konservatismus wirken zusammen und verhindern gemeinsam die Verwirklichung der reproduktiven Gesundheitsrechte.“

Gesetzliche Neuaufgabe

Anbetracht dieser Situation wird gerne verkannt, dass Frauen in Kenia trotz Diskriminierung und den vergleichsweise geringen Chancen auf Bildung, soziale Sicherheit und Gesundheit, ihre Rechte und ihre Würde und die anderer Frauen verteidigen, Diskriminierungen verurteilen, sich vernetzen und unterstützen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihre reproduktiven Rechte einfordern. Dieser Prozess vollzieht sich täglich im Mikrokosmos des privaten Lebens ebenso wie in öffentlichen Auseinandersetzungen. Ein Ergebnis der langjährigen Kämpfe um Anerkennung der Reproduktiven Rechte wurde 2008 von The Federation of Women Lawyers (FIDA Kenya) und der Coalition on Violence against Women (COWAV) vorgelegt: ein Gesetzesentwurf, der die reproduktiven Rechte in Kenia garantieren sollte.

Der Entwurf (Draft Reproductive Health and Rights Bill)¹¹ hätte ungeschützten Geschlechtsverkehr gegen den Willen der Beteiligten als Vergewaltigung deklariert und Abtreibungen weitgehend legalisiert, denn es waren weitreichende ökonomische und gesundheitliche Indikationen vorgesehen. Ebenso sollte sich strafbar machen, wer sich weigert, abtreibungswillige Frauen an entsprechende Einrichtungen zu verweisen. Diese gesetzlichen Sicherheiten für Frauen sind nun wieder in weite Ferne gerückt. Im Zuge der Formulierung einer Neuen Verfassung 2009/2010 wurde das Draft Reproductive Health and Rights Bill über Reproduktive Gesundheit wieder fallen gelassen. Zudem fand es von Parlamentariern keine Unterstützung, da es weithin als ein Gesetz zur Legalisierung von Abtreibung interpretiert wurde.

Mit der Neuen Verfassung, die im August 2010 in einem Referendum angenommen wurde, ist nun erneut ein äußerst restriktives Abtreibungsgesetz wirksam: Laut Paragraf 26 der New Constitution of Kenya¹² beginnt das Leben mit der Befruchtung, so wie es die Kirche verlangt. Eine Abtreibung ist nur erlaubt, wenn laut ärztlichem Attest das Leben der Mutter gefährdet ist. Dieses kleine allerletzte Zugeständnis war für einige Politiker und Kirchenoberhäupter Grund genug, gegen die Verfassung zu mobilisieren, und die Gefahr einer Legalisierung der Abtreibung heraufzubeschwören.

Mit der medienfüllenden und kontroversen Debatte um den Abtreibungsparagrafen im Jahr 2010 wurden Frauen immer wieder aufs Neue stigmatisiert und die Gründe, warum sich mindestens 300.000 Frauen jährlich für eine unsichere Abtreibung entscheiden, von KirchenvertreterInnen und politischen Populisten nicht thematisiert. So wie die Kolonialoffiziere in den frühen 1920er Jahren, gemeinsam mit Missionskirchen und lokalen Männervereinen, über die Abtreibung als illegale und archaische Praxis befanden, so trugen Kirchen und Politiker nun ihre Machtinteressen im Zuge der Neuen Verfassungsgebung erneut auf dem Körper der Frauen aus – sie werden bezahlen, viele mit ihrem Leben.

Chance verspielt

Das Center for Reproductive Health Rights (New York) geht davon aus, dass eine Legalisierung der Abtreibung und ein Zugang zu sicheren Abtreibungen die „Müttersterblichkeit“ effektiv und kurzfristig verringern kann. Darüber hinaus ist eine offene Diskussion über geschlechterspezifische Formen von Diskriminierung und Gewalt, von Ausgrenzung, ökonomischen Zwängen und Stigmatisierungen unbedingte Voraussetzung, um gesellschaftliche Macht- und Geschlechterverhältnisse zu verändern, um reproduktive Rechte auf Gesundheit zu gewährleisten und zu verhindern, dass Frauen sterben, weil sie (ungewollt) schwanger werden¹³.

Der Fokus auf eine bessere medizinische Versorgung zur Reduzierung der „Müttersterblichkeit“ oder der Verteilung von Verhütungsmitteln ist ein extrem enger. Frauen erscheinen in diesem Ansatz, der notwendig, aber eben nicht hinreichend ist, primär als hilfsbedürftige Opfer und nicht als eigenständige Rechtssubjekte. Frauenrechtlerinnen beklagen, dass in der Millenniumserklärung die Reproduktiven Rechte und das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung nicht als Ziel formuliert wurden.

Der Schutz und die Gewährleistung dieser Rechte wird ohne umfassende gesellschaftliche Veränderungen und Geschlechtergerechtigkeit nicht möglich. In ihrem täglichen Leben fordern Frauen diese ein, privat und öffentlich. Soziale Sicherheit und gesetzliche Absicherung wären ihnen eine tatsächliche Hilfe, durch die sie sich von den Moden entwicklungspolitischer und bevölkerungspolitischer Programme und dem Tropf der Spendengelder sowie der Willkür ihrer launigen Politiker ein Stück weiter unabhängig machen könnten. Esther Mwaura von der Frauenrechtsorganisation Groots Kenya meint: „Sobald wir offen und umfassend über sexuelle Gesundheitsrechte von Frauen sprechen könnten, würde das Thema Abtreibung nicht mehr kriminalisiert werden!“

Reproduktive Rechte

FIDA Kenya hatte sich kurz nach der Weltfrauenkonferenz in Nairobi 1985 gegründet. Gesundheit war dort ein Thema unter vielen. Seit der Internationalen Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) in Kairo 1994 gab es einen Rahmen, auf den sich FIDA mit dem Gesetzesentwurf über Reproduktive Rechte beziehen konnte.

Auf der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo wurde 1994 von 179 Staaten, darunter die Mitgliedsstaaten der EU, ein Aktionsplan unterzeichnet und verabschiedet. Eines der Ziele des Aktionsplans war die Verbesserung sexueller und reproduktiver Rechte und Gesundheit weltweit:

Reproduktive Gesundheit bezeichnet den Status vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche, in allen Belangen des reproduktiven Systems, seiner Funktionen und Prozesse. Die Menschen sind in der Lage, ein befriedigendes und sicheres Sexualeben zu führen, sie haben die Möglichkeit, sich fortzupflanzen und die Freiheit zu entscheiden, ob, wann und wie oft sie dies tun. Männer und Frauen haben das Recht, über Verhütungsmethoden informiert zu werden und Zugang zu sicheren effektiven, leistbaren und legalen Verhütungsmitteln ihrer Wahl zu haben. Ebenso haben Frauen das Recht auf Zugang zu Gesundheitsvorsorge für eine sichere Schwangerschaft und Geburt. Reproduktive Gesundheitsfürsorge ist als die Zusammensetzung der Methoden, Techniken und Services gemeint, die zu reproduktiver Gesundheit und Wohlbefinden beitragen, indem sie reproduktive Gesundheitsprobleme verhindern oder lösen.

Das bedeutet u.a., dass Frauen und Männer das Recht haben, ohne Diskriminierung, Zwang, und Gewalt über ihre eigene Reproduktion zu entscheiden sowie universalen Zugang zu Bildung und Gesundheitsfürsorge, Einrichtungen der Familienplanung, sichere Mutterschaft, Behandlung von und Vorbeugung gegenüber sexuell übertragbarer Krankheiten inklusive HIV/AIDS und Schutz vor Gewalt zu erhalten.

Die afrikanischen Regierungschefs haben 2007 den „Maputo Plan of Action“ angenommen, zu dessen beschleunigter Umsetzung die Afrikanische Union 2009 eine Kampagne zur „Accelerated Reduction of Maternal Mortality“ ins Leben rief. Auch in den jüngsten „Council Conclusions“ über die Rolle der EU in globaler Gesundheit vom 10. Mai 2010 bezeichnet der Rat der Europäischen Union sexuelle und reproduktive Gesundheit als eine der großen Herausforderungen.¹⁴

Quellen

1 **Trends in Maternal Mortality** 1990 – 2008: World Health Organisation 2010, Seite 17.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf

2 World Health Organisation 2010 id., KNCHR Kenya National Commission on Human Rights (2009): **Women, Reproduction and the State in Kenya**. Briefing Paper.
<http://www.knchr.org/dmdocuments/briefing%20paper%20women%20reproduction%20and%20state%20in%20kenya.pdf> (abgerufen 10.2.2011)

3 WIDE – Netzwerk Women in Development Europe: **HIV/AIDS und Frauen – Herausforderungen für die Entwicklungspolitik**. Positionspapier vom 7.7.2010. <http://www.oneworld.at/wide/2010/WIDE-Position-HIV-AIDS-und-Frauen-2010.pdf>

4 Thomas, Lynn: **Politics of the Womb and Postcolonial Ambivalence in Kenya**, Paper presented at Historical Association of Kenya Conference, "Post Colonial Kenya: The First Forty Years," 10-14 June 2004: 17.

5 Eunice Kamara (1999): **Reproductive and sexual health problems of adolescent girls in Kenya - a challenge to the Church**. *Reprod. Health Matters* 1999; 7(14): 130-133.

6 Kenya National Commission on Human Rights (2009): **Women, Reproduction and the State in Kenya**. Briefing Paper.
<http://www.knchr.org/dmdocuments/briefing%20paper%20women%20reproduction%20and%20state%20in%20kenya.pdf> (abgerufen 10.2.2011)

7 **A Shadow Report to the 5th and 6th combined report of the government of the Republic of Kenya, on the international convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women (CEDAW)**, Presented by FIDA Kenya to the 39th session of the United Nations Committee on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women, 23 July - 10 August 2007, NEW YORK, U.S.A.
<http://www.iwraw-ap.org/resources/pdf/Kenya%20SR%20final.pdf>

8 **Kenyan Laws and Harmful Customs Curtail Women's Equal Enjoyment of ICESCR Rights**. A Supplementary Submission to the Kenyan Government's Initial Report under the ICESCR, scheduled for review by the Committee on Economic, Social, and Cultural Rights during its 41st session (Nov. 3-21, 2008). Submitted by the Federation of Women Lawyers - Kenya (FIDA-Kenya) and the International Women's Human Rights Clinic, Georgetown University Law Center, Washington, DC, USA. October 3, 2008
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/info-ngos/FIDAKenya41.pdf>

9 Centre for Reproductive Rights (2010): **In Harm's Way. The impact of Kenya's restrictive abortion law**.
http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/ES_inharmsway_FINAL.pdf

10 Kenya National Commission on Human Rights (2009), id.

11 Entwurf siehe: <http://www.strathmore.edu/pdf/reproductive-health-bill.pdf>

12 <http://www.nation.co.ke/blob/view/-/913208/data/157983/-/l8do0kz/-/published+draft.pdf>

13 **Failure to deliver. Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities**. Centre for Reproductive Rights and FIDA 2007.
http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bo_failuretodeliver.pdf

14 **Council conclusions on the EU role in Global Health**, Brussels, 10. Mai 2010
http://onetec.be/global_health/doc/Council%20Conclusions%20Global%20Health%20May%202010.pdf