

S 4483 F

Sexualpädagogik
Famili^{en}planung
3/84 Mai Juni DM 6,20

pro familia magazin



Schwerpunktthema: Verhütung

Inhalt

Verhütung: Tod der Erotik oder neue Formen der Erotisierung?	1
Kondome sind kein Thema	4
Erfahrungen mit dem Diaphragma	6
„Heute braucht doch keine Frau mehr ungewollt schwanger zu werden“	26
Wie zuverlässig sind Zuverlässigkeitsangaben?	28
Tendenzen in der Entwicklung neuer Kontrazeptiva	29
Die Pille für den Mann – bald greifbar?	30
Buchbesprechungen	31
Veranstaltungen, Neuerscheinungen	33

Pro Familia-Informationen

Verhütungsinformation in der Apotheke	9
Neues zur Sterilisation	11
Die Portiokappe	12
Mutter-Kind-Heime	14
Aus Zeitschriften	15
Kampf um den Schwangerschaftsabbruch vor den US-Präsidentenwahlen	16
Argumente gegen die Stiftung „Mutter und Kind“	17
Unser Kommentar	17
Interview mit Agnes Bürland	20
Die Begutachtung des gesamten Artikulationsaufkommens findet nicht statt	21
Leserbrief	24
Anschriften der Landesverbände	24

Zu diesem Heft

Das ideale Verhütungsmittel gibt es nicht

Verhütung ist für *Pro Familia* nach wie vor ein zentrales Thema, auch wenn in der aktuellen politischen Diskussion der Kampf gegen eine Aushöhlung der geltenden Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs mehr Raum einnimmt. 1982 hatten mehr als ein Viertel der Beratungsfälle (das sind etwa 35 000) in den Beratungsstellen von *Pro Familia* in erster Linie Fragen zur Familienplanung zum Inhalt – mit steigender Tendenz. Und die meisten der rund 66 000 Beratungsfälle aus Anlaß einer bestehenden Schwangerschaft waren auch mit einer Beratung über die künftige Familienplanung verbunden.

Ein Heft mit dem Schwerpunktthema „Verhütung“ wird also nicht die Wichtigkeit des Themas begründen müssen, es kann nur darum gehen, das Problembewußtsein in diesem für *Pro Familia* konstitutiven Teilbereich zu erweitern und auf weniger beachtete Entwicklungen hinzuweisen.

So verbreitet die Skepsis gegenüber der Pille inzwischen sein mag, so sicher ist aber auch – wenn auch mangels aktueller Zahlen nicht belegbar –, daß die hormonellen Kontrazeptiva immer noch die am meisten verwendeten sind. Alternative Methoden – hier insbesondere die Barrieremethoden – setzen sich dagegen nur schwer durch, was mit den Schwierigkeiten zusammenhängt, die deren Anwendung mit sich bringen. Diese Schwierigkeiten besser verständlich zu machen und Ansätze zu ihrer Überwindung zu finden, ist das Ziel der Hauptbeiträge dieses Heftes.

Barbara Schaeffer-Hegel und Ulrike Strate (S. 1) untersuchen Ursachen für die mangelhafte Integration der Verhütung in unser Sexualleben. Sie identifizieren die Ausklammerung der Zeugungsphantasien aus der Erotik und die Enterotisierung der Körper als die kulturellen Erbstücke, die dem selbstverständlichen Umgang mit Verhütungsutensilien im Wege stehen. Die Frage bleibt allerdings, ob nicht die Verhütungstechnik, wie wir sie kennen, überhaupt nur unter der Bedingung einer strik-

ten Trennung von Fortpflanzung und Sexualität möglich ist.

Wolfgang Friederich geht den Hemmnissen nach, die die Männer daran hindern, häufiger und konsequenter Kondome zu verwenden (S. 4). Er plädiert für mehr Beratungsangebote, die über eine simplifizierende Anwendungsinformation hinausgehen und Körperwahrnehmung und offenen Erfahrungsaustausch einschließen. Auch hier bezweifle ich, daß die Kondomverhütung bruchlos in ein lustvolles Sexualleben integriert werden kann, aber Verbesserungen der jetzigen Praxis, vor allem eine Aufwertung des Kondoms gegenüber den Verhütungsmaßnahmen, die die Frauen sich zumuten, sind sicher möglich und nötig.

Die Untersuchung über Erfahrungen mit dem Diaphragma (S. 6) zeigt, daß auch dies nicht das ideale Verhütungsmittel ist, sondern eher als die beste unter verschiedenen schlechten Alternativen akzeptiert wird – nach einem oft schwierigen Weg von Verhütungsmethode zu Verhütungsmethode. Daß auf diesem Weg der Wahl zwischen Gesundheit, Sicherheit und leichter Anwendung unerwünschte Schwangerschaften kaum zu vermeiden sind, macht der Untersuchungsbericht von Elsbeth Meyer aus dem Familienplanungszentrum Hamburg deutlich (S. 26). Den Stellenwert der Portiokappe, die anwendbar ist, wenn das Diaphragma nicht geeignet ist, schildert Eva Huenges (S. 12) in einem Erfahrungsbericht aus Tübingen.

Niemand kann nach diesen Beiträgen die Illusion hegen, die problemlose Verhütungsmethode sei in greifbarer Nähe. Sie wäre, wenn es sie überhaupt geben kann, in einer immer genaueren und zuverlässigeren Vorhersage des Eisprungs und damit der fruchtbaren Tage zu suchen, wie Gerhard Döring am Schluß seiner Übersicht über die Tendenzen in der Verhütungsmittelentwicklung (S. 29) feststellt. Aber in dieser Richtung wird vergleichsweise wenig geforscht, weil dabei wohl wenig Verkaufbares herauskommen kann. R. M.

Titelfoto: Karl-Heinz Holtzmeier

Impressum

Sexualpädagogik und Familienplanung
Heft 3/84, 12. Jahrgang ISSN 0175-2960

Herausgeber: Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e.V. Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1, Tel. (06 11) 55 09 01.

Redaktion: Jürgen Heinrichs, Gerd J. Holtzmeier (Koordination und Layout), Rudolf Müller (verantwortlich), Jutta Neufeldt, Inge Nordhoff.

Verlag: Gerd J. Holtzmeier, Verlag, Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig, Telefon (05 31) 32 02 81

Satz: Ernst Meinecke, 3341 Denkte

Druck: RGG-Druck, Theodor-Heuß-Str. 3, 3300 Braunschweig

Bezugspreis: Im Abonnement DM 6,- pro Heft (Ausland DM 6,50) einschließlich Versandkosten und MwSt. Ein Einzelheft kostet 6,20 DM zuzüglich Versandkosten.

Bezugsbedingungen: Das Abonnement erstreckt sich über ein Kalenderjahr. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn es nicht bis zum 30. September eines jeden Jahres gekündigt wird.

Für Mitglieder der Pro Familia ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Erscheinungsweise: 6 x jährlich (jeweils Anfang Januar, März, Mai, Juli, September und November).

Bestellungen bitten wir unmittelbar an den Verlag zu richten.

Anzeigen an den Verlag. Gültig ist die Anzeigenpreisliste 1983.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Verhütung: Tod der Erotik oder neue Formen der Erotisierung?

Barbara Schaeffer-Hegel
Ulrike Strate

Selbstverständlich gehen wir davon aus, daß Verhütung fester Bestandteil der sexuellen Praxis unserer Zeit ist und bleiben soll. Auch gibt es unserer Meinung nach z. Zt. keine legitime Überlegung, aus der heraus die bewußte Kontrolle und Planung der Geburt eines Kindes über Bord geworfen werden könnte. Angesichts der gegebenen und weiter wachsenden Übervölkerung unserer Erde und angesichts der Tatsache, daß täglich Tausende von Kindern verhungern, verlangt ein Leben in politischer Bewußtheit und Verantwortung, Kinder nicht ohne klare Entscheidung in die Welt zu setzen.

Verhütung gehört also zur heutigen Sexualität und darf keinesfalls nachlässig behandelt oder gar ignoriert werden. Um so mehr fällt es ins Gewicht, daß der Umgang mit Verhütung in vielen Liebesbeziehungen als Problem und Störung empfunden wird. Verhütung wird selten oder nie in das erotische Spiel integriert, sondern entweder unsichtbar gemacht (Pille), oder mit peinlichen Gefühlen der Scham und des Vorwurfes notgedrungen erledigt, vernachlässigt oder gar vergessen.

Wir fragen uns: muß das so sein? Können diejenigen, die Zärtlichkeit, Ekstase und Erotik miteinander teilen, die schiere Notwendigkeit „Verhütung“ nicht anders erleben, als es im folgenden Beispiel prototypisch und sicher ganz realitätsgerecht beschrieben wird?

Sie: Wieder machen unsere ersten Zärtlichkeiten deutlich, daß wir beide Lust haben, miteinander zu schlafen. Ich hab das so lange nicht mehr erlebt... daß man sich nur anzusehen braucht... und... schon ist alles zu spät... daß man nichts weiter braucht, als einen Blick... eine Berührung...

Aber wieder überläßt der junge Mann sich seinem Verlangen und mir die Verhütungsfrage. Wozu hab ich das denn mit ihm diskutiert? „Äi, du, ab heute ist es wieder gefährlich“, sage ich endlich, als es auch schon ganz schön gefährlich ist. Ich hätte erwartet, daß er diesmal das Thema auf die Platte bringt. Aber nix da. Wieder mein Part.

Zweifellos gibt es bei der Anwendung der verfügbaren Verhütungsmittel Vorbehalte, die nicht allein mit der Befürchtung von Sicherheits- oder Gesundheitsrisiken zu erklären sind. Auch psychische Barrieren machen uns den Umgang mit der Verhütung schwer. Die Autorinnen gehen der Frage nach, was die Verdrängung von „unvernünftigen“ Zeugungsphantasien und die Enterotisierung des Körpers zur Verhütungs-Halbherzigkeit beitragen.

Ja, was soll ich denn nun machen. Ihn anschreien? Ihn aus dem Bett schmeißen? Wie es eine Frau mal für sich formuliert hat? Jeden Mann, der nicht von sich aus die Verhütungsfrage stellt, aus dem Bett zu schmeißen. Wo soll ich meinen Radikal-Feminismus hintun, wenn er mich aus seinen dunklen warmen Augen anpiert, wenn ich seine Haare auf meinem Arm spüre...

„Ich hole mal meinen Pessar“, sage ich endlich. Die Tasche hab ich im Wohnzimmer stehen lassen, weil er bestimmt gefragt hätte, weshalb ich meine Aktentasche mit ins Schlafzimmer nehme. Und nur das Pessar rausnehmen und neben's Bett legen... Dann hätte er ja gemerkt, daß ich denke, daß...

Meine Güte, sitzt das tief. Immer noch ein Thema, dessen Nicht-Selbstverständlichkeit uns Frauen so oft zum Verhängnis wird. Immer noch meine eigene Zaghaftheit. Aber wenn er sich genauso dafür verantwortlich fühlen würde, müßte ich nicht die Planung übernehmen, wann ich möglichst unbemerkt mein Pessar ins Schlafzimmer schmuggel!

Als ich mein Pessar auspacke, frage ich ihn: „Hast du das schon mal gesehen?“ – „Nein.“

Ich streiche die Creme auf das Pessar. Arne liegt neben mir. Guckt zu. Sein Blick wandert zwischen seinen dunklen zippeligen Wimpern heraus auf dieses fremdartige Gummiding in meiner Hand. Er kann überhaupt nichts mit mir anfangen in diesem Moment. Liegt da und wartet... bis ich ihn wieder umarme...

Er hätte mich doch weiterstreicheln können. wir hätten doch zusammen unser Pessar einsetzen können... Zu fremd für ihn. Ich bin in diesem Moment „Die Frau, das unbekannte Wesen“...

(aus: Svende Merian „Der Tod des Märchenprinzen“, Hamburg 1980, S. 44/45)

Er: „Jedenfalls wird sie total sinnlich. Fällt über mich her, in meiner Küche. Unsere Klamotten fliegen durcheinander, ihre Socken landen hinter dem Gasherd, meine Unterhose hängt über der Mülltüte, Geschirr segelt vom Küchentisch, wir nackt auf den Küchenfliesen, das ist arschkalt, ich verliere total die Orientierung – und sie sagt plötzlich ganz ruhig: „Ich hole mal mein Pessar.“ Steht auf, kramt in ihrer Handtasche, fragt „wo ist denn dein Bett?“ ich zeig's ihr, wir wandern ins Schlafzimmer, stumm, sie montiert an sich rum, ich traue mich nicht, richtig zuzusehen, gucke nur so halb hin, sie ist fertig, ganz ernsthaft, sehr für sich, streng und unnahbar, dann umarmt sie mich wieder, wir kehren zur Geschäftsordnung zurück, die „Beziehung“ wird fortgesetzt.

Sie hätte mich bei ihren Vorbereitungsmaßnahmen vielleicht mit einbeziehen können, hätte vielleicht sagen können, „streichle mich ruhig weiter, sei doch nicht so scheu“ – aber nein, die zu den größten Opfern bereite liebende Frau geht einsam ihren schmerzreichen Weg, zutiefst enttäuscht, weil der Geliebte oder Geliebte das rechte Wort zur Erlösung nicht sagt, das sie ihm, ohne den Zauber zu gefährden, ohne weiteres vorsagen könnte, wenn sie wollte. Wenn sie könnte. Aber sie tut's nicht...“

(aus: Arne Piewitz „Ich war der Märchenprinz“ Hamburg 1983, S. 60/61)

Stellt der hier beschriebene kontaktlose und sinnlichkeitstörende Umgang mit Verhütung wirklich die einzige Möglichkeit dar, die „Verhütung“ bietet? Wir bezweifeln es und wollen daher im folgenden zwei, für Gefühl und Verhalten wichtige kulturelle Erbstücke unserer Zeit etwas genauer daraufhin untersuchen, was sie zu einem abgetrennt – vermeidenden Verhütungsverhalten beitragen. In einer ersten These wollen wir der Bedeutung nachgehen, die bestimmte sexuelle Phantasien für die Verhütungspraxis haben, um dann in einer zweiten These den Einfluß zu thematisieren, den die Enterotisierung der Körper und anderer Gegenstände des täglichen Gebrauches möglicherweise auf den Umgang mit Verhütungsmitteln haben.

I. Zeugungsphantasien oder Verdrängung des Wunsches nach dem Kind

Wir gehen in unserer ersten These davon aus, daß der Wunsch nach einem Kind durch Verankerung in Macht-, Potenz- und Geborgenheitsgefühlen auch teilhat an den sexuellen Wünschen und Phantasien der Erwachsenen, insofern also unabhängig davon ist, ob ein Kind real ersehnt oder geplant wird.

Vom realen Leben mit Kindern erwarten viele Menschen Erweiterungen der Erfahrungen, der Gefühle, der Persönlichkeit, oder neue Qualitäten des Zukunfts- und des Zeiterlebens. Jenseits solcher Erwartungen an die Realität sind aber auch tieferliegende Gefühle und Phantasien mit im Spiel. Der Gedanke daran, ein Kind zu zeugen, seinen

„Leib“ für ein neues menschliches Leben bereit zu machen, bzw. eine Frau zu „schwängern“, kann als sexuelle Phantasie die Intensität des erotischen Zusammenseins steigern. Allmachtgefühle können hierbei ebenso eine Rolle spielen wie der Wunsch, sich fallenzulassen, ganz aufzugehen, und nur noch den Augenblick gelten zu lassen, und das, was in der Phantasie aus ihm entsteht. Männer können das Gefühl der Macht über Leben und Körper der Frau auskosten, oder – ebenso wie die Frau – die Macht, ein Kind „zu machen“. Wird die Zeugungsphantasie vom Partner ausgesprochen, so kann sie Gefühle der Sicherheit, des umfassenden Vertrauens, aber auch des Benutztwerdens, der Vergewaltigung enthalten. Die Zeugungs- und Schwangerschaftsphantasien sind also reich an Gefühlsschattierungen und emotionalem Gehalt.

Sexuelle Phantasien, die uns im Liebespiel beflügeln, deren Umsetzung in Realität uns jedoch absurd oder pervers erschie- ne gehörten in früheren Zeiten – davon gehen wir aus – sehr wohl zum Bestand praktizierter Sexualität. Daß wir bestimmte sexuelle Handlungen nur noch als phantastische Wünsche zulassen, liegt daran, daß diese Verhaltensweisen nicht mehr in Übereinstimmung mit gesellschaftlichen Entwicklungen, Einsichten und Erfordernissen stehen.

Der Kinderwunsch unterliegt nun unserer Wahrnehmung nach einer ähnlichen, wenn nicht gleichen Entwicklung: nur sehr wenige Paare wünschen sich heutzutage noch, viele Kinder zu haben. Dies berücksichtigt eine gesellschaftliche Entwicklung, die den Verzicht zumindest auf großen Kindersegen als einzig vernünftige Lösung und Lebensplanung nahelegt. Kinderwunsch und Zeugung als sexuelle Phantasien haben insofern Ähnlichkeit mit anderen erotischen Phantasien, da man sie, wie jene, nicht realisieren will oder kann. Dennoch unterscheiden sich Phantasie, die sich beispielsweise auf Sexualität mit mehreren oder mit fremden Partner/innen oder auf ungewöhnliche erotische Situationen beziehen, von Zeugungs- und Schwangerschaftsphantasien, durch ihren Realitätsbezug. Während die wenigsten Menschen auf die Idee kämen, die von ihnen phantasierten erotischen Konstellationen in ihr wirkliches Leben umzusetzen, bleibt der Realitätswert der Zeugungsphantasien immer unklar. Durch den unsicheren Grad der gesellschaftlichen Sanktionierung des realen Kinderwunsches ist die individuelle Entscheidung, keine Kinder (mehr) zu wollen ständig bedroht. Zu nahe mit dem realen Kinderwunsch verwandt, werden Zeugungsphantasien als Gefahr erlebt und daher häufig gar nicht erst zugelassen.

Besonders bedrohlich sind Zeugungsphantasien dann, wenn die Entscheidung gegen ein Kind als gesellschaftliches Stereotyp unbefragt übernommen und nicht als Entscheidung über die eigene Lebensperspektive selbst entwickelt werde. Zeugungsphantasien, die ja in eine andere als die sozial akzeptierte Richtung weisen, müssen in diesem Fall konsequent ausgeschlossen bleiben, da sie den unbearbeitet verdrängten Kinderwünschen Bahn brechen könnten.

Wenn aber die Zeugungsphantasie, da zu gefährlich, aus dem erotischen Spiel bleibt – dem Bewußtsein also überhaupt nicht mehr zugänglich ist – wird Verhütung zu einer ambivalenten und unsicheren Angelegenheit. Als Verhinderung von etwas, was man nicht haben will, und dessen Reize man sich nicht einmal einzugestehen wagt, wird Verhütung als reine Abwehr erlebt und kann nicht das sein, was sie ist: das Instrument der Macht, über sich und sein Leben selbst zu entscheiden. Wird nämlich die Möglichkeit, Leben zu schaffen, nicht als Fähigkeit und Potenz, sondern als Unglücksfall, erfahren, dann kann Verhütung auch nicht mehr als Selbstbestimmung der eigenen Potenz erlebt werden. Verhütung dient dann dem zwanghaften Abschneiden unbearbeiteter Wünsche und Bedürfnisse und wird gleichzeitig, weil diese unbewußt weiterwirken, torpediert. Als Teil einer doppelten Verweigerungsstrategie, in der sich eine nicht selbst entwickelte Vernunft gegen vernachlässigte Wünsche und die Wünsche sich gegen die Vernunft wenden, kann Verhütung destruktiv wirken, sei es durch die Art ihrer Anwendung, sei es durch die vielfältigen Formen, sie zu vernachlässigen oder zu vergessen.

Wir denken, daß ein enger Zusammenhang zwischen der Verdrängung des Kinderwunsches und dem unbeholfenen Umgang in Sachen Verhütung besteht und plädieren sowohl dafür, Zeugungsphantasien offener und ehrlicher zuzulassen, als auch dafür, die Macht der Entscheidung für oder gegen ein erstes oder ein weiteres Kind als Ausdruck der eigenen Selbstbestimmung zu erleben. So verstanden und im Kontakt mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen kann Verhütung zur Erweiterung der Persönlichkeit und der sexuellen Erfahrung beitragen und den Schutz bieten, der es erlaubt, sexuelle Phantasien – auch Zeugungsphantasien – zu entfalten.

II. Hygiene, Verhütung und die Re-Erotisierung von Gegenständen

Die Kulturgeschichte des Abendlandes kann als eine Geschichte der Trennung und Spaltung ursprünglich ganzheitlicher Le-

bens- und Erlebensprozesse betrachtet werden. Unter dem Diktat der sich durchsetzenden Rationalität und Zweckgebundenheit von Lebensvorgängen, die einhergehen mit zunehmend negativer Besetzung all dessen, was Körperlichkeit und Naturhaftigkeit des Menschen ausmachen, wird die ursprünglich den ganzen Körper und alle Körpervorgänge betreffende Sinnlichkeit des Menschen reduziert auf die Sinnlichkeit einzelner erogener Zonen unter der Vorherrschaft der Genitalität. Während ehemals der Mensch mit allen seinen geistigen, sozialen und körperlichen Funktionen als mit Sinnlichkeit ausgestattete Einheit begriffen wurde, werden nunmehr seine unterschiedlichen Funktionen als von einander getrennte wahrgenommen. Die Abspaltungen, die damit dem Körperwiderfahren, ergeben u. a. seine Aufspaltung in solche Bereiche, die der medizinischen Vorsorge, solche, die dem Reinlichkeitsgebot, solche, die der Reproduktion und solche, die der Sexualität vorbehalten sind.

Mit dem historischen Verlust ganzheitlicher Sinnlichkeit werden viele Körpervorgänge als schlecht und ekelregend stigmatisiert, weshalb sie strikten Reinlichkeitsvorschriften unterworfen werden und nur noch unter Ausschluß der Öffentlichkeit, oder gar unter Vermeidung jeglichen Sozialkontaktes praktiziert werden dürfen. Körperausscheidungen wie Sperma, Menstruationsblut, Rotze und Exkremente, sowie die mit ihnen verbundenen Gerüche werden aus dem Gemeinschaftsleben beseitigt. Und natürlich werden Sexualität und Erotik – um ihre „Sauberkeit“ zu gewährleisten – nach gängigen Moralvorstellungen nur zugelassen, wenn zuvor die Reinlichkeitsrituale erfüllt sind. Der kulturgeschichtliche Einschnitt besteht hierbei darin, daß der Reinigungsprozeß selbst nichts mehr mit Körperlichkeit und Erotik zu tun hat, sondern vor aller Erotik zu erledigen ist: die Zähne müssen geputzt, die Körpergerüche beseitigt, die Genitalien gewaschen, das Intimspray angewandt, Parfums und Deodorants ausreichend benutzt sein.

Nachträgliche Reinigungen sorgen dafür, die Spuren der sexuellen Handlung möglichst sauber vom Körper zu waschen. All diese Rituale verdeutlichen, wie wenig erotisch-sinnlich wir mit unserem Körper umgehen – wie sehr wir Körperhygiene als etwas von Sinnlichkeit Getrenntes behandeln und sie außerhalb der Sexualität ansiedeln, – und das, obwohl wir uns wohl kaum häufiger und ausführlicher selbst berühren als bei der Körperreinigung!

Uns kommt es jedoch nicht etwa darauf an, irgendjemanden vom Waschen abzuhalten! Uns erscheint es nur wichtig, darauf hinzuweisen, daß bei der beschriebenen

und heutzutage wohl allgemein üblichen Handhabung von Reinigung eine strikte Trennung von Erotik und Körperhygiene vorgenommen wird, die die Ausdehnung der erotischen Kommunikation und des erotischen Spieles auf andere als im engeren Sinne sexuelle Vorgänge verhindert. (Wir denken dabei an lustvolles gemeinsames Baden, an gegenseitiges Einseifen, an gegenseitiges Zähneputzen – immerhin ist der Mund eine der sensibelsten erogenen Zonen –, an sich Eincremen und an manches andere.)

Für den Umgang mit Verhütung ist dieser Zusammenhang deswegen von Bedeutung, weil ein Großteil der Probleme mit ‚Verhütung‘ daher stammt, daß sie angesichts der beschriebenen Aufspaltungen nicht der Erotik, sondern vielmehr dem Bereich der Hygiene zugeordnet wird – also wie diese bitteschön vorher und vor allem unauffällig zu erledigen ist. Pille und Spirale entsprechen diesem sexualhygienischen Muster am besten, da sie das Problem umgehen und von vornherein einen Zustand der Sterilität herstellen, der die Wahrnehmung der Gebär- und Zeugungsfähigkeit der Körper überflüssig macht. Bei der Anwendung von Kondom und Diaphragma hapert dann häufig schon der sexuelle Ablauf, da die mit ihnen verbundenen Vorbereitungen des Körpers nicht immer, beim Kondom nur selten vor Eintritt in die Handlung selbst erledigt werden können. Die Folgen sind im besten Falle peinlich, oft irritierend und manchmal absolut lusttötend, siehe das Beispiel von Svende und Arne.

Die Zuordnung der Verhütungshandlung zum Bereich der Hygiene wird allerdings unterstützt und nahegelegt durch Farbe und Gerüche der entsprechenden Instrumente, die – außer wenn in Sex-Shops

bezogen – eher an klinische Sterilisationsmaterialien als an Bestandteile des erotischen Zusammenseins erinnern. Diaphragmen sind zumindest in Deutschland ausschließlich in typischem Sanitätsweiß erhältlich, ebenso eingeschränkt ist das handelsübliche Farbangebot bei Kondomen. Mit schwarzen, grünen, roten oder auch gemusterten Verhütungsmitteln wäre es sicher leichter, aus dem Bereich der Hygiene in den der Erotik überzuwechseln.

Allerdings sind nicht nur der Körper und seine Funktionen, sondern auch die Gegenstände, mit denen wir leben, von den beschriebenen Prozessen der Rationalisierung und Entsinnlichung betroffen. Funktionalität, Rationalität und Praxiswert bestimmen unsere Kleidung, die Haartracht, viele anderer Gegenstände vor allem des gehobenen Konsums, – und eben nicht zuletzt die Mittel der Empfängnisverhütung. Eine Verbindung zur Erotik erhalten die genannten Gebrauchsgüter bestenfalls dann, wenn es darum geht, den weiblichen Körper zu schmücken, auszustaffieren und ihn als Konsumgut zu präparieren. Jeder darüber hinausgehende erotische Umgang mit Kleidungsstücken oder mit anderen Gegenständen gerät leicht in Gefahr, als Fetischismus denunziert zu werden. Erst eine gründliche Re-Erotisierung gerade solcher Gebrauchsgüter, die zur sexuellen Praxis gehören, böte jedoch die Möglichkeit, auch Verhütungsinstrumente gefühlsmäßig neu zu definieren, sie sexuell zu besetzen und sie in das erotische Spiel miteinzubeziehen. Sie würden dadurch von einem Störfaktor in ein konstruktives Element lustvollen Erlebens umgewandelt.

Das Problem, von dem hier die Rede ist, läßt sich also nicht auf Farbe, Form und den Geruch von Verhütungsmitteln reduzie-

ren. Schwieriger als diese sind sicherlich unsere starren Verhaltensstrukturen zu verändern, die uns hindern, über eingefahrene sexuelle Verhaltensabläufe hinaus Spiele und Phantasien zu entwickeln, z. B. solche, welche den Einsatz von verhütenden Mitteln zeitweise überflüssig machen würden, oder solche, durch die Verhütungsmittel in die Erotik mit einbezogen werden können. warum eigentlich haben Erwachsene den erotischen Reiz des kindlichen Doktorspiels so gründlich vergessen? Wäre dies nicht eine phantasievolle Art, Verhütungsmitteln auf angenehme und lustvolle Art ans Ziel zu bringen?



Ulrike Strate (links), 33 Jahre, Diplom-Pädagogin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU Berlin u. a. mit dem Schwerpunkt Frauenforschung.

Barbara Schaeffer-Hegel (rechts), Jahrgang 1936, Prof. am Institut für Sozialwissenschaften in Erziehung und Ausbildung an der Technischen Universität Berlin; lebt mit Mann und den beiden jüngeren von vier Kindern in Berlin-Lankwitz. Wissenschaftliche Arbeiten über Ernst Cassirers Erkenntnistheorie, über den Erfahrungsbegriff in der Didaktik der politischen Bildung und des sozialen Lernens.

– Anzeige –

Natürlich sicher.

Obwohl leider noch immer nicht alltäglich: Verantwortungsbewußte Empfängnisverhütung und Familienplanung sollte immer eine Angelegenheit beider Partner sein. Und gerade die Frau muß sich dabei frei und unbelastet entscheiden können, ob und welche Risiken sie überhaupt auf sich nehmen soll.

Für all diese Partner ist R3 Med die natürliche und sichere Lösung zugleich. Denn zunächst bietet dieses millionenfach bewährte und spermicide beschichtete Condom jenes Maß an Sicherheit, auf das es ankommt. Viele anerkannte Wissenschaftler halten es für bewiesen, daß dieses Condom (wie viele andere moderne Markencondome auch) im Sicherheitsbereich der Pille liegt.

Ein Produkt der RGF
Rimbacher Gummivaren-Fabrik GmbH
6149 Rimbach/Odw

R3 Med bietet aber noch weitaus mehr als „nur“ optimale Sicherheit. Weil es völlig frei ist von irgendwelchen Nebenwirkungen, keiner ärztlichen Kontrolle bedarf und auch nicht in den biologischen Körperrhythmus der Frau eingreift. Und weil man es immer nur dann anwendet, wenn man dies für nötig hält.

Wer also auf problemlose und natürliche Weise ganz sicher

Natürlich sicher.



gehen möchte, dem möchten wir R3 Med empfehlen.

Kondome sind kein Thema...

Wolfgang Friederich

Verhütung ist Frauchensache. Das war schon immer so. Diese Aussagen machen nicht nur Männer, sondern gerade auch Frauen. Und es gibt genug Tatsachen, die diese Aussagen unterstützen:

- Bei den relativ sicheren, reversiblen Methoden gibt es für Männer nur Kondome.
- Werbung wird, wenn überhaupt, fast nur für Frauenmethoden gemacht.
- Der Forschungsanteil für Männermethoden beträgt nur wenige Prozent.
- Verhütungsberatung für Männer gibt es nicht oder wird (abgesehen von Beratungseinrichtungen wie *Pro Familia*) ausgerechnet von *Frauenärzten* übernommen, die doch Verwalter von „weit besseren Methoden“ sind (nach meinen Erfahrungen raten Frauenärzte, wenn sie von Frauen oder ihren Partnern auf Kondome angesprochen werden, überwiegend pauschal ab).

Aber so stimmen die zwei Sätze oben trotzdem nicht:

Erstens war das nicht immer so. Vor der Pille waren Kondome mit das wichtigste Mittel zur Empfängnisregelung. Zweitens gibt es auch heute Länder, wo Verhütung ausgesprochen „Männersache“ ist (z. B. Japan oder Thailand). Und drittens tut sich auch bei uns deutschen Männern einiges. Noch etwas zögernd, vorsichtig. Aber die Tendenz, sich an der leidvollen Verhütung zu beteiligen, ist da. Und wenn ich als Mann verhüten will (und eine Sterilisation nicht in Frage kommt, weil ich nicht weiß, ob ich noch - mehr - Kinder haben will), dann gibt's eben nur das Kondom.

Ein Kondom im richtigen Moment könnte manche ungewollte Schwangerschaft verhindern!

Obwohl die Verkaufszahlen der Kondomindustrie hoch sind und sogar steigen, ist das Kondom hierzulande kein Thema, ist ein ausgesprochenes Stiefkind in der Einschätzung der Benutzer und Benutzerinnen und - davon gehe ich aus - auch in der Einschätzung der Berater und Beraterinnen z. B. bei *Pro Familia*.

Ich erinnere mich an ein Fortbildungsseminar über „natürliche“ Verhütungsmethoden. Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen äußerte Ablehnung oder Skepsis dem Kondom gegenüber - im Gegensatz zur allge-

Für Männer gibt es bislang nur ein Verhütungsmittel: das Kondom. Es ist unschädlich und sicher, schützt vor der Übertragung von Infektionen und kann leicht beschafft werden. Die Anwendung ist aber wohl doch nicht so problemlos, wie Hersteller in ihren Infos glauben machen. Wolfgang Friederich, Arzt und langjähriger Pro-Familia-Berater, weist auf einige Probleme hin und überlegt, was in Beratung und Information zu verbessern wäre.

meinen Diaphragma-Begeisterung. Nur wenige - ältere - Beraterinnen, für die Kondome ein Stück ihrer eigenen Verhütungsgeschichte sind, machten da eine Ausnahme. Andererseits steht doch häufig der Vorwurf an die Männer im Raum, daß sie sich bisher so wenig um Verhütung kümmern. Aber diese Kombination - Ablehnung und Vorwurf - ist nicht geeignet, den zu beratenden Männern und Frauen das Kondom als gleichwertiges Verhütungsmittel näherzubringen. Genau das habe ich für eine wichtige und notwendige Aufgabe. Kondome sind erstmal nicht besser oder schlechter als andere Methoden. Aber in der Beratung kommen sie vielfach ‚zu kurz‘.

Kondom-Beratung

Bei keinem anderen Verhütungsmittel sind mir so viele unbegründete Vorurteile und Ressentiments aufgefallen. Was sind eigentlich unsere ersten Assoziationen, wenn wir an Kondome denken? Da kommt doch nie „unschädliches Verhütungsmittel“, sondern irgendetwas Negatives: „Gummigeruch / Automaten in Männertoiletten / benutzte Kondome, die irgendwo rumliegen“ als einige Beispiele. Was mache ich, wenn mein Kind mit so einem Ding ankommt: *Papa, schau mal was ich gefunden hab...*

Immer wieder haben mir Männer geschildert, wie beim Kauf von Kondomen zu ihrer eigenen Peinlichkeit die Peinlichkeit der Apotheker(-in) dazukam. Assoziationen und Gedanken dieser Art schwingen oft von Anfang an bei der Beratung mit. Durch Ansprechen können sie bewußt gemacht werden, aus der Ecke herausgeholt werden, wo sie nur eine dumpfe, unklare Ablehnung hervorrufen.

Die nächste Klippe ist das Thema Sicherheit. Wie hoch die genau ist, weiß eigentlich niemand mehr. In Broschüren von Pille-Herstellern schwanken die Zahlen von 7 bis 20 ungewollte Schwangerschaften pro 100 Anwendungsjahre. Sind es richtiger 3? Oder 5? Leider gibt es keine Untersuchung über die Methode *Kondom - mit Wissen um die Pille-Danach*. Ich persönlich gehe davon aus, daß für Frauen/Paare, die bei Kondomversagern tatsächlich die Möglichkeit haben, rechtzeitig die Pille-Danach zu erhalten, die Sicherheit mindestens im Bereich Spirale-Diaphragma-Minipille liegt. Des-

halb gehört zu jeder Kondomberatung eine ausführliche Information über die Pille-Danach.

Die Anwendung von Kondomen ist doch ganz einfach...

... zumindest wenn man die verfügbaren Broschüren studiert, auch die verbandseigenen. Ich habe selbst für die *Pro Familia* ein Informationsblatt entworfen, dessen „Anwendungsteil“ ich heute als sehr ungenügend empfinde. Informationen über mögliche Anwendungsschwierigkeiten habe ich nirgendwo gefunden. Die im Oktober 1983 von der dlf (Forschungsgemeinschaft der Kondom-Hersteller) herausgegebene Broschüre „Alles über Kondome“ (mit 24 Seiten!) handelt das Thema „Anwendung“ auf einer knappen Seite ab, stereotyp, wie folgt:

So einfach ist die Anwendung:

- das Packungsbriefchen in der Mitte aufreißen

- bereits vor der ersten Vereinigung anlegen, weil vor dem eigentlichen Erguß oft schon Samen abgegeben wird

- Kondom nicht mit Ring oder spitzen Fingernägeln beschädigen

- Kondom am Reservoir festhalten und ganz über dem steifen Glied abrollen

- nach dem Erguß das Glied zusammen mit dem Kondom vorsichtig aus der Scheide ziehen

- jedes Kondom nur einmal benutzen

Viele Fragen aus Kondomberatungen, Briefen und meinem eigenen Erleben beweisen für mich, daß das eben nicht so einfach ist:

„Was ist, wenn mein Glied vorübergehend schlaffer wird?“ „Darf ich das Kondom nachziehen ‚wie einen Strumpf‘, damit es besser hält?“

„Wenn ich einen Samenerguß hatte und wir trotzdem weite schmusen wollen, muß ich mich dann abwischen und ein neues Kondom nehmen, auch wenn es noch ganz fest sitzt?“

„Kondom-nahmen bedeutet so eine Programmierung auf Geschlechtsverkehr und Samenerguß. Es wäre viel schöner, das Kondom erst kurz davor zu benutzen. Stimmt das mit dem ‚Sehnsuchts tropfen‘ überhaupt?“

„Merke ich das wirklich, wenn er platzt oder ein Loch drin ist?“

„Gibt es verschiedene Größen, ich fühle mich eingeklemmt von dem Kondom?“

„Bei den chemischen Mitteln heißt es immer: Allein nicht ausreichend sicher, aber gut zur Kombination mit Kondom. Sollen wir Zäpfchen zusätzlich nehmen oder nicht...?“

Für die Beantwortung einiger Fragen fehlt es einfach an Untersuchungen, für andere sind klare Antworten möglich: Kondome brauchen nicht mit chemischen Mitteln kombiniert zu werden. Mit dem Ratschlag, für besondere Sicherheit Zäpfchen zu verwenden, wird indirekt ausgesagt, daß Kondome allein eben doch nicht ausreichend sicher sind.

Ein anderer Punkt ist der berühmte Vortropfen. Soweit ich weiß, reicht er für eine Befruchtung kaum aus. Ich glaube inzwischen, daß es sich dabei vielmehr um einen „sexual-erzieherischen Trick“ handelt: Weil Männern nicht zugetraut wird, rechtzeitig das Kondom zu nehmen, muß es eben schon „vor der ersten Vereinigung angelegt werden“.

Die richtige Anwendung erscheint mir wie ein Weg durch lauter Achtungsschilder, Warnzeichen und erhobene Zeigefinger. Für mich liegt da ein ganz großer Widerspruch: Einerseits werden Schranken und Barrieren aufgebaut, andererseits sollen Männer Verhütungs-Verantwortung übernehmen. Verantwortung ist aber auch etwas „Aktives“, beinhaltet z. B. die Möglichkeit zum Ausprobieren.

Die übliche Kondomberatung gibt auf Fragen wie die oben zitierten keine Antwort. Berater und Beraterinnen sind hier auch überfordert – bestimmte Fragen werden ihnen gar nicht gestellt. Dazu kommt, daß Fragen oft erst durch ein paar Erfahrungen klar werden – ich kenne sie immer wieder im Zusammenhang mit dem Entschluß, Kondome nicht mehr zu benutzen. Da müßte die Beratung erst richtig anfangen. Aber Kondome werden „einfach angewandt oder eben nicht“. Daß es eine Anlaufstelle für Fragen und Schwierigkeiten geben sollte und könnte, ist wohl noch nirgendwo im Bewußtsein der Benutzer.

Allein mit dem Kondom – der Körper bleibt außen vor

Frauen haben in einer vergleichbaren Situation zumindest mögliche Anlaufstellen. Männer stehen da absolut allein mit ihrem Problem – mit der Kondompackung in der einen und der spärlichen Gebrauchsanweisung in der anderen Hand. Allein auch deswegen, weil überhaupt kein Erfahrungsaustausch unter Männern stattfindet. Anwendungsschwierigkeiten werden zu individuellen Problemen. Eine typische Frage aus der Beratungssituation: „Geht das nur mir so oder anderen Männern auch?“

Dazu kommt die Sterilität von Sprache und Bildern. Originalfotos vom Penis sind

fast durchweg tabu. In der zitierten Broschüre findet sich neben der „so einfachen“ Anwendung ein ganzseitiges Foto: zwei Frauenhände streifen das Kondom über ein geschlechtsloses Holzmodell.

Der Bezug zum eigenen Körper fehlt total – und wäre für das Akzeptieren so wichtig. Kürzlich beim Durchschauen von Kondom-Broschüren aus Holland und Skandinavien habe ich ganz schön gestaunt: Es geht also auch viel lebendiger, anschaulicher. Eines war ein richtiger Fotoroman.

Inzwischen scheint mir meine Phantasie von ‚Kondom- oder Selbstuntersuchungsgruppen für Männer‘ gar nicht mehr so abwegig. Ich meine keinen therapeutischen Ansatz, sondern Information: Kondome, Tao-Punkte, Peniswurzel, Samenleiter, Wahrnehmung des eigenen Körpers, Überwindung der Sprachlosigkeit, die bei uns Männern zum Thema Sexualität noch enorm groß ist. Warum eigentlich nicht?

Auf die Idee kam ich durch Diaphragma-Paargruppen, die ich als Arzt mitgemacht habe. Doch was mich immer wieder überrascht, wie klar Frauen über Reaktionen ihres Körpers sprechen konnten, über Erfah-

rungen, Wünsche und Bedürfnisse (denke ich an unsere männliche Sprachlosigkeit, werd ich ganz neidisch). Aber wen in der Vielzahl der „Neuer Mann“-Publikationen und in psychologischen Untersuchungen immer wieder die Distanz von Männern zum eigenen Körper beschrieben wird (auch und gerade im Zusammenhang von Gewalt gegen Frauen), dann ist es doch an der Zeit, hierzu Beratungs- und Informationsangebote zu erproben. Wenn Pro Familia sich da nicht stark macht – wer dann?

Der jetzt anstehende Schritt heißt: Dem Thema „Männer und Verhütung, Sexualität“ zu mehr Selbstverständlichkeit, mehr Öffentlichkeit zu verhelfen. Dazu braucht es männliche Berater.

Wolfgang Friederich, 34 Jahre, 1979-82 als Arzt tätig in der Pro Familia Berlin. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Beratung von Männern.



STIFTUNG WARENTEST		PRÄSERVATIVE					Heft 8/1983	
test KOMPASS		Preis pro Stück in DM	Preis pro Packung in DM	Gebrauchs-infor-mation ¹⁾	Allgemeine Beschaffenheit	Handhabung	Technische Prüfung	test-Qualitätsurteil
Bewertung				10%	10%	10%	70%	
Lavetra Glyder	0,33	3 Stck. 2,- 36 Stck. 15,- 150 Stck. 50,-		+	++	++	+	gut
Secura Gold	0,39	12 Stck. 8,40 48 Stck. 20,- 96 Stck. 37,90		++	++	++	+	gut
Blausiegel Hauchdünn	0,50	2 Stck. 1,-	O ²⁾	++	++	++	++	gut
Fromms Transparent	0,50	3 Stck. 1,50	O	++	++	++	+	gut
Ritex Sanex	0,50	2 Stck. 1,- 3 Stck. 1,50	-	++	++	++	-- ^{*)}	sehr mangelhaft
Fromms FF Feuchtfilm	0,58	3 Stck. 2,- 8 Stck. 5,- 12 Stck. 7,-		++	++	++	O ³⁾	zufriedenstellend
Ritex Sanssouci	0,62	1 Stck. 1,- 2 Stck. 1,50 3 Stck. 2,- 8 Stck. 5,-		-	++	++	-- ^{*)}	sehr mangelhaft
London Gefühlsecht	0,64	2 Stck. 2,- 7 Stck. 5,- 10 Stck. 8,- 25 Stck. 16,-		+	++	++	O	zufriedenstellend
R 3 hauchfein	0,75	2 Stck. 1,50	- ^{*)}	++	++	++	++	gut
R 3 activ feucht	0,75	2 Stck. 1,50		++	++	++	- ^{*)}	mangelhaft
Blausiegel ABC	0,87	2 Stck. 2,- 5 Stck. 5,- 8 Stck. 7,-		++	++	++	+	gut
ContraCor promed	1,00	2 Stck. 2,50 10 Stck. 10,-		++	-	-	-	mangelhaft

***) Führt zur Abwertung**
¹⁾ Das Urteil bezieht sich auf Anwendungshinweise und das Haltbarkeitsdatum der Prüfmuster.
²⁾ Wegen fehlender Anwendungshinweise Abwertung des test-Qualitätsurteils auf „gut-“.
³⁾ Das test-Qualitätsurteil konnte nicht besser sein als das Urteil der Technischen Prüfung

Die Kurzfassung des Untersuchungsergebnisses der Stiftung Warentest, erschienen in Heft 8/83, in dem auch der ausführliche Bericht steht.

Erfahrungen mit dem Diaphragma

Eine Befragung von 155 Frauen

Hertha Appelt, Bernhard Strauß,
Anita Iendra und Dorothee Schneider

Die Diskussion über das Diaphragma als „alternative Kontrazeptionsmethode“ ist meist sehr emotional gefärbt. Die einen halten es für verantwortungslos, einer Frau, die zur Zeit nicht schwanger werden möchte, eine so unsichere und unhygienische Methode zu empfehlen. Andere denken, es wäre rücksichtslos, eine Frau nicht auf diese natürliche, unschädliche Methode hinzuweisen, um ihr dann selbst zu überlassen, ob sie die mögliche Unsicherheit der hormonellen Beeinflussung ihres Zyklusgeschehens vorziehen möchte.

Angaben zur Sicherheit des Diaphragmas schwanken extrem, sicherlich in Abhängigkeit von den untersuchten Kollektiven und der Position der Autoren. Der Pearl-Index variiert in Überblicksarbeiten dementsprechend von 2,4 bis 19,6 bei Wortman (1976), von 2,4 bis 25 bei Schmidt-Matthiesen (1979) oder von 3 bis 34 bei Rabe & Runnebaum (1981). Die Untersuchungen, die einen günstigen Pearl-Index fanden, wurden meist an Familienplanungszentren durchgeführt, die eine ausführliche Instruktion zur Anwendung des Diaphragmas gewährleisten (Vessey & Wiggins, 1974; Lane et al., 1976).

Obwohl das Diaphragma 1882 von einem Arzt aus Flensburg entwickelt wurde (Mensinga, 1882) und Anfang dieses Jahrhunderts nur in Deutschland, Holland und Großbritannien erhältlich war, fand diese Kontrazeptionsmethode vor allem in den USA weite Verbreitung (Wortmann, 1976). In Deutschland soll in den letzten Jahren die Verwendung des Diaphragmas wieder zugenommen haben, Zahlenangaben hierzu sind uns jedoch nicht bekannt.

Zweck der vorliegenden Untersuchung war es *nicht*, die Sicherheit des Diaphragmas zu überprüfen. Dies wäre nur in einer umfangreichen Längsschnittuntersuchung möglich. Es sollte vielmehr erfragt werden, warum Frauen das Diaphragma benutzen, welche Erfahrungen sie mit anderen Kontrazeptionsmethoden haben und wie zufrieden sie selbst und ihre Partner (aus der Sicht der Frauen) mit dem Diaphragma sind.

In der Verhütungsberatung von Pro Familia spielt das Diaphragma eine bedeutende Rolle. Hier vor allem scheint sich die Gruppenberatung bewährt zu haben. Über Erfahrungen mit dem Diaphragma wurden in der BRD bislang keine verlässlichen Untersuchungen veröffentlicht. Die folgende Studie aus dem Institut für Sexualforschung in Hamburg dürfte daher auch für die Beratungsarbeit in der Pro Familia eine wichtige Grundlage sein, auch wenn darin zur Sicherheit und zur Verbreitung des Diaphragmas keine neuen Angaben gemacht werden können.

Untersuchungsmethode

Zur Erhebung von soziodemographischen Angaben, Angaben zur gynäkologischen Anamnese, zur Sexualanamnese, zu Partnerschaft, Kinderwunsch und Schwangerschaft, zur Verhütungskarriere und zum Diaphragma selbst wurde ein Fragebogen mit 73 Fragen entwickelt. Zusätzlich sollten die Frauen in zwei offenen Fragen frei formulierend negative Aspekte des Diaphragmas beschreiben und begründen, warum sie sich letztendlich für diese Methode entschieden haben.

Es sollten möglichst viele Frauen erreicht werden, die das Diaphragma benutzen. Dies wurde über Institutionen versucht, die das Diaphragma als Kontrazeptionsmethode empfehlen. Neben einigen Arztpraxen, in denen die Fragebögen vom Arzt verteilt wurden, erklärte sich eine Beratungsstelle der Pro Familia in Hamburg bereit, Frauen, denen dort einmal ein Diaphragma angepaßt worden war, einen Fragebogen mit Freiumschlag zuzusenden. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Rücklaufquote von insgesamt 46% findet sich in Tab. 1.

Tab. 1:
Verteilung und Rücklauf der Fragebogen

	Verteilung N= 340	Rücklauf N= 155	Anteil am Gesamt-rücklauf
Pro Familia Hamburg	195	50%	63%
Pro Familia Heidelberg	19	53%	6%
Gesundheitsladen/ Buchladen	16	38%	4%
Arztpraxen	85	26%	14%
Persönliche Kontakte	25	80%	13%

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt 155 Fragebögen gingen in die Datenauswertung ein. Das Alter der untersuchten Frauen betrug zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt 26 Jahre (17–38). 84% hatten Abitur, die Hälfte der Frauen befand sich noch in Ausbildung, meist im Studium, wobei ein Drittel der Studentinnen sozialwissenschaftliche Fä-

cher studierte. Nur 28% waren voll berufstätig, 6% arbeitslos und die restlichen zeitbeschäftigt oder Hausfrauen.

Nur 7% der Frauen waren verheiratet, 72% lebten in einer festen Partnerschaft, ohne verheiratet zu sein, 21% hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinen festen Partner. Die durchschnittliche Dauer der Partnerschaft betrug 2,9 Jahre. 88% der befragten Frauen hatten keine Kinder, 14 Frauen hatten ein Kind, 2 Frauen zwei Kinder.

Das Menarchealter der befragten Frauen betrug im Durchschnitt 13,1 Jahre (10–17 Jahre). 75% gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung regelmäßig zu menstruierten. 25% waren wegen unregelmäßigem Zyklus bereits in ärztlicher Behandlung, die bei der Hälfte in einer Hormonmedikation bestand. Um die Ovulation festzustellen, hatten 75% der Frauen über mindestens einen Menstruationszyklus Temperatur gemessen, 60% hatten dabei mindestens einmal die Ovulation festgestellt. Beim ersten Koitus waren die Frauen im Durchschnitt 17,7 Jahre alt und hatten durchschnittlich seit einem Alter von 18,5 Jahren regelmäßigen sexuellen Verkehr. 32% der Frauen waren bereits mindestens einmal schwanger gewesen. Insgesamt wurden 62 Schwangerschaften angegeben, 27% waren ungewollt und 73% gewollt. 8,4% der gesamten Stichproben gaben an, trotz Verhütung schon einmal schwanger gewesen zu sein, wobei 4 Frauen meinten, das Diaphragma habe versagt, zwei das Kondom oder die Temperatur- und die Zeitwahlmethode und je eine Frau Portiokappe, sowie Vaginalcreme und Schleimstrukturmethode.

Fast die Hälfte der Frauen ging halbjährlich zur Vorsorgeuntersuchung, 85% mindestens einmal pro Jahr. 94 Frauen waren bereits wegen einer Frauenkrankheit in ambulanter ärztlicher Behandlung gewesen, wobei in 50% der Fälle eine Entzündung der Brust und/oder Genitalorgane der Grund des Arztbesuches war. In stationärer Behandlung wegen einer Frauenkrankheit hatten sich 15% befunden, auch hier vorwiegend wegen unspezifischer Entzündungen. Maligne Erkrankungen kamen als Ursache für stationäre oder ambulante ärztliche Behandlung nicht vor.

Ergebnisse

1) Verhütungskarriere

Es gab kaum Frauen (nur 4%), die ausschließlich mit dem Diaphragma Erfahrung hatten. Fast alle (87%) hatten irgendwann einmal über mindestens ein Jahr die Pille genommen. Am zweithäufigsten folgte das Kondom mit 29%, danach die Spirale mit 28%. Abb. 1 gibt einen genauen Überblick über die Reihenfolge der Anwendung unterschiedlicher Kontrazeptionsmethoden und deren Häufigkeit. Im Durchschnitt hatten die Frauen mit drei Verhütungsmitteln längere Erfahrung, bevor sie sich entschieden hatten, das Diaphragma zu verwenden. Die am häufigsten „zurückgelegten Wege“ waren der von der Pille direkt zum Diaphragma (32%) oder der von der Pille über Spirale zum Diaphragma (14,5%).

Von besonderem Interesse war für uns die Frage, warum Frauen andere Verhütungsmittel aufgaben. Von denen, die früher einmal die Pille genommen hatten, gaben 74% Angst vor gesundheitlichen Schäden als Grund für das Absetzen an, 40% empfundene Nebenwirkungen und 27% seelische Beeinträchtigungen. Die Spirale wurde von 48% der Frauen aus Angst vor gesundheitlichen Schäden und von 62% wegen empfundener Nebenwirkungen abgesetzt. Seelische Beeinträchtigungen spielten hier bei 5% nur eine untergeordnete Rolle. 19% gaben an, unter hormoneller Kontrazeption negative Auswirkungen auf die Sexualität beobachtet zu haben. 46% hatten die Pille abgesetzt, da sie sie „einfach satt hatten“. Dieser Grund wurde von 16% der Frauen, die Erfahrung mit der Spirale hatten, für die Entscheidung gegen die Spirale gegeben.

Tab. 2:
Gründe für das Interesse am Diaphragma vor der Verhütungsberatung
(offene Frage)

Wollte die Pille nicht mehr	39%
Wollte keine Spirale	31%
Diaphragma ist verhältnismäßig sicher und unschädlich	25%
Durch Freundinnen empfohlen	18%
Kein Eingriff in den Hormonhaushalt	8%
Wenig Nebenwirkungen	8%
Wollte sichere Methode	6%
Nur bei Bedarf anzuwenden	6%
Wenig Chemie	4%
Billige Methode	4%
Abwechslung mit Partner	3%
Partner wollte nicht, daß die Pille benutzt wird	1%
Partner wollte keine Kondome	1%

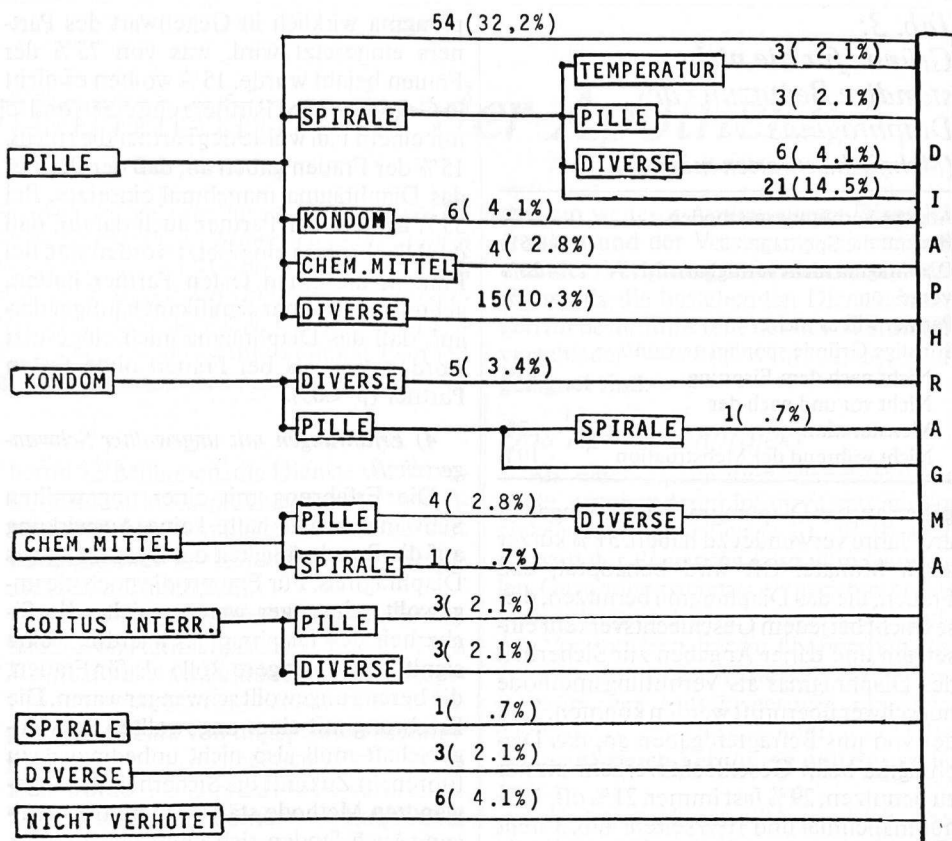


Abb. 1: Reihenfolge der Anwendung verschiedener Verhütungsmittel und Häufigkeit der „zurückgelegten Wege“

2) Verhütungsinformation und Beratung

Ausführliche Informationen über das Diaphragma bekamen Frauen am häufigsten in einer Beratungsstelle (63%; fast ausschließlich bei Pro Familia) oder von Freundinnen und Bekannten (60%). An dritter Stelle folgten schriftliche Informationen (50%). In 13% der Fälle wurden die befragten Frauen von einer Frauenärztin und in 9% von einem Frauenarzt ausführlich über das Diaphragma informiert. Zunächst wurde erfragt, warum sich Frauen ursprünglich für das Diaphragma als Verhütungsmethode interessiert hatten. Die Gründe für das Interesse am Diaphragma vor der Inanspruchnahme einer ausführlichen Beratung sind in Tab. 2 zusammengefaßt. Es wird deutlich, daß die Ablehnung der konventionellen Verhütungsmethoden bei der Entscheidung für das Diaphragma von besonderer Bedeutung war und erst an dritter Stelle die positive Beurteilung des Diaphragmas folgte. Der Einfluß des Partners wurde als Grund für das Interesse am Diaphragma nur extrem selten spontan genannt.

Während 37% der Frauen angaben, das Diaphragma in einer Arztpraxis angepaßt bekommen zu haben und 63% in einer Pro Familia-Beratungsstelle, gaben nur 20% an, auch die Benutzung des Diaphragmas in

der Arztpraxis erlernt zu haben, hingegen 60% in der Beratungsstelle. 13% gaben an, die Benutzung des Diaphragmas allein erlernt zu haben.

Befragt nach der Ausführlichkeit der Verhütungsberatung gaben 89% der Frauen, die bei einer Pro Familia-Beratungsstelle Verhütungsberatung erhalten hatten (N = 73) an, daß diese ausführlich gewesen sei und 11%, daß sie ausreichend gewesen sei. Diejenigen Frauen, die von einer Frauenärztin beraten worden waren (N=19), gaben zu 32% an, die Beratung sei ausführlich, zu 54% sie sei ausreichend und zu 16%, sie sei nicht ausreichend gewesen. Zwei Drittel der Frauen, die bei einem Frauenarzt (N=12) die Diaphragma-Beratung erhalten hatten, gaben an, nicht ausreichend beraten worden zu sein, 17% ausführlich und 8% ausreichend. Es scheint somit Frauenärzte und -ärztinnen zu geben, die das Diaphragma zwar anpassen, die Frauen aber nicht hinreichend in die Benutzung dieser Verhütungsmethode einweisen.

3) Anwendung des Diaphragmas

Zum Zeitpunkt der Befragung betrug die Anwendungsdauer des Diaphragmas bei den 155 untersuchten Frauen im Durchschnitt 14 Monate. Nur acht Frauen (5%)

Tab. 3:
Gründe für die nicht ständige Benutzung des Diaphragmas
(Mehrfachantworten möglich)

Andere Verhütungsmethoden	66%
Hemmt die Spontaneität	35%
Diaphragma nicht verfügbar	20%
Vergessen	3%
Partner will es nicht	3%
Sonstige Gründe spontan genannt:	
Nicht nach dem Eisprung	10%
Nicht vor und nach der Menstruation	7%
Nicht während der Menstruation	10%

gaben an, das Diaphragma bereits länger als drei Jahre verwendet zu haben, 31 % kürzer als 6 Monate. Oft wird behauptet, daß Frauen, die das Diaphragma benutzen, dieses nicht bei jedem Geschlechtsverkehr einsetzen und daher Angaben zur Sicherheit des Diaphragmas als Verhütungsmethode nur schwer überprüft werden könnten. 22 % der von uns Befragten gaben an, das Diaphragma beim Geschlechtsverkehr immer zu benutzen, 29 % fast immer, 21 % oft, 14 % nur manchmal und 10 % selten. Tab. 3 stellt die Gründe für die unregelmäßige Benutzung des Diaphragmas dar.

14 % gaben an, das Diaphragma aus hygienischen Gründen beim Koitus während der Menstruation zu benutzen, 8 % verwendeten es statt Tampons, 74 % verwendeten es während der Menstruation gar nicht (15 % hatten während der Regel keinen Sexuellen Verkehr).

88 % der Frauen benutzten das Diaphragma immer mit einem spermiziden Gel, 6 % fast immer, 3 % selten und nur 2 Frauen nie. Auf die Einschätzung des spermiziden Gels soll weiter unter bei der allgemeinen Beurteilung des Diaphragmas noch eingegangen werden. 97 % gaben an, immer oder fast immer nachzutasten, ob das Diaphragma auch richtig eingesetzt worden war. Die häufigste Kontrazeptionsmethode, die zusätzlich oder an Stelle des Diaphragmas angewandt wurde, war die Temperaturmessung mit 34 %, gefolgt vom Kondom (31 %), Rhythmus- (18 %) und Schleimstrukturmethode (11 %). Chemische Mittel wurden nur von 3 % und Koitus interruptus von 1 % der Frauen in diesem Zusammenhang angegeben. Frauen mit häufigem Geschlechtsverkehr verwendeten seltener noch andere Verhütungsmittel zusätzlich zum Diaphragma als Frauen mit seltenerem Geschlechtsverkehr, ($p < .01$).

Immer wieder wird argumentiert, beim Diaphragma handele es sich um eine Verhütungsmethode, bei der der Partner in die Kontrazeption miteinbezogen werde. Uns interessierte daher die Frage, ob das Dia-

phragma wirklich in Gegenwart des Partners eingesetzt wird, was von 75 % der Frauen bejaht wurde. 15 % wollten es nicht in Gegenwart des Partners einsetzen und in nur einem Fall wollte der Partner dies nicht. 15 % der Frauen gaben an, daß der Partner das Diaphragma manchmal einsetzte. Bei 53 % achtete der Partner auch darauf, daß das Diaphragma eingesetzt worden war. Bei Frauen, die einen festen Partner hatten, achtete der Partner signifikant häufiger darauf, daß das Diaphragma auch eingesetzt worden war, als bei Frauen ohne festen Partner ($p < .05$).

4) Erfahrungen mit ungewollter Schwangerschaft

Die Erfahrung mit einer ungewollten Schwangerschaft hatte keine Auswirkung auf die Regelmäßigkeit der Benutzung des Diaphragmas. Für Frauen, die noch nie ungewollt schwanger waren, spielte die Sicherheit des Diaphragmas allerdings eine signifikant wichtigere Rolle als für Frauen, die bereits ungewollt schwanger waren. Die Erfahrung mit einer ungewollten Schwangerschaft muß also nicht unbedingt dazu führen, in Zukunft die Sicherheit der angewandten Methode stärker zu berücksichtigen. Auch fanden sich unter den Frauen, die noch nicht ungewollt schwanger waren, mehr Frauen, die unsicher waren, ob sie beim Diaphragma bleiben sollten, als in der anderen Gruppe. Die Meinung des Partners zum Diaphragma wurde von Frauen beider Gruppen als gleich wichtig eingeschätzt.

5) Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch

Wie bereits erwähnt, lebte die Mehrzahl der befragten Frauen in einer festen Part-

nerschaft (79 %). Von besonderem Interesse war daher die Beurteilung des Diaphragmas als Kontrazeptionsmethode durch den Partner zum Zeitpunkt der Entscheidung für das Diaphragma sowie zum Zeitpunkt der Befragung. Tab. 4 gibt einen Überblick, wie wichtig für die Frauen die Beurteilung des Diaphragmas durch ihre Partner war oder ist, unabhängig davon, ob sie noch dieselben Partner haben wie zum Zeitpunkt der Entscheidung für das Diaphragma. Auf die Zufriedenheit der Partner mit dieser Methode soll weiter unten noch eingegangen werden.

Um der Frage spezifischer Auswirkungen auf die Sexualität nachzugehen, wurden die Frauen aufgefordert, zu beurteilen, ob sich das sexuelle Erleben seit der Benutzung des Diaphragmas verändert hätte (Tab. 5). Insgesamt 33 % gaben an, positive Veränderungen unterschiedlichster Art beobachtet zu haben, und 14 % negative Veränderungen.

Fortsetzung auf Seite 25

Tab. 4:
Bedeutung der Meinung des Partners über das Diaphragma
(nur für Frauen mit Partner)

	Zum Zeitpunkt der Entscheidung für das Diaphragma (N = 121)	Zum Zeitpunkt der Befragung (N = 112)
sehr wichtig	18 %	22 %
wichtig	42 %	63 %
egal	40 %	15 %

Tab. 5:
Veränderungen des „sexuellen Erlebens“ seit der Benutzung des Diaphragmas
(offene Frage, nur Antworten, die häufiger als viermal gegeben wurden)

Art der Veränderung des sexuellen Erlebens	Frauen mit positiven Veränderungen (N = 51)	Anteil an Gesamtstichprobe (N = 155)	Frauen mit negativen Veränderungen (N = 21)	Anteil an Gesamtstichprobe (N = 155)
„Bewußter sein“ freier, experimentierfreudiger	20 %	6 %		
bessere Einstellung zum Körper	18 %	6 %		
bewußtere Einstellung zum Geschlechtsverkehr	16 %	5 %		
körperlich nicht mehr beeinträchtigt	16 %	5 %		
	14 %	4 %		
Spontaneität gehemmt			29 %	4 %
Angst vor Schwangerschaft			24 %	3 %
umständlich			19 %	3 %

Verhütungsinformation in der Apotheke

Auch in der Bundesrepublik Deutschland haben in letzter Zeit Apotheker ein deutliches Interesse an Fragen und Methoden der Familienplanung gezeigt. Unsere Schwesterorganisation in Großbritannien hat in mehreren Abschnitten einen systematischen Versuch unternommen, um herauszufinden, ob und in welcher Weise Apotheken geeignet sind, das Familienplanungsberatungsangebot zu ergänzen. Philip Meredith, der für uns darüber berichtet, war an diesem Versuch beteiligt. Er ist in der Geschäftsstelle der Region Europa der International Planned Parenthood Federation tätig. Die Übersetzung aus dem Englischen besorgte Meike Loth-Kraemer.

Philip Meredith

Familienplanung in Großbritannien wurde in den Jahren 1974 bis 1976 in den Nationalen Gesundheitsdienst einbezogen, um Männern und Frauen, unabhängig von ihrem Alter, kostenlose Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen durch die bereits bestehenden, von der *Family Planning Organisation* (FPA) kontrollierten Beratungsstellen und diejenigen Allgemeinärzte, die bereit waren, Verhütungsservice zu leisten. Dies bedeutete, daß nunmehr diese Dienstleistungen über nationale Steuereinnahmen durch die Gesundheitsbudgets der lokalen Behörden zu finanzieren waren.

Die Beteiligung der Regierung ließ sich rechtfertigen durch den wirtschaftlichen wie auch gesundheitlichen Nutzen für die Nation, der sich ergeben würde durch die Verhinderung ungewünschter Schwangerschaften, die konsequente Reduzierung der Sterblichkeitsrate nach der Geburt und der emotionalen Belastung der Mütter sowie die allgemeine Verbesserung der physischen Gesundheit der Familien.

Von den ungefähr sechs Millionen der Bevölkerung, die Verhütungsmittel benutzen, werden über zwei Millionen Frauen/Paare mit Dienstleistungen durch Allgemeinärzte versorgt, verglichen mit annä-

hernd 1,5 Millionen, die Dienste von Beratungsstellen in Anspruch nehmen. Die meisten des verbleibenden Restes kaufen Verhütungsmittel im Einzelhandel - hauptsächlich in Apotheken.

Es besteht kaum Zweifel, daß die Erweiterung von Familienplanungsdiensten zum Wohlbefinden von Einzelpersonen beitragen hat, wobei eine bedeutende Verringerung der Zahl von ungeplanten Schwangerschaften im vergangenen Jahrzehnt erzielt wurde.¹⁾ Die relativ weit verbreitete Verfügbarkeit moderner wirkungsvoller Kontrazeptiva in Verbindung mit anderen gesellschaftlich-kulturellen Veränderungen, insbesondere in bezug auf Status und Erwartungen von Frauen und jungen Leuten beiderlei Geschlechts, hatte jedoch eine negative Auswirkung auf den Anteil an ungeplanten, unerwünschten Schwangerschaften gehabt.

Die Tatsache, daß heute eine zufällige Schwangerschaft (oder „Verhütungsversagen“) weniger hingenommen wird, hat sich bei der Zahl derer bemerkbar gemacht, die Schwangerschaftsabbrüche verlangen, und das Bedürfnis nach größerer Verhütungsverantwortung unter den sexuellen Aktiven hervorgehoben. Ein neuerer Überblick über die Verbrauchereinstellungen zu den bestehenden Dienstleistungen²⁾ bestätigte,

daß ein weiterer Ausbau dieser Dienstleistungen und der Versorgung mit entsprechender Verhütungsinformation notwendig ist, da die bestehenden Dienstleistungen für bestimmte Teile der Bevölkerung zu verschiedenen Perioden ihres Lebens ungeeignet sind.

Das Apothekenprojekt

Als eine Organisation, deren aktuelle Rolle, unter anderen informativen und erzieherischen Aufgaben es ist, die Qualität der von der Regierung (also vom Nationalen Gesundheitsdienst) eingerichteten Familienplanungsdienste vom Standpunkt des Verbrauchers her zu überwachen, hat die FPA ständig nach alternativen und kostengünstigen Mitteln gesucht, um etwas gegen die öffentliche Unkenntnis über den Themenbereich Verhütung und Sexualität zu tun.

1980 beschloß die FPA mit hilfreicher Unterstützung der *Pharmaceutical Society of Great Britain* (PSGB)³⁾, die Möglichkeiten zu erforschen die Rolle des Apothekers bei der Gesundheitsfürsorge besonders im Hinblick auf Familienplanung zu erweitern. Denn es war wohl bekannt, daß viele kommunale Einzelhandelsapotheker traditionsgemäß ihre Kunden beim Kauf von Kondomen und Spermiziden mit Ratschlägen über Verhütung versorgten, obwohl diese unterstützende Rolle kaum je anerkannt wurde. Ebenfalls ist es klar, daß die Apotheker in vielen Fällen Information und Beratung über Geburtenkontrolle und sexuelle Probleme erteilen. Die Apotheke als Ort des Geschehens bietet auch die wertvolle Möglichkeit, nötigenfalls an die Beratungsstelle oder den praktischen Arzt zu

- Anzeige -



Roger und Ina, Ratingen

**14 Tage zittern. Nie wieder.
Wo Verhütung
doch so einfach ist.**

Kondome/Präservative mit dem dlf Gütezeichen bieten geprüfte Sicherheit.



insenden an dlf Info, Liesegangstr. 10, 4000 Düsseldorf
**Gutschein für kostenlose
 Informationsbroschüre**
 Mit Probe?
 ja
 nein

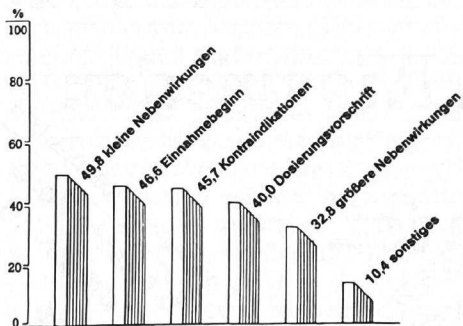
verweisen – sei es bei Methoden, die bei der Apotheke selbst nicht erhältlich sind, oder zur Beratung durch einen Spezialisten bei ernsthafteren Problemen. Der engagierte Apotheker ist oft in der idealen Lage, das für den Klienten notwendige Vertrauen zu schaffen – oder wiederherzustellen – sich an die eigentlichen Servicestellen zu wenden.

Soweit absehbar, wird auch in Zukunft die Mehrheit der verfügbaren Verhütungsmethoden medizinische Überwachung und, falls nötig, spezielle Einrichtungen erfordern. Unter Berücksichtigung dessen bestand nicht die Absicht, daß der Apotheker die bestehenden Dienstleistungen ersetzen oder mit ihnen konkurrieren sollte, sondern er sollte diese ergänzen, indem er sich derjenigen annehme, die bis dahin keine Informationsquelle gehabt hatten, als auch derjenigen, die medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, aber zusätzlicher Information bedürfen.

1981 wurde ein Fragebogen versandt an eine Zufallsauswahl von 660 Apotheken, die im ganzen Vereinigten Königreich ausgesucht waren, um festzustellen, wie sehr Apotheker bei der Versorgung mit Kontrazeptiva beteiligt sind (je nach Art der Apotheke und geographischer Lage etc.) und inwieweit sie bereit wären, eine erweiterte Rolle bei der Verhütungsberatung zu übernehmen.⁴⁾ Der Rücklauf von Antworten war sehr hoch (90%) und sehr ermutigend.

Praktisch jeder Apotheker hatte Verhütungsmittel irgendeiner Art auf Lager: 99% orale Mittel, 98% Kondome, 95% Spermizide. 60% der Befragten berichteten, daß sie Fragen nach Information über die Pille von 10–15% der Frauen, die dafür Rezepte vorlegten, beantwortet hatten. 398 Apotheker oder 68% der Befragten berichteten von Nachfragen nach Beratung von Frauen, die Rezepte für orale Kontrazeptiva vorlegten. Die dabei behandelten Themen werden in der folgenden Darstellung veranschaulicht:

Themenbereiche, in Prozent, die Anlaß zu Beratungswünschen waren



Ein Viertel der Apotheker überwiesen bis zu 50% dieser Ratsuchenden an prakti-



Für die Aktion wurde eigens Informationsmaterial erstellt. Für Apotheker, die sich beteiligen wollten, standen Aufkleber und andere Werbemittel zur Verfügung.

sche Ärzte oder Beratungsstellen, während 40% der Apotheker alle Anfragen selbst erledigten.

Sehr bedeutsam ist, daß 81,5% der Befragten berichteten, das Erteilen von Verhütungsinformation sei für sie bereits Teil ihres Berufsverständnisses, während 85,5% dies als Teil ihrer künftigen Rolle ansahen. Ein erheblicher Prozentsatz (69%) ging noch weiter und schloß Beratungstätigkeit in seine gegenwärtige Aufgabe ein, während 75% Beratung nach geeigneter Ausbildung als Teil einer künftigen Rolle ansahen. Eine unerwartet hohe Anzahl der Befragten stellte fest, daß sie in der Lage waren, vertrauliche Beratung mit einem vernünftigen Grad an Geheimhaltung zu erteilen (72%).

Aufgrund dieser Erkenntnis begann 1982 ein zweiter Abschnitt des Projekts, um mittels einer neuen Auswahl an Apothekern die für einen Probeservice notwendigen Materialien zu entwickeln. Die FPA begann durch ihre regionalen Büros Familienplanungsausbildung (einschließlich Gesprächsführung) für Apotheker anzubieten. Ein Designer wurde beauftragt, einen Vielzweckstand herzustellen, um in der Apotheke Broschüren der FPA über Verhütungsmethoden (kostenlos, Selbstbedienung) auszulegen. Der medizinische Ausschuß der FPA stellte ein medizinisches Referenzhandbuch speziell für den Apotheker zusammen, das die Grenzen seiner / ihrer Beratungsaufgabe zu definieren half. Um die Materialsammlung, die in dem Versuch 1983 (Abschnitt 3) benutzt werden sollte, zu ergänzen, wurde schließlich ein Verzeichnis der nationalen Beratungsstellen mitgeliefert, um die betroffenen Apotheker in die Lage zu versetzen, Ratsuchende, falls notwendig, an deren nächste Quelle

für (medizinische) Familienplanungshilfe zu verweisen. Fenster-/Tür- und Ladenkasenaufkleber, die die Botschaft enthielten: „Kostenlose Familienplanungsinformation, fragen Sie den Apotheker“ vervollständigten den Packen von Materialien, mit dem Apotheker, die an dem Versuch teilnehmen wollten, beliefert werden sollten.

Im Januar 1983 wurden den über 700 Apothekern (zufällige Auswahl), die ihre Teilnahme für einen festgelegten Zeitraum von drei Monaten zugesagt hatten, diese Materialien zusammen mit einem Fragebogen zugesandt, der nach dem Versuch ausgefüllt an die FPA zurückgeschickt werden sollte.⁵⁾ Ziel dieses Abschnittes war es aufzudecken, ob irgendwelche Umstände auftauchten, die Apotheker daran hinderten, bei Bedarf eine beratende Rolle in bezug auf Verhütungsmittel zu übernehmen. Erst in zweiter Linie sollte die öffentliche Reaktion auf den neuen Service getestet werden. Da das Projekt auf bestimmte Orte konzentriert war, wurde keine landesweite Medienwerbung unternommen.

Über 70% derjenigen, denen die Materialien zugesandt worden waren, beteiligten sich und erstellten einen Bericht. 25% dieser Befragten waren weiblich, jedoch hatte das Geschlecht nur einen sehr geringen Einfluß auf die Bereitschaft der Apotheken, den Verhütungsberatungsservice in Anspruch zu nehmen. Praktisch alle (97%) legten die Broschüren über die sechs Methoden in der einen oder anderen der zur Verfügung gestellten Darstellungsweisen aus. Am Ende des Versuchs bestätigten 78%, daß dieser Service eine akzeptable Ergänzung ihrer bereits bestehenden Beratungsfunktionen darstellte, und 21% berichteten, daß der Verkauf von Kontrazeptiva dadurch angestiegen war. 80% berichteten, daß sie mit Hilfe der FPA-Materialien genügend Wissen und Vertrauen hatten, um Anfragen ihrer Kunden über Verhütung zu beantworten. Trotzdem entschlossen sich noch 26% einige ihrer Kunden an lokale Familienplanungsbüros oder praktische Ärzte zu überweisen. 45% der Apotheker bestätigten, daß sie in der Praxis in der Lage waren, mündliche Beratung an einem Platz außerhalb der Hörweite anderer Kunden zu erstellen, ohne in unannehmbare Weise ihre sonstigen Tätigkeiten unterbrechen zu müssen.

Die Begeisterung, die sich in den Reaktionen der Mehrheit der Apotheker ausdrückte, der Öffentlichkeit auf diese Weise eine Dienstleistung anzubieten, bestätigt der FPA, daß die Einrichtung eines landesweiten apothekengestützten Informationsservice möglich ist. Denn nur auf lange Sicht gesehen kann der Einfluß, den Apotheker auf das öffentliche Wissen über Kontrazeption haben könnten, gemessen wer-

den. Ein nicht geringer Teil des Problems der öffentlichen Unkenntnis über diese Dinge ist die britische Scheu gegenüber Angelegenheiten der Sexualität, die nur durch eine schrittweise Hinführung zu leicht verfügbarer Information über ihre „technischen“ Aspekte abgebaut werden kann.

Folglich war man nur wenig überrascht festzustellen, daß die anfängliche öffentliche Reaktion auf diese nicht propagierte Dienstleistung nicht ganz den Erwartungen der Apotheker entsprach, die bereitwillig mithelfen wollten, die Öffentlichkeit über die Vermeidung zufälliger Schwangerschaften zu unterrichten. (Zum Beispiel berichteten annähernd 50% der Befragten, daß 50-100 Broschüren über jede Methode während der dreimonatigen Versuchsperiode mitgenommen worden waren, bei relativ wenig Nachfrage nach persönlicher Beratung.)

Die bisherigen Erfahrungen haben die FPA dazu veranlaßt, eine systematische Untersuchung des Konsumentenverhaltens in Auftrag zu geben, um auch etwas über die Motive der Interessenten in Erfahrung zu bringen.

Anmerkungen

- 1) Cartwright, A.: Recent Trends in Family Building and Contraception. Studies on Medical and Population Subjects, No. 34 1978. Office of population Censuses and Surveys. Her Majesty's Stationary Office, London.
- 2) Allen, I.: Family Planning, Sterilisation and Abortion Services. 1981. Policy Studies Institute, London.
- 3) Aufgabe der PSGB ist es, die Interessen ihres Berufszweiges zu wahren und zu fördern und Erfahrung, Prestige und Autorität des Apothekers zu mehren.
- 4) Der vollständige Bericht über diese Übersicht und die Begründung für dieses Projekt ist enthalten in: Pharmacy, Contraception and the Health Care Role.
- 5) Ein Rechenschaftsbericht des Autors über diesen Versuch und die Vorbereitung der benutzten Materialien ist enthalten in: Contraceptive Health Care through the Pharmacy, 1984, FPA (im Erscheinen).

- Anzeige -

Neues zur Sterilisation

Obwohl verlässliche Zahlen nicht zur Verfügung stehen, wird eine Trendaussage doch durch viele Indizien bestätigt: Die Bedeutung der Sterilisation nimmt in vielen Ländern und auch bei uns noch zu.

Ein leicht zugängliches, lesbares und preiswertes Buch, in dem man sich über diese Methode der Familienplanung besonders dann informieren kann, wenn man sich mit dem Gedanken trägt, sie selbst anzuwenden, lag bisher nicht vor. Das hat sich nun geändert:

Angelika Blume, Sterilisation. Entscheidungshilfen für Männer und Frauen. Reinbek: Rowohlt Taschenbuchverlag 1984. 220 Seiten, DM 9,80 (rororo Sachbuch Nr. 7817).

Die Autorin hat alles zusammengestellt, „das wichtig, interessant und hilfreich für einen Menschen sein kann, der sich sterilisieren lassen möchte“.

Bevor sie jedoch auf die grundsätzlichen und praktischen Aspekte einer Entscheidung zur Sterilisation eingeht, berichtet sie in einem ersten Kapitel ausführlich aus der Kultur- und Zeitgeschichte der Sterilisation. Dabei spielt der massenweise verbrecherische Umgang mit dieser medizintechnischen Methode unter den Gesichtspunkten von Erbgesundheit und Rassenhygiene eine leider hervorragende Rolle. Es ist richtig, in einem solchen Ratgeberbuch dieses finstere Kapitel der Geschichte der Sterilisation nicht zu überschlagen. Im übrigen informiert das Buch ausführlich und verständlich über die rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Aspekte der Sterilisation bei Mann und Frau, geht auf die Frage der Kosten ein und befaßt sich schließlich kurz mit der Möglichkeit einer Refertilisierung. Der komplexe Entscheidungsprozeß, der jeder Sterilisation zugrundeliegt, wird an acht ausführlichen Fallbeispielen plastisch gemacht.

Die Autorin schätzt, daß 80 bis 90 Prozent derjenigen, die sich in der Bundesrepublik sterilisieren lassen, Frauen sind. An anderer Stelle gibt sie die Gesamtzahl der Sterilisation in der Bundesrepublik mit jährlich etwa 30 000 bis 50 000 an. Demnach läge die Zahl der Männer, die sich sterilisieren lassen, zwischen 3 000 und 10 000 im Jahr. Dabei scheint mit die Obergrenze der Wahrheit näherzukommen als die Untergrenze. Weshalb sind es aber nach wie vor wesentlich mehr Frauen als Männer, die sterilisiert werden? Bei der Diskussion dieser Frage führt die Autorin einen interessanten Aspekt in die Diskussion ein: „Ein anderer Beweggrund ist für viele Frauen, daß ihnen die Sterilisation des Partners nicht viel nützen würde. Denn sie suchen für sich selbst einen möglichst sicheren und endgültigen Schwangerschaftsschutz, der auch dann wirksam ist, wenn sie sexuelle Kontakte zu einem anderen Mann haben.“

In diesem Buch, das im übrigen in dieser Zeitschrift noch ausführlich besprochen werden soll, werden die Fälle nur am Rande behandelt, in denen später eine Sterilisation wieder rückgängig gemacht werden soll. Zur Psychodynamik des Refertilisierungswunsches bei sterilisierten Frauen liegt jetzt ein Beitrag vor, der das Buch von Angelika Blume um wichtige Aspekte ergänzt:

Annelene Meyer: Das Mutterglück wiedergegeben? In: Psychosozial Nr. 21/1984, Seite 27-43 (rororo Sachbuch Nr. 7221).

Die Dynamik von Kinderwunsch, Fruchtbarkeit, Partnerschaft und weiblicher Identität wird im wesentlichen anhand von zwei Fallbeispielen sterilisierter Frauen mit Kinder- und Refertilisierungswunsch beschrieben. Die Autorin, eine klinisch tätige Psychologin, stellt die dieser Dynamik zugrundeliegenden Prozesse in einen Zusammenhang mit der Beziehung der sterilisierten Frauen zur eigenen Mutter. J. H.



Das Schönste auf der Welt ist ein eigenes Zuhause.

Kennen Sie das? Wenn Ihre kleine Tochter sich richtig austoben will und nicht weiß, wohin... Noch ist es nicht zu spät, mit Bausparen anzufangen. Mit einem Bausparvertrag beim BHW bringen Sie es auch in der heutigen Zeit noch zu eigenen vier Wänden. Die BHW-Bausparkasse bietet Ihnen mehr als nur Geld zum Bauen. Sprechen Sie doch mal mit Ihrem BHW-Berater. Das BHW steht in jedem örtlichen Telefonbuch.

BHW
BAUSPARKASSE

Auf uns baut
der öffentliche Dienst.

Die Portiokappe

Erste Erfahrungen bei der Pro Familia Tübingen

Eva Huenges

Im Januar 1983 kam eine 28 Jahre alte Amerikanerin zu uns, die seit fünf Jahren die Muttermundkappe erfolgreich zur Empfängnisverhütung verwendete. Sie brauchte eine neue Kappe. Ihr Frauenarzt hatte ihr eine kleine Plastikkappe angepaßt. Aber sie hatte kein Vertrauen dazu, sie wollte wieder ihre bewährte *Prentif*-Kappe haben. Wir fanden die Kappe in einem Prospekt der englischen *Family Planning Sales*-Organisation, von der wir auch unsere *Durex Flat Spring*-Diaphragmen beziehen. Wir ließen einen Satz Portiokappen kommen, die Patientin suchte ihre Größe heraus, setzte sie ein, und sie paßte tadellos. Nun zeigte mir die Patientin ausführlich, wie sie die Kappe einsetzt und wieder herausnimmt. Sie erklärte mir, wie sie sie jeweils zur Hälfte mit *Delfen*-Creme füllt und sie einmal in der Woche „wechselt“: herausnimmt, reinigt, mit Creme füllt und wieder einsetzt. Sie erzählte mir, daß ihre Mutter zwanzig Jahre lang erfolgreich die Muttermundkappe verwendet hatte. Zum Diaphragma hatte die Patientin kein Vertrauen, denn sie war einmal unerwünscht schwanger damit geworden. Das war unsere erste Portiokappen-Klientin.

Bevor ich nun die Fälle der fünf Frauen schildere, denen wir dann vom Oktober 1983 bis Januar 1984 eine Portiokappe angepaßt haben, will ich kurz diese in Deutschland wenig verwendete Methode beschreiben.

Portiokappe – was ist das?

Die Muttermundkappe war in Deutschland in den zwanziger und dreißiger Jahren offensichtlich weit verbreitet und wurde viel häufiger verschrieben als das Diaphragma (1). Unter den verschiedenen Fabrikaten beschränke ich mich auf die *Prentif*-Kappe, da sie die einzige ist, mit der wir bisher Erfahrungen machen konnten.



Die *Prentif*-Kappe wurde in den dreißiger Jahren in England entwickelt. Sie wird von *Lamberts* in London hergestellt und kostet zur Zeit etwa 13,-DM. Sie ist in vier Größen erhältlich. Sie besteht aus einer weichen Gummikuppel und einem festeren Gummiwulst, in den ein ringförmiger Hohlraum eingearbeitet ist. Dadurch saugt sich die Kappe, wenn sie genau paßt, mit ihrem Wulst an der Basis der Zervix fest. Die Zervix füllt die Kuppel nur zur Hälfte, der übrige Raum ist mit kontrazeptiver Creme gefüllt. Von allen Cremes, die im Gebrauch mit der Muttermundkappe getestet wurden, hat sich *Delfen*-Creme (*Ortho*) als die wirksamste erwiesen: Sie war bei der Hälfte der Fälle noch nach 7 Tagen spermizid wirksam (1, S. 144). Wird eine weniger wirksame Creme verwendet, so gilt die Empfehlung, daß bei jedem Koitus zusätzlich Creme in die Scheide eingeführt werden soll.

Bis in die fünfziger Jahre hinein war es üblich, die Kappe den ganzen Zyklus hindurch zu tragen und nur zur Zeit der Monatsblutung zu entfernen. Heute wird empfohlen, die Kappe nach jeweils sieben Tagen zu wechseln. Dabei klagten aber mehr als die Hälfte der Frauen über einen unangenehmen Geruch, der durch Ranzigwerden der *Delfen*-Creme entstehen kann (3). Diese Creme ist eine Öl-in-Wasser-Immersion, und der Fettanteil kann bei längerem Kontakt mit dem Zervixsekret in dem abgeschlossenen Raum der Kappe ranzig werden. Ursprünglich war diese Creme nicht zum Gebrauch mit der Kappe, sondern als alleiniges chemisches Verhütungsmittel entwickelt worden. Darüber hinaus hat sie sich auch beim Diaphragma bewährt. Ein erwünschter Nebeneffekt dieser Creme ist ihre schützende Wirkung gegen Genital-Infektionen, etwa gegen Tripper und Herpes (1). Um die Geruchsbildung in der Muttermundkappe zu vermeiden, empfehlen wir, sie öfter zu wechseln als alle sieben Tage, etwa nach jeweils drei oder vier Tagen.

Während der Menstruation wird die Kappe nicht getragen. Auch bei einer Zwischenblutung oder sonstigen Schmierblutung soll sie herausgenommen werden, da sonst die theoretische Möglichkeit einer Verschleppung von Endometrium in die Eileiter und die Bauhöhle besteht und damit die Gefahr einer Endometriose. In der Praxis ist diese Komplikation nicht nachgewiesen. Aber solange nicht geklärt ist, ob ein Endometriose-Risiko besteht, rät *Koch* (2) allen Frauen, die nicht bemerken, wann ih-

re Blutung einsetzt, vom Gebrauch der Kappe ab.

Die Sicherheit der Portiokappe liegt in der gleichen Größenordnung wie die des Diaphragma. Während für das Diaphragma der Pearl-Index zwischen 2,4 und 25 liegt, gibt *Koch* 1982 für die Kappe einen Pearl-Index von 9,25 an (2), und *Tietze et al.* errechneten einen Index von 7,6 (4). Im Unterschied zum Diaphragma wird die Kappe unabhängig vom Zeitpunkt des Geschlechtsverkehrs eingesetzt und nach einigen Tagen erst gewechselt. Man kann sie aber auch direkt vor dem Geschlechtsverkehr einlegen und sechs Stunden danach herausnehmen, das Einsetzen und Herausnehmen sind jedoch zeitraubender und umständlicher als beim Diaphragma.

Die Muttermundkappe ist geeignet für Frauen, die ein mechanisches Verhütungsmittel wünschen, aber das Diaphragma nicht benutzen wollen oder können, beispielsweise bei Scheidensenkung oder wenn das Einsetzen im Zusammenhang mit dem Koitus als störend empfunden wird. Kontraindikationen zur Kappe sind Endometriose und Entzündungen der Eileiter oder der Gebärmutter. Zellveränderungen an der Zervix (Erosionen oder Ektopien) sind nach *Koch* (2) keine Kontraindikation zur Muttermundkappe. Er hat beobachtet, daß sie unter der Kappe abheilen und daß Kappen-Benutzerinnen – ebenso wie Diaphragma-Benutzerinnen – seltener pathologische Zellbefunde im Krebsabstrich (pathologische *Pap*-Tests) hatten als die Kontrollgruppe.

Zur Technik des Anpassens wird auf die Literatur verwiesen (1, 2).

Fallbeschreibungen

Fall 1

Einer ledigen 19jährigen Erzieherin ohne Kinder war vom Frauenarzt das Diaphragma empfohlen worden, weil die Pille bei ihr aus medizinischen Gründen kontraindiziert war. Die Diaphragmen paßten bei ihr nicht: Der Scheidenraum hinter dem Schambein (retropubische Nische) war so flach, daß der Diaphragmaring keinen Halt fand. Auch das kleinste *Flat Spring*-Diaphragma konnte nicht zufriedenstellend eingelegt werden. Wir probierten die *Prentif*-Kappe 25, sie saß gut. Die Patientin legte sie selbst korrekt ein, beim Herausnehmen mußte ich ihr helfen. Ich empfahl ihr, das Einlegen mit Creme zu üben, und bei den ersten Anwendungen zusätzlich ein Kondom zu benutzen. Die Patientin kam erst nach fünf Monaten zur Kontrolluntersuchung. Die Kappe saß gut, und die Frau war sehr

zufrieden damit. Sie benutzte sie wie ein Diaphragma, sie legte sie stets vor dem Geschlechtsverkehr ein und nahm sie am nächsten Tag wieder heraus. Das gab ihr die Sicherheit, daß die spermizide Creme stets frisch und voll wirksam war.

Fall 2

Eine ledige 29jährige Studentin kam zusammen mit ihrer Freundin. Beide hatten Erfahrungen mit dem Diaphragma und wollten eine Kappe ausprobieren. Dieser Patientin war das Diaphragma zu groß, sie fand es ästhetisch wenig ansprechend. Auch die Kappe erschien ihr recht groß und unförmig. Wir paßten eine *Prentif*-Kappe an. Das Einsetzen gelang leicht, aber mit dem Herausnehmen kam die Patientin zunächst nicht zurecht. Nach vier Tagen kam sie zur Kontrolle, die Kappe saß noch auf der Portio. Ich nahm sie heraus, füllte sie mit Creme und ließ die Patientin sie wieder einsetzen. Nach zwei Wochen kam die Patientin zur nächsten Untersuchung. Sie konnte die Kappe jetzt gut allein wechseln, aber einmal, nach sechs Tagen ununterbrochenen Tragens, hatte der Creme- und Schleiminhalt der Kappe so sehr gerochen, daß die Frau sich sofort übergeben mußte. Auch jetzt beim Wechseln der Kappe war der starke, ranzige Geruch da. Ich empfahl ihr, die Kappe in Zukunft nach jeweils drei Tagen zu wechseln.

Fall 3

Die Freundin der vorigen Patientin, eine 27jährige ledige Studentin, hatte eine lange Verhütungsgeschichte hinter sich. Sie hatte zwei Schwangerschaftsabbrüche und eine menstruelle Regelung mit anschließender Eileiterschwangerschaft erlebt. Sie benutzte seit 1981 das Diaphragma, mußte es aber wegen häufiger Pilzinfektionen öfter weglassen. Ihr Partner lehnte das Diaphragma ab, er lehnte alle Verhütungsmittel ab. Im September 1982 hatten wir einen objektiv guten Sitz des Diaphragma festgestellt und ihr eine Paarberatung zur Verhütungsproblematik angeboten. Jetzt, im Januar 1984, wollte sie eine Kappe probieren. Am Tag der Anpassung hatte sie gerade ihre Menstruation. Entsprechend weich war die Portio und das Anpassen schwierig. Wir probierten die Größen 28, 25, 22 – alle erschienen zu groß. Die Patientin kam eine Woche später wieder, um jetzt noch einmal ohne Mensis die Kappe anpassen zu lassen. Wieder war die kleinste Kappe noch zu groß, sie saß nicht fest. Ich mußte der Frau von der Kappe abraten; es kam noch hinzu, daß bei ihr der Uterus stark anteflektiert war, so daß ein zufriedenstellender guter Sitz der Portiokappe auch deshalb nicht zu erwarten war, die Kappe wäre wahrscheinlich leicht beim Geschlechtsverkehr abgerutscht (2). Diese Patientin war sehr enttäuscht. Eventuell will sie weiter das Diaphragma benutzen, obwohl es ihren Partner stört. Zu einer Paarberatung war sie nicht motiviert.

Fall 4

Eine 29jährige verheiratete Frau mit zwei kleinen Kindern (außerdem einer Abtreibung und einer spontanen Fehlgeburt im vierten Monat) hatte nach der Geburt des zweiten Kindes Schwierigkeiten mit dem Diaphragma bekommen. Es erschien ihr zu groß, und vielleicht saß es falsch: Es störte beim Koitus. Wir fanden, daß

das *Durex*-Diaphragma 70 gut saß, aber die Patientin wollte jetzt lieber eine Portiokappe probieren. Die Kappe 31 paßte, und die Frau legte sie selbst ein. Nach vier Tagen kam sie zur Kontrolle. Herausnehmen und Einsetzen war leicht für sie, und die Kappe rutschte beim Geschlechtsverkehr nicht ab. Wir sprachen noch über ihre zwispaltige Einstellung zum Diaphragma und zur Kappe: Sie empfand das planvolle Einlegen eines Gummischutzes vor dem Koitus als „Entschleierung“, als bewußte Manipulation im Zusammenhang mit der eigenen Fruchtbarkeit. Auch ihr Partner habe ein Unbehagen dabei, er wolle gar nicht so genau wissen, was sie da tue zur Verhütung. Sie beschäftigte sich auch mit dem Gedanken, ein drittes Kind zu bekommen. Zwei Monate später hatte sich die Patientin an die Kappe gewöhnt, und es war ihr wichtig, daß die Kappe mehrere Tage lang, auch über das Wochenende, liegen bleiben konnte. Den unangenehmen Geruch nahm sie in Kauf.

Fall 5

Eine 24jährige ledige Künstlerin hatte ein einjähriges Kind, das ungeplant zur Welt gekommen war. Sie war vor kurzem zur „Pille danach“ bei uns gewesen. Dann wollte sie ein Diaphragma haben, aber ihre Frauenärztin hatte davon abgeraten, weil die anatomischen Verhältnisse es unmöglich machten. Die Patientin hatte eine starke vordere Scheidensenkung, alle Diaphragmen, auch das kleinste *Flat Spring*-Diaphragma, rutschten aus der Scheide heraus. Die Portio lag fast unmittelbar hinter dem Scheideneingang. Entsprechend einfach war das Anlegen der Muttermundkappe, die Patientin konnte sie auf Anhieb selbst wechseln. Nach zwei Wochen bei der Kontrolluntersuchung berichtete die Frau, daß die Kappe gut gehalten hatte, aber beim Geschlechtsverkehr störte. Noch stärker störte sie sie beim Gehen und bei der Arbeit: Sie rutschte bis in den Scheideneingang vor und war dort als Fremdkörper zu spüren. Die Patientin war sich jetzt ihrer starken Gebärmutter- und Scheidensenkung bewußt geworden und hatte sich schon bei einer Krankengymnastin angemeldet, um etwas für die Kräftigung ihres Beckenbodens zu tun und gleichzeitig ihre chronischen Kreuzschmerzen zu behandeln. Sie will einstweilen Kondome benutzen und sich in einem halben Jahr wieder melden. Wir werden dann das ganze Spektrum der verschiedenen Kappen und Diaphragmen durchsehen, um vielleicht etwas für sie Passendes zu finden. Vielleicht wird sie sich auch zu einer Senkungsoperation entschließen.

Diskussion der Fälle

Alle fünf Patientinnen kamen vom Diaphragma, und die Portiokappe schien ihnen eine vielversprechende Alternative zu sein. Bei drei Frauen war die Kappe eine echte Verbesserung: Bei Fall 1 war es nicht gelungen, ein passendes Diaphragma zu finden, aber die Kappe paßte gut, und die Patientin benutzte sie wie ein Diaphragma. Bei Fall 2 war die Kappe ästhetisch akzeptabler als das große Diaphragma, und die Frau begrüßte es, daß die Kappe mehrere Tage

lang liegen bleiben kann. Auch die Patientin Nr. 4 konnte die Kappe besser akzeptieren als das Diaphragma, weil sie nicht im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr eingelegt werden muß und tagelang liegen kann. Bei den Fällen 3 und 5 war die Kappe kein Gewinn. Bei Fall 3 saß das Diaphragma objektiv gut, dagegen paßte keine Kappe. Selbst wenn wir eine gut sitzende Kappe gefunden hätten, wäre damit ihr Verhütungsproblem wohl nicht gelöst worden, weil ihr Partner, wie sie sagte, alle Verhütungsmittel ablehnte. Der Fall 5 war problematisch wegen der starken Beckenbodenerschlaffung. Hier hätte vielleicht ein passendes Diaphragma gefunden werden können, wenn wir noch andere Typen zur Verfügung gehabt hätten.

Ich möchte diesen Bericht über unsere ersten Erfahrungen mit der Portiokappe abschließen, indem ich versuche, ihren Platz unter den heute üblichen Verhütungsmitteln darzustellen.

Die Portiokappe und das Scheidendiaphragma sind bewährte mechanische Verhütungsmittel, die durch den Siegeszug der Pille in den sechziger und frühen siebziger Jahren ganz in den Hintergrund gedrängt wurden. Pille, Spirale und Sterilisation durch operative Eileiterunterbindung waren die neuen, sehr sicheren, sehr medizinischen Methoden der Empfängnisverhütung bei der Frau. War die Empfängnisregelung vorher zu einem großen Teil von Frauenzentren und Beratungsstellen ausgegangen, so gehörten diese neuen Methoden schon wegen ihrer Nebenwirkungen in die Hand der Ärzte. Seither sind sie fester Bestandteil der gynäkologischen Praxis.

Neben den medizinischen Methoden gab es weiterhin das Kondom, die chemischen Mittel und die Zeitwahlmethode. Alle wurden in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt und verbessert. Auch das Diaphragma wurde in Beratungsstellen und Frauenzentren, besonders in USA und England, weiter verwendet. Es hat sich dort in den siebziger Jahren im Zeichen der „Pillenmüdigkeit“ erneut ausgebreitet. Ihm folgte mit einigen Jahren Abstand die Portiokappe. Aus England hören wir, daß dort heute zunehmend mehr Portiokappen angepaßt werden und weniger Diaphragmen. In USA setzen sich heute Frauenzentren dafür ein, daß die Kappe als Verhütungsmittel zugelassen wird. Sie befindet sich dort im Stadium der Erprobung. Koch (2) ist für die USA der Ansicht, daß die Portiokappe auch in Zukunft am besten in Frauengesundheitszentren angepaßt werden kann, weil neben anatomischen Kenntnissen viel Geduld und Zeit gebraucht wird. Nicht nur historisch sind das Diaphragma und die Kappe in diesen Zentren zuhause, auch der Rahmen und die Arbeitsbedingungen sind

hier geeigneter als in der gynäkologischen Sprechstunde.

In Deutschland wird das Diaphragma zur Zeit hauptsächlich in den Beratungsstellen der *Pro Familia* und in einigen Frauenzentren verordnet. Ob man die Portiokappe dem Diaphragma gleichsetzen kann, ob sie sich auch bei uns ausbreiten wird, bleibt abzuwarten.

Literatur:

1. Jackson, M., Berger, G. S., Keith, L. G.: Vaginal Contraception. Hall Medical Publishers Boston, Massachusetts 1981.

2. Koch, J. P.: The Prentif Contraceptive Cervical Cap. A Contemporary Study of its Clinical Safety and Effectiveness. *Contraception* 25 (2) 135-59, 1982.

3. Koch, J. P.: The Prentif Contraceptive Cervical Cap. Acceptability Aspects and their Implications for Future Cap Design. *Contraception* 25 (2) 161-73, 1982.

4. Tietze, C., Lehfeldt, H., Liebmann, H.: The Effectiveness of the Cervical Cap as a Contraceptive Method.

Eva Huenges, Dr. med., 42 Jahre, verheiratet, 3 Kinder. Seit 7 Jahren Mitarbeiterin der *Pro Familia* Tübingen.



Neuerscheinung zur Kontrazeptionsforschung

Als *Pro Familia* Arbeitsmaterial Nr. 35 wird im Herbst 1984 folgender Titel erscheinen:

Maggie Jones, Elke Thoß, Kontrazeptionsforschung: Im Interesse der Verbraucher und nicht für Industrie und Bevölkerungspolitik (Arbeitstitel)

Aus dem Inhalt:

- Vor- und Nachteile gegenwärtiger Verhütungsmethoden
 - Stand und Perspektiven biomedizinischer Kontrazeptionsforschung
 - Psychosoziale Kontrazeptionsforschung
 - Wer forscht?
 - Welche Forschungsschwerpunkte werden gefördert?
 - Warum muß mehr geforscht werden?
 - Vorschläge für eine verbraucherorientierte Kontrazeptionsforschung.
- Erhältlich bei der Bundesgeschäftsstelle der *Pro Familia*, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1.

Mutter-Kind-Heime

Wird eine junge unverheiratete Frau schwanger, so werden häufig mehrere Möglichkeiten erwogen, ihr zu helfen, das Kind auszutragen und die Schwangerschaft nicht abzubrechen. Eine sehr fragwürdige Möglichkeit ist, im vorhinein schon zu entscheiden, daß das Neugeborene gleich nach der Geburt adoptiert werden soll. Eine andere Möglichkeit besteht darin, den jungen Müttern für sich und ihre Kinder spezielle Wohnrichtungen anzubieten. Die Autorin dieses Beitrags kann aus eigener Erfahrung diese Möglichkeit beurteilen.

Doris Schlömann

Jede schwangere Frau, die sich über Hilfen informiert, weil ihre psychische, soziale und/oder finanzielle Situation das Austragen einer Schwangerschaft infrage stellt, wird immer wieder bei Beratungsgesprächen oder durch Informationsbroschüren auf das Vorhandensein und das Angebot von Einrichtungen für Mutter und Kind stoßen. „16 Appartements und eine Kinderkrippe als eine Alternative zur sozialen Indikation des § 218.“ (Kutscher, D. 1980:18) „Für viele, besonders für sehr junge Mütter ist das Mutter-Kind-Heim eine gute Lösung, um über die erste Zeit hinwegzukommen.“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1977:16) „Diese Heime haben in der Regel eine strenge Hausordnung. Die beiden großen Kirchen und freie Wohlfahrtsverbände unterhalten diese Heime. Es gibt aber sehr wenig Plätze, d.h. Sie müssen mit einer langen Wartezeit rechnen.“ (*Pro Familia* München 1982:15). Weitergehende Informationen, die über das Leben in diesen Einrichtungen Aufschluß geben könnten, fehlen jedoch weitgehend.

Erst Ende der 70er Jahre wurden zwei Untersuchungen über derartige Wohnrichtungen angestellt, deren teilweise haarsträubende Ergebnisse kurz dargestellt werden sollen. (vgl. Kester, B. 1979, Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau 1979).

Von den knapp sechzig zur Zeit bestehenden Wohnrichtungen für Mutter und Kind in der Bundesrepublik befinden sich dreiviertel in kirchlicher Trägerschaft. Diese Sonderwohnformen wurden verstärkt von seiten der katholischen Kirche und ihren Wohlfahrtsverbänden als flankierende Maßnahme zum geänderten § 218 StGB eingerichtet mit dem Ziel, (junge) alleinerziehende Mütter zu befähigen, selbstständig und selbstverantwortlich ein Leben mit Kind bewältigen zu können.

Die Zunahme dieser Einrichtungen bedeutet nicht, daß neue Heime entstanden sind, sondern es wurden in bereits bestehende Einrichtungen (Säuglingsheime, Erziehungsheime) neue Abteilungen inte-

griert, was zur Folge hat, daß aufgrund der Organisation der Institution und der vorhandenen baulichen Begebenheiten Mutter und Kind getrennt untergebracht werden und Mutter und Kind in die Vollverpflegung einbezogen sind, was weder zu einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung beiträgt noch die angestrebte Selbständigkeit fördert.

Andere Einrichtungen, in denen Mutter und Kind zusammenleben, stellen diesen Familien lediglich einen Raum zur Verfügung, was häufig zu Bedürfniskonflikten zwischen Mutter und Kind führt. Eine eigene Küche und ein Badezimmer sind in den wenigsten Einrichtungen Bestandteil dieser „Einzimmerwohnungen“.

Anhand der Untersuchungsergebnisse läßt sich feststellen, daß in diesen Heimen insbesondere solche Frauen leben, die durch die Schwangerschaft in eine Lebenssituation geraten, die sie nicht oder nur schlecht alleine bewältigen können. Ihre Situation ist gekennzeichnet durch Arbeitslosigkeit, fehlende stabile soziale Kontakte (Freunde, Elternhaus), Minderjährigkeit.

Das für die Arbeit mit den Müttern eingestellte pädagogische Personal reicht nicht aus, um Routineaufgaben und längerfristige Maßnahmen bewältigen zu können, welche notwendig wären, um eine Perspektive für/mit den Frauen in Angriff nehmen zu können. Hinzu kommt, daß das Personal teilweise aufgrund kirchlicher Moralvorstellungen für die Arbeit mit ledigen Müttern nicht geeignet ist, da in ihrem Verhalten gegenüber den Frauen abwertende, verurteilende und strafende Tendenzen festzustellen sind, die eine konstruktive Hilfestellung für diese Mütter ausschließen.

Insgesamt lassen beide Untersuchungen erkennen, daß insbesondere die Unterbringungsmodalitäten und die Personalstruktur dem Ziel der Verselbständigung der alleinerziehenden (ledigen) Mütter entgegenstehen, so daß die Funktion dieser Einrichtungen fragwürdig wird.

Die folgende Institutionsbeschreibung soll einen Einblick in die Praxis von Mutter-Kind-Heimen geben und gleichzeitig die Untersuchungsergebnisse auf ihre Richtigkeit überprüfen.

Ein Mutter-Kind-Heim im südlichen Niedersachsen

Das Mutter-Kind-Heim wurde Anfang der 70-er Jahre vom Caritas-Verband als flankierende Maßnahme zum § 218 StGB errichtet und geplant als ein Service-Haus, in dem berufstätige Alleinerziehende mit ihren Kindern neben Wohnraum verschiedene Dienste wie Verpflegung, Reinigung der Wohnung und Reinigung der Wäsche angeboten werden sollten. Aufnahme können 36 Frauen mit ihren Kindern finden.

Wie sich jedoch bereits kurz nach der Eröffnung herausstellte, waren es in der Regel alleinerziehende ledige Frauen in finanziellen und psychischen Notlagen, die sich um eine Aufnahme in das Haus bemühten. Sie schreckten weder vor der ungünstigen Aufteilung der Appartements zurück (nicht getrennter Wohn- und Schlafbereich), da sie keine andere Unterkunft bekommen konnten, noch vor der sehr hohen Miete von 450,- DM, da in 90 % der Fälle die Miete vom Sozial- oder Jugendamt gezahlt wurde.

Minderjährige wurden von ihren Kindern getrennt in Einzelzimmern untergebracht, vom Haus verpflegt, während die Kinder auf der Säuglingsstation Tag und Nacht von mehr oder weniger qualifiziertem Personal versorgt wurden.

Die sozialpädagogische Betreuung der Mütter wurde bis 1981 ausschließlich von Ordensschwestern geleistet, die wegen ihres Alters, ihrer Ausbildung, aber auch wegen ihrer Ordenszugehörigkeit nicht in der Lage waren, problemspezifisch mit den Frauen zu arbeiten. Zentrale Probleme der Frauen, Sexualitäts- und Beziehungskonflikte waren von der Arbeit der Schwestern ausgeklammert, da diese, wen wundert es, von den Frauen als nicht kompetent dafür angesehen wurden. Ihre Bemühungen, die Frauen zu einer Schul- oder Berufsausbildung und/oder zur Berufstätigkeit zu motivieren, beliefen sich auf Appelle, statt auf gezielt lebensplanende Maßnahmen für die einzelne Frau.

Eine 1981 zusätzlich eingestellte nicht-ordensgebundene Sozialpädagogin begann, mit einigen Müttern (alle 36 kann sie begrifflicherweise nicht erreichen) gezielt eine Lebensperspektive mit ihnen zu planen und zu verwirklichen. Sie initiierte eine Mutter-Kind-Spielgruppe, die den Anlaß bietet, Erziehungsstile zu thematisieren und zu problematisieren; sie stellt mit Frauen ‚Finanzpläne‘ auf, die den Müttern dabei helfen, mit dem Wirtschaftsgeld auszukommen und kleinere Schuldenbeträge abzuzahlen.

Um grundsätzliche Mißstände der Einrichtung zu beheben – Trennung von Mutter und Kind, unbegrenzte Wohnmöglichkeit, fehlende pädagogische Arbeit mit Müttern und Kindern –, wurde von einigen Mitarbeiter(innen) ein pädagogisches Konzept für das Haus entworfen, das nur darum Beachtung und ansatzweise Umsetzung erfuhr, da Landessozial- und -jugendämter nicht länger bereit waren, die Unterbringung von Frauen und ihren Kindern zu finanzieren, wenn kein pädagogisches Konzept vorgelegt werden könnte. Denn auch in diesen Behörden war anscheinend bemerkt worden, daß der äußere Anschein des Hauses trügt.

Das Ergebnis einer nervenaufreibenden Arbeit um ein neues Konzept mit dem Träger und den alteingesessenen Mitarbeiterinnen ist: Mutter und Kind werden nicht mehr voneinander getrennt, eine Wohngruppe für minderjährige Mütter mit ihren Kindern ist im Haus eingerichtet, in der diese von zwei Sozialpädagoginnen betreut werden, – aber die Mehrzahl der im Heim lebenden Mütter, die sich durch ein hohes Problempotential auszeichnet, werden, wenn überhaupt, nur in sehr unzureichendem Maße betreut und werden wohl, so wie es immer war, auch noch über Jahre in der Einrichtung ausharren, bis der ‚Märchenprinz‘ kommt, auf den jede wartet, um sie aus dem Schreckenskabinett zu entführen.

Das Ziel, das ich erreichen will, darf nicht darin gesehen werden, alle Einrichtungen für Mutter und Kind in Grund und Boden zu stampfen. Mir ist es wichtig, einmal einen Einblick in die mögliche Praxis von Mutter-Kind-Heimen zu geben, in der Hoffnung, Mitarbeiter(innen) in Beratungsstellen stärker dafür zu sensibilisieren, auf welche ‚Hilfsangebote‘ sie hinweisen. Aber ich verstehe diese Ausführungen auch als Beitrag zur neuerlichen Diskussion um den § 218 StGB.

Literatur

Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau: Wohnen Alleinerziehender, Schriftenreihe: Modellvorhaben, Versuchs- und Vergleichsbauvorhaben, Heft 01.068. Stuttgart, 1979.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Jede werdende Mutter hat ein Recht auf Hilfen (Broschüre), Köln 1977.

Kester, B.: Heime für Mutter und Kind in der Bundesrepublik Deutschland. Lauterbach, 1979.

Kutscher, D.: Ein Platz für Mutter und Kind. In: Frau im Leben. Heft 1, 1980, S. 18–20.

Pro Familia München (Hrsg.): Was tun? Informationsbroschüre für künftige Mütter und Väter. München, 1982. Das Manuskript stellt eine grobe Zusammenfassung meiner Diplomarbeit dar.

Schlömann, D.: Werden Mutter-Kind Heime der Lebenssituation alleinerziehender lediger Mütter gerecht?, unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Bielefeld 1983.

Aus Zeitschriften

Frauenpolitik: Eine Herausforderung für die Gewerkschaften

Man sollte es als ein hoffnungsvolles Zeichen werten, daß eine führende Gewerkschaftszeitschrift gerade jetzt sich ganz ausführlich mit politischen Aspekten weiblicher Existenz in dieser Gesellschaft befaßt. Die Rede ist von dem

Schwerpunktthema: „Frauenpolitik: Dienen und Verzichten statt Emanzipation?“ *WSI-Mitteilungen*. Zeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Januar 1984. (Bund-Verlag, Postfach 9008 40, 5000 Köln 90, Einzelheft DM 7,-)

Daß es nicht nur um Anklage, sondern auch um Widerstand geht, macht schon das Vorwort deutlich, in dem es heißt: „Die Entwicklung der letzten Jahre hat allerdings auch gezeigt, daß die Frauen sich nicht widerstandslos in die ihnen zugedachte Rolle der industriellen Reservearmee zwingen lassen. Frauen sind nicht bereit, auf das Recht auf Arbeit zu verzichten, sie sind nicht länger bescheiden und stumm, sondern wehren sich gegen die konservative Politik. Es waren und sind vor allem die Frauen in den Gewerkschaften, die für die 35-Stunden-Woche eingetreten sind, um so einen Schritt zu erkämpfen, durch den sich Arbeit und Familie für Frauen und Männer besser vereinbaren lassen.“ In den einzelnen Beiträgen wird nach Ursachen und Auswirkungen der Frauenarbeitslosigkeit gefragt, werden Arbeitszeitprobleme im Lebenszusammenhang von Frauen behandelt, werden die Leitlinien aktueller Familienpolitik in der Bundesrepublik Deutschland analysiert, werden die Alltagsbelastungen und ihr Verhältnis zur Gesundheit von Frauen diskutiert, werden die Aussichten für eine eigenständige Alterssicherung der Frau kritisch befragt, werden die Auswirkungen des derzeitigen Sozialabbaus auf die Gleichstellung für Frauen aufgezeigt, werden schließlich die Lebensperspektiven junger Frauen nüchtern betrachtet.

Diese Beiträge werden ergänzt um eine Dokumentation über die erneute Diskussion über den § 218 StGB, worin die Frauensekretärin und der Vorsitzende des DGB-Landesbezirks Baden-Württemberg über ihre Erfahrungen aus neuerer Zeit berich-

ten. Darin heißt es: „In der Diskussion um §218 sind drei Dinge nie oder nur unzureichend wirksam geworden: 1. Die Achtung und Anerkennung der Eigenständigkeit und Persönlichkeit der Frau, 2. der Schutz des werdenden Lebens durch flankierende soziale Hilfsmaßnahmen und 3. die Inpflichtnahme des Mannes und die Betonung seiner Verantwortung.“

Die Beiträge in diesem Heft führen die Diskussion über Frauenpolitik im *pro familia-magazin* fort, wobei insbesondere auf die Schwerpunktthemen Bevölkerungs- und Familienpolitik (Ausgabe 1/83) und Kinderkriegen (Ausgabe 1/84) hingewiesen sei.

Elisabeth Beck-Gernsheim macht in ihrem Beitrag „Frauen zurück in die Familie?“ den Zusammenhang deutlich, wenn sie schreibt: „Die Wiederentdeckung der ‚Familienmutter‘ geschieht zu einer Zeit, wo zwei Entwicklungen die innenpolitische Diskussion der letzten Jahre entscheidend geprägt haben: zum einen die rapide angestiegene Arbeitslosigkeit, zum anderen der deutliche Geburtenrückgang seit Mitte der 60er Jahre. Vor diesem Hintergrund gewinnt der Aufruf zur Neuen Mütterlichkeit auch deshalb an Gewicht, weil er die Lösung gleich zweier Probleme bringen könnte: Der Arbeitsmarkt wird entlastet, und es werden mehr Kinder geboren.“

Es ist zu hoffen, daß diese Ausgabe der WSI-Mitteilungen Maßstäbe setzt für eine kenntnisreiche, differenzierte und engagierte Diskussion von Frauenpolitik und Familienpolitik, und das sowohl in den Gewerkschaften als auch darüber hinaus.

J. H.

Gerade rechtzeitig für das Schwerpunktthema dieser Ausgabe ist auf 36 engbedruckten Seiten ein aktueller Überblick über die vaginalen Verhütungsmethoden erschienen:

New Developments in Vaginal Contraception. Population Reports, Series H, Number 7/1984 (Population Information Program, The Johns Hopkins University, 624 North Broadway, Baltimore, Maryland 21205, U. S. A.)

Neben Spermiziden, dem Diaphragma und der Portio-Kappe wird auch die einigermaßen neue Methode des Vaginal-Schwamms ausführlich beschrieben und gewürdigt. Auch in der heutigen Familienplanung-Praxis spielen diese Methoden in vielen Ländern eine bedeutende Rolle.

Kampf um den Schwangerschaftsabbruch vor den US-Präsidentschaftswahlen

Die Abtreibungsgegner, wie sie sich gern nennen, pflegen eine internationale Zusammenarbeit. Organisations- und Kampfmethoden in Europa werden aus den USA beeinflusst. Das hat Eva Rühmkorf in ihrem Beitrag „Wie sich die Bilder gleichen... Der Feldzug der Lebensretter in den USA und bei uns“ (Die Neuen Moralisten, Reinbek 1984, rororo aktuell 5352) anschaulich zeigen können. Daß es sich um ein hochpolitisches Thema handelt, zeigt ein Beitrag, den wir aus USA-Today, einer großen, landesweit verbreiteten Tageszeitung, vom 24. Januar 1984 übernehmen. Die Übersetzung aus dem Amerikanischen besorgte Gisela Zehm, New York.

Die Strategen der Abtreibungspolitik sehen einen großen Kampf, der gewonnen werden muß: die Präsidentschaftswahl.

Es wird schrecklich werden: Abschußlisten von Gegnern auf beiden Seiten sind schon erstellt worden; die Wähler sind eingeladen, politische Hinrichtungen vorzunehmen.

Die Ansichten haben sich nicht geändert seit im Januar 1973 der Oberste Gerichtshof seine wegweisende Entscheidung bekanntgab, die Abtreibung zu legalisieren. Die Befürworter halten die Entscheidung der Frau hoch, die Gegner haben das Recht des Foetus im Auge. Was sich geändert hat, ist die harte Politik, die beide Seiten jetzt verfolgen. Jede Seite plant massive Kampagnen zur öffentlichen Aufklärung. Jede hat politische Aktionskomitees, um Geld und Freiwillige in Wahlkampagnen einzuschleusen, in manchen Fällen bis auf die Ebene von Gemeinden.

Im letzten Jahr wurden widerstrebende Kongreßmitglieder wiederholt gezwungen, über diese Frage abzustimmen, besonders nachdem ein in seinen Ansichten weitgeteilter Oberster Gerichtshof in drei Entscheidungen das Abtreibungsrecht erneut bestätigte.

Abtreibungsgegner sagen, daß der Gerichtshof anders entscheiden könnte, wenn Reagan wiedergewählt wird und er mehr Anti-Abtreibungsrechtsprechung anordnet. Die Befürworter stimmen dem zu.

Pro-Rechtsanwälte planen, etwa 400tausend Dollar aufzuwenden, hauptsächlich um Reagan und zwei Abtreibungsgegner, die republikanischen Senatoren J. Helms aus North-Carolina und R. Jepsen aus Iowa zu verdrängen.

F. Hodges, der Geschäftsführer der „Religiösen Koalition für Abtreibungsrechte“ sagt von 1983: Politisch gesehen war das ein wichtiges Jahr für die Befürworter, weil die Wahlen in 1982 bewiesen haben, daß es kein Nachteil ist, dafür zu sein, und kein Vorteil, dagegen zu sein.

J. Doyle dagegen, Kopf des nationalen Recht-auf-Leben Komitee meint dazu: Der Strom hat sich in unsere Richtung gekehrt und die Kongreß-Voten im letzten Jahr sind ein gutes Anzeichen dafür. Die Leute verstehen jetzt, daß wir hier über das menschliche Leben sprechen. Beide Seiten stimmen jedoch darin überein, daß Abtreibungsgegner bei jeder Gelegenheit versuchen werden, eine Gesetzesänderung in ihrem Sinne zu erreichen.

Ganz oben in den feministischen Köpfen steht aber die Präsidentschaft. Nanette Falkenberg, Geschäftsführerin der Liga der nationalen Abtreibungsrechts-Aktion sagt, daß ihre Gruppe größere Anstrengungen unternehmen will, um die Öffentlichkeit über die Radikalität von Reagans Haltung gegen die freie Wahl in dieser Frage und seinen Einfluß auf das Gericht aufzuklären.

Die Schulen nicht vergessen

„Wider die Zensur durch Sperrmaßnahmen“ war ein Kommentar in eigener Sache in der Ausgabe 1/1984 überschrieben. Der Bitte, Schulen, die aus Etatgründen gezwungen sind, Zeitschriften abzubestellen, ein Abonnement dieser Zeitschrift für 1984 zu bezahlen, sind eine Reihe von Lesern nachgekommen. Ihnen sei an dieser Stelle recht herzlich gedankt. Da vermutlich einige Leser ihren Vorsatz nicht wahrgemacht haben, sich an dieser Aktion zu beteiligen, sei noch einmal an sie erinnert. Wenn Sie bis Ende Mai dem Verlag den Betrag von DM 36,- überweisen, kann er interessierten Schulen noch den gesamten Jahrgang 1984 zuschicken.

An: Gerd J. Holtzmeyer Verlag,
Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig

Hiermit abonniere ich den Jahrgang 1984 des *pro familia magazin Sexualpädagogik und Familienplanung* zum Preis von DM 36,- für:

Name, Schule usw.

Straße

PLZ, Ort

Bitte ankreuzen: Teilen Sie dem Empfänger mit, daß das Abonnement von mir kommt
 ja nein

Die Rechnung schicken Sie an meine Adresse:

Name

Straße

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Argumente gegen die Bundesstiftung „Mutter und Kind“

Unser Kommentar

Argumente sind nicht erwünscht

Was soll man da noch machen? Da legt *Pro Familia* mit großer Sorgfalt und Sachkenntnis öffentlich dar, weshalb mit einer von der Bundesregierung vorgesehenen Maßnahme der angestrebte Zweck nicht erreicht werden kann (siehe „Argumente gegen die Bundesstiftung Mutter und Kind“), nur um vom zuständigen Bundesministerium bescheinigt zu bekommen, dies sei ein „ideologisches Horrorgemälde“. Ausgestattet mit der Arroganz der Macht, werden Argumente erst gar nicht zur Kenntnis genommen, geschweige denn berücksichtigt.

Das Ministerium hat anlässlich der Verabschiedung des Gesetzentwurfes zur Errichtung der Stiftung durch das Bundeskabinett in ihrem Pressedienst vom 8. März 1984 eine Erklärung von Dr. Heiner Geißler verbreitet. Darin werden in aller Unschuld Argumente, die gegen die Stiftung sprechen, zu ihrer Begründung angeführt, wenn es heißt: „Die Stiftung ‚Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens‘ ist ein erster Schritt, werdenden Müttern schnell und unbürokratisch helfen zu können. Wie aus den Berichten der Beratungsstellen hervorgeht, sind fast immer mehrere Faktoren für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch ausschlaggebend, wobei sich persönliche, familiäre, psychische, gesundheitliche und wirtschaftliche Gründe gegenseitig verstärken. In vielen Fällen beeinflussen die äußeren Lebensbedingungen wie wirtschaftliche Not, beengte Wohnsituation, Arbeitslosigkeit und / oder Nichtehelichkeit den Entschluß zum Abbruch der Schwangerschaft maßgeblich. Die Bundesregierung ist deshalb der Auffassung, daß sie für den Schutz des ungeborenen Lebens am meisten tun kann, wenn alle Anstrengungen darauf gerichtet werden, die sozialen Benachteiligungen zu beseitigen, die für viele Frauen heute gegeben

sind, wenn sie ein Kind auf die Welt bringen.“

Ist man in diesem Ministerium so weltfremd, meinen zu können, mit Beiträgen bis zu DM 5000,-- einmalig, wohlverstanden – ließen sich soziale Benachteiligungen beseitigen, ließe sich wirksam etwas gegen wirtschaftliche Not, beengte Wohnsituation, Arbeitslosigkeit tun? Wenn von einem ersten Schritt die Rede ist, so fragt man sich, wie die anderen Schritte aussehen, wann sie folgen, was ein solcher „erster Schritt“ allein für einen Sinn haben soll? Man fragt sich auch, ob, wann und wie die familien- und frauenfeindlichen Sparbeschlüsse dieser Regierung zurückgenommen und durch wirkungsvolle Arbeitsbeschaffungsprogramme ergänzt werden. Denn die beklagte wirtschaftliche Not vieler Schwangeren, die vorgeblich durch die Stiftung gelindert werden soll, ist doch zu einem großen Teil erst durch die unsoziale Streichungspolitik in Verbindung mit hoher Frauenarbeitslosigkeit erst entstanden.

Wir stehen mit unseren Einwänden und Bedenken nicht allein da. Der Deutsche Caritasverband hat 1982 bereits eine Reihe von typischen Beispielen veröffentlicht, wobei einem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch soziale und wirtschaftliche Gründe eine Rolle spielen. Bei keinem dieser Fälle würde die Stiftung in der vorgesehenen Form eine Änderung der Notlage herbeiführen können.

Um das Selbstverständliche zu wiederholen: wir sind dafür, wirtschaftliche Notlagen von Schwangeren zu mindern, wir sind dafür, vermeidbare Schwangerschaftsabbrüche zu helfen. Deshalb sind wir gegen die Stiftung, da sie vorhersehbar ein untaugliches Instrument ist, für das auch die bescheidene Summe von jährlich DM 50 Millionen schon zuviel ist.

J. H.

1. Minister Geißler begründet die geplante Einrichtung der Bundesstiftung „Mutter und Kind“ mit Erfahrungen, nach denen ähnliche, in einigen Bundesländern bereits bestehende Landesstiftungen und Hilfsfonds, in zahlreichen Fällen zur Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen beigetragen hätten. Was sind das für Erfahrungen?

Einen Beweis für diese Behauptung gibt es nicht. Im Gegenteil, die Erfahrungen sprechen dafür, daß Stiftungsmittel keinen belegbaren Einfluß auf die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche haben:

- Eine kritische Überprüfung der Daten über das Verhältnis von Beratungen und Schwangerschaftsabbrüchen bei bayrischen Frauen ergibt, daß trotz der in Bayern verfügbaren Hilfen der Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ sich ein Unterschied zu dem entsprechenden Verhältnis in Ländern ohne derartige Stiftung nicht nachweisen läßt.

- Nach den zugänglichen Daten über Beratungen in katholischen Beratungsstellen lassen die hier beratenen Frauen, die zu Beginn der Beratung zum Schwangerschaftsabbruch tendierten, trotz des Angebots von Hilfen aus „Diözesanfonds“ den Abbruch etwa ebenso häufig vornehmen wie die in anderen Beratungsstellen beratenen Frauen.

- Aus der bloßen Tatsache, daß Mittel aus den Landesstiftungen und den Fonds ausgezahlt werden, folgt nicht, daß damit Entscheidungsänderungen von Frauen verbunden sind, die zunächst zu einem Schwangerschaftsabbruch geneigt hätten. Denn zum einen lassen die Vergaberichtlinien aller Fonds breiten Raum für Hilfen auch an solche Frauen, die bei erklärtem Willen zur Fortsetzung der Schwangerschaft eine gravierende materielle Belastung geltend machen. Zum anderen ist die tatsächliche Motivlage einer Frau im Rahmen einer Beratung gar nicht zu ermitteln: so ist nicht auszumachen, wie weit nicht Frauen, die die Schwangerschaft auch ohne Zusage von Hilfen austragen wollen, in der Beratung ihre Entscheidung zumindest als offen darstellen, um ihre Chancen auf Gewährung von Hilfen zu erhöhen.

Bis heute ist also der Nachweis nicht erbracht, daß derartige Fonds entscheidend dazu beigetragen hätten, einen Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden.

2. Nun beziehen sich aber die Verfechter der Stiftung auf Erfahrungen und Forschungsergebnisse, wonach in vielen Fällen materielle, also finanziell zumindest beeinflussbare Gründe bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch eine wichtige Rolle spielen.

Wenn das so ist, kann man denn dann nicht mit guten Gründen davon ausgehen, daß die Stiftung im gewünschten Sinne wirksam sein wird,

auch wenn sich das nicht statistisch belegen ließe?

Nein, weil die Stiftungsbefürworter die Untersuchungsergebnisse falsch interpretieren:

- In der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle spielen mehrere Gründe eine wichtige Rolle, darunter fast immer auch solche, die mit finanziellen Mitteln nicht beeinflussbar sind, und gerade diese sind meistens ausschlaggebend. Da solche Probleme in aller Regel kurzfristig nicht lösbar sind und eine zuverlässige Prognose darüber, ob sie es längerfristig sein werden, nicht möglich ist, bleibt jede Art finanzieller Hilfen in diesen Fällen wirkungslos.

- Vor allem aber ist mit Stiftungsmitteln ja eine Reaktion nur in solchen Fällen möglich, die folgende Bedingungen erfüllen:

- Es muß sich um Belastungen handeln, die mit relativ begrenzten finanziellen Mitteln (zu hören ist: bis zu 5000 DM) in einem relativ kurzen Zeitraum definitiv abwenden lassen.

- Die betreffenden Frauen und Familien müssen sich in schlechten Einkommensverhältnissen befinden - vermutlich wird es, wie in der bayerischen Landesstiftung, Einkommensgrenzen geben, die sich nicht weit entfernt von der Leistungsschwelle für Sozialhilfe bewegen.

In diesen Fällen geht es aber fast durchweg gleichzeitig auch um solche materiellen Probleme, die, wenn überhaupt, nur mit wesentlich höheren Beiträgen und der Zusage, Leistungen gegebenenfalls auch über einen langen Zeitraum zu gewähren, abwendbar wären. Beispiele: hohe Verschuldung, Schwangere in Ausbildung ohne Gewißheit über die künftigen Berufsaussichten, drohende oder eingetretene Arbeitslosigkeit mit ungewisser Dauer, Aussicht auf ein Leben auf Sozialhilfeniveau mit unabsehbarer Dauer.

Gerade in den Fällen also, für die sie gedacht ist, geht die Stiftung am Kern des materiellen Problems, den auf Dauer unzumutbar niedrigen oder unstabilen Einkommensverhältnissen vorbei.

Aus den Befunden, nach denen materielle Gründe in bis zu 80% der Beratungen genannt werden und in bis zu 50% der Fälle als wichtige Faktoren für die Entscheidung (1), sind daher ganz andere Schlüsse zu ziehen. Sie spiegeln nämlich zunächst nur wider, was heute für *alle* Schwangerschaften gilt: daß nämlich mit der Geburt eines Kindes fast immer gravierende Einbußen an Lebensstandard verbunden sind und sich das Einkommen sogar schon von Familien mit Durchschnittsverdienst (2 700 DM) nach der Geburt des zweiten Kindes bereits der Leistungsschwelle für Sozialhilfe annähert (2,3). Da in dieser Hinsicht zwischen akzeptierten und nicht akzeptierten Schwangerschaften kein wesentlicher Unterschied feststellbar ist, sind die genannten Untersuchungsergebnisse entgegen dem ersten Anschein einmal ein Beleg dafür, daß die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch gewöhnlich gerade nicht auf der Ebene materieller Gründe fällt. Zum anderen wird hieran deutlich, warum kurzfristige Hilfen grundsätzlich die Problemstellung verfehlen: sie erleichtern nur das „Mutter werden“, nicht aber das „Mutter sein“ (v. Troschke, 4).

Abbrüche nicht aus Geldgründen

Schwangerschaftsabbrüche wegen sozialer Indikationen werden nach Auffassung der Präsidentin des deutschen Ärztinnen-Bundes, Hedda Heuser-Schreiber, nur in den wenigen Fällen aus finanziellen Gründen vorgenommen.

In einem Interview sagte die Präsidentin, sie halte die Maßnahmen der „Stiftung Mutter und Kind“ zur Verringerung der Schwangerschaftsabbrüche für nur wenig wirksam.

Eine Untersuchung des Ärztinnen-Bundes habe ergeben, daß die Mehrzahl der Frauen eine Abtreibung nicht deshalb wünschen, weil „sie selbst es wollen“, sondern weil ihre Angehörigen sie in „dieser Situation“ brächten. Es sei „beschämend“, die Entscheidung auf eine „finanzielle Bedingung zurückzuschrauben.“

(ddp)

3. Aber wenn es auch nur um verhältnismäßig wenige Fälle gehen sollte, in denen befristete und mit Geld abwendbare Schwierigkeiten eine wesentliche Rolle spielen, ist die Stiftung nicht in diesen Fällen dann eine sinnvolle Einrichtung und immerhin insoweit zu begrüßen?

Nein, weil auch und gerade in diesen Fällen die negativen Effekte überwiegen:

- Da es gerade in diesen Fällen gewöhnlich um die Ausschöpfung der Höchstbeträge über die maximal zulässige Zeitdauer gehen wird, muß die Gefahr vorzeitiger Erschöpfung der jährlichen Stiftungsmittel in Betracht gezogen werden, und zwar auch dann, wenn es nur verhältnismäßig wenige Zahlungsfälle gibt. Fatale und unverantwortliche Folge: es könnte sich die Situation ergeben, daß gegen Jahresende nur auf Grund der Kassenlage Mittel nicht mehr bewilligt werden könnten, die vorher in gleichartigen Fällen genehmigt worden waren.

- Schon um dies zu vermeiden, wird ab einer bestimmten Grenze die Zustimmung einer Instanz außerhalb der Beratungsstelle erforderlich sein. Dies wird wiederum gerade die Fälle besonders häufig treffen, in denen bei der Entscheidung finanzielle Motive eine besonders wichtige Rolle spielen. Die Entscheidung über die Bewilligung würde also gerade dann, wenn von ihr besonders viel für das Urteil für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch abhängt, nach Aktenlage getroffen. Es sind erhebliche Zweifel angebracht, ob die staatliche Beteiligung an einem solchen Verfahren mit der Verfassung vereinbar wäre.

- Die Bewilligung durch eine dritte Stelle braucht Zeit, und zwar selbst bei zügigstem Verfahren mindestens eine Woche, wahrscheinlich aber erheblich mehr.

Da auf die Hilfen aber kein Rechtsanspruch besteht, eine Ablehnung also kaum noch wider-rufbar ist, muß der Bescheid abgewartet werden. Gerade das ist aber nicht ratsam:

- In der Zwischenzeit droht nämlich die Frist zu verstreichen, innerhalb derer ein mit Notlage indizierter Schwangerschaftsabbruch straffrei bleibt.

- Wenn die erforderlichen Mittel nicht bewilligt oder über die Bewilligung nicht mehr rechtzeitig entschieden werden konnte, der Schwangerschaftsabbruch also verzögert wurde, ist mit ihm nun ein höheres Komplikationsrisiko verbunden (nach der 10. Schwangerschaftswoche nimmt die Komplikationsrate rasch zu (5,6).

Aus eben diesen Gründen ist auch anzunehmen, daß die Stiftung selbst in den wenigen Fällen, in denen sie theoretisch wirksam sein könnte, praktisch versagen wird.

4. Wenn die Hilfen der Fonds und Stiftungen nicht den Frauen zugute kommen, die zum Abbruch der Schwangerschaft neigen, wem dann?

- Ganz überwiegend solchen Frauen, die trotz schwieriger materieller Lage ohnehin ihre Schwangerschaft austragen wollen, und ihren Familien.

- In geringfügigem Umfang auch Frauen und Familien, die durch die Beratung in anderen Lebensbereichen entscheidend entlastet werden konnten und sich deswegen zur Fortsetzung der Schwangerschaft entscheiden, die aber mit dieser Entscheidung in eine voraussichtlich nur schwer erträgliche materielle Lage geraten.

5. Wäre das denn nicht letztlich ein doch begrüßenswerter Effekt?

Nur auf den ersten Blick. Wegen der offiziellen, auf Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen gerichteten Zielsetzung der Stiftung und ihrer Form - Vergabe der Mittel nur über Beratungsstellen freier Träger und fehlender Rechtsanspruch auf die Leistungen - überwiegen auch bei diesem Effekt die nachteiligen Folgen:

- Es würde sich um einen Etikettenschwindel mit Folgen handeln. Durch die offizielle Zielsetzung der Stiftung würde der Eindruck erweckt oder bestärkt, daß viele Schwangerschaftsabbrüche mit relativ geringen Geldbeträgen abwendbar wären und daß eben dies durch die Stiftung bewirkt würde. Unzutreffende Bilder über die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs in der Öffentlichkeit würden also fortgeschrieben oder erst erzeugt.

- Die Chancen, Stiftungsmittel zu erhalten, würden sich erhöhen, wenn Frauen etwa wahrheitswidrig vorbrächten, sie würden ohne diese Mittel die Schwangerschaft abbrechen lassen. Die Stiftung würde folglich zu einem Verhalten verleiten, das ein Staat, in dessen Verfassung die Menschenwürde ersten Rang besitzt, nicht fördern sollte.

- Wenn es faktisch gar nicht um die Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen geht, sind auch die folgenden Elemente der Stiftung überhaupt nicht mehr zu legitimieren:

- die unmittelbare und ausschließliche Gewährung über Beratungsstellen;
- der Ausschluß eines einklagbaren Rechtsanspruchs;

- die pauschale, an nachweisbarem Bedarf nicht orientierte und ohne Rücksicht auf den Bedarf langfristig festgeschriebene Festsetzung der jährlichen Gesamtmittel.

Diese Regelungen wären allenfalls damit zu begründen, daß ein normales sozialstaatliches Verfahren in der kurzen Entscheidungsfrist vor einem Schwangerschaftsabbruch ohnehin nicht funktionieren könnte, so daß man aus übergeordneten rechtspolitischen Gründen hier darauf verzichten dürfe.

Das in diesen drei Merkmalen enthaltene Potential an Unzuverlässigkeit der Leistungen und ungleicher Behandlung gleichartiger Fälle ist unter sozial- und rechtsstaatlichen Gesichtspunkten aber nicht mehr akzeptabel, wenn die Stiftungsmittel in Wirklichkeit reine Sozialleistungen für Schwangere, Mütter und Familien in besonders schwierigen Lebenslagen sind. Sozialleistungen ohne Rechtsanspruch - das sind Almosen.

● Schließlich würden dann die heute schon viel zu zahlreichen Instanzen, an die Schwangere, Mütter und Familien sich zu wenden haben, wenn sie Sozialleistungen beantragen wollen - Sozialamt, Jugendamt, Wohnungsamt usw. -, um eine weitere vermehren, nämlich die nach § 218 b StGB anerkannten Beratungsstellen. Das steht nicht nur im Gegensatz zur Forderung nach Vereinfachung der Verwaltung. Es wäre auch eine ganz unnötige Mehrbelastung gerade für die Frauen und Familien, die durch Schwanger-



Bundesweites Echo in Presse und Rundfunk fand die Pressekonferenz, die am 13. März in Bonn stattfand. Während dieser Pressekonferenz übten mehrere Verbände scharfe Kritik an der Stiftung „Mutter und Kind“: die Arbeiterwohlfahrt, die Gewerkschaft ÖTV, die Humanistische Union, die Arbeitsgemeinschaft Tagesmütter, der Verband alleinstehender Mütter und Väter und Pro Familia, die vertreten war durch die stellvertretende Bundesvorsitzende Prof. Dr. Monika Simmel-Joachim (links), die Bundesvorsitzende Melitta Walter (Bildmitte), den stellvertretenden Bundesvorsitzenden Bernhard Braunschweig (rechts) und Bundesgeschäftsführerin Elke Thoß.

schaft und kleine Kinder und die dadurch bedingte Umstellung von Lebensgewohnheiten ohnehin schon stark beansprucht sind.

6. Könnte man denn nicht trotz aller Unzulänglichkeiten, die vielleicht ja auch durch Korrekturen im Detail noch zu mildern wären, mit dieser Stiftung leben?

Wenn Bundesrat und Bundestag zustimmen, wird man müssen. Dann sollten aber die Folgen jedem klar sein:

● Die für die Stiftung angesetzten Mittel von 25 Millionen DM im Jahr 1984 und jährlich 50 Millionen DM ab 1985 fehlen für andere, dringende und problemangemessenere Maßnahmen wie

- Förderung der Schwangerschaftsverhütung durch Information, Beratung und kostenlose Verfügbarkeit empfängnisregelnder Mittel,

- Förderung der Sexualerziehung sowie der Partner-, Ehe-, Familien- und Sexualberatung als Beitrag zur Lösung der Probleme, die in den allermeisten Fällen die entscheidenden Motive zum Schwangerschaftsabbruch sind, und

- die allgemeinen sozial- und familienpolitischen Leistungen gegen die materielle Benachteiligung von Alleinstehenden und Paaren mit Kindern.

Die Stiftung kann einen Sinn allenfalls als Ergänzung dieser Maßnahmen haben. Dies haben übrigens auch die Experten des Familienministers selbst betont: materielle Maßnahmen dürften sich „nicht auf einige Bereiche und auf kurzfristige Hilfen beschränken. Sie müssen vielmehr eine dauerhafte und zuverlässige Entlastung der Familie darstellen.“ (7) Um so verständlicher ist es, daß, die Bundesregierung jetzt den vierten Schritt vor dem ersten tun will.

● Die Bearbeitung der Anträge für Stiftungshilfen, der Auszahlung und der Verwendungsnachweise ist sehr zeitintensiv. In Bayern wird so ein Drittel der Arbeitszeit des Personals der Schwangerenberatungsstellen für weniger als 10% der Beratungen gebunden. Bis heute ist je-

doch nicht geklärt, wer die Mittel für den erheblichen Mehraufwand in den anderen Bundesländern aufbringen soll. In den letzten Jahren haben sich viele Länder und Kommunen vielmehr darum bewüht, die öffentlichen Zuschüsse an die Beratungsstellen zu kürzen oder wenigstens einzufrieren. Es ist absehbar, daß viele Beratungsstellen sich so vor die Wahl gestellt sehen werden, auf die direkte Mitarbeit an der Verteilung der Stiftungsmittel zu verzichten oder ihre anderen Angebote erheblich einzuschränken - und davon wäre vor allem die vorbeugende Beratung betroffen!

● Die bloße Ankündigung der Stiftung hat nach den Erfahrungen der Beratungsstellen schon dazu geführt, daß Verzögerungen bei der Indikationsfeststellung durch Ärzte, bei der Beratung und beim Schwangerschaftsabbruch selbst sich häufen. Mit einer Verstärkung dieser Tendenz ist nach der Errichtung der Stiftung zu rechnen, auch wenn die Hilfen noch so ungeeignet sind. Diese ungerechtfertigten Verzögerungen sind aber, wie in Punkt 3 dargestellt, höchst bedenklich, weil sie die in den letzten Jahren zu verzeichnende Entwicklung zu geringerem Komplikationsrisiko beim Eingriff rückgängig zu machen drohen.

● Schließlich ist die Befürchtung nicht von der Hand zu weisen, daß konservative und katholische Kreise die Stiftung zum Vorwand nehmen werden, um mit Hinweis darauf, es seien ja nun „wirksame“ soziale Hilfen zur Verfügung, noch nachdrücklicher als bisher die geltende Praxis des Schwangerschaftsabbruchs zu attackieren und gesetzliche und administrative Einschränkungen zu fordern.

Quellenhinweise:

(1) Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB, Bundestags-Drucksache 8/3630, Kapitel 9. - Die meisten der dort zitierten Studien, ferner auch etwa E. Th. Meyer im Deutschen Ärzteblatt 1/1980, S. 31, kommen übrigens zu dem Ergebnis, daß materielle Gründe nur in 10%-

Nicht nur Blumen - Frauen fordern Rechte

„Wir hoffen, daß viele Frauen der Regierung in Bonn zeigen, daß es so nicht weitergeht, weil sonst das Recht der Frauen auf Selbstbestimmung und Gleichberechtigung auf der Strecke bleibt“, meinen die Organisatorinnen der „Aktion Muttertag“, an der sich auch Vertreterinnen von Pro Familia beteiligen.

„Wir brauchen eine eigenständige soziale Sicherung, den Erhalt der sozialen Indikation beim § 218 StGB und die Kürzung des Rüstungsetats. Wir verlangen die Zurücknahme und den Stop der Stationierung neuer Atomraketen und Abrüstung in Ost und West sowie keine Frauen in die Bundeswehr.“

In Bonn soll am 12. Mai 1984 ein Frauen-Protest-Netz gespannt werden, das die verschiedenen Frauenorganisationen verbindet, um gemeinsam zu protestieren. Im Anschluß an die Straßenaktionen in der Stadt findet im Hofgarten die Abschlußkundgebung mit einem Kulturprogramm bekannter Künstlerinnen statt.

Weitere Informationen: Aktion Muttertag, Postfach 120 121, 5300 Bonn 1, Telefon 02 28/22 09 33 Mittwoch und Donnerstag 13 bis 17 Uhr.

20% der Fälle „wichtig“, das heißt aber immer noch nicht entscheidend, sind. Auch nach einer Erklärung von Monika Pankoke-Schenk, Generalsekretärin des Sozialdienstes katholischer Frauen, vom Januar 1984, sind materielle Gründe nur von „untergeordneter Bedeutung“.

(2) Dritter Familienbericht vom 20. 8. 1979, Bundestags-Drucksache 8/3120, besonders S. 27.

(3) *Werner Hütche*: Einkommenssituation der Familien seit 1981 verschlechtert, in: Stimme der Familie 2/1984, S. 15.

(4) *Jürgen v. Troschke u. a.*: Erfahrungen von Frauen mit dem Abbruch einer Schwangerschaft nach der Reform des § 218 StGB, in: Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB, Schriftenreihe des BMJFG Band 92/3, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz (Kohlhammer) 1982, S. 59.

(5) *Christopher Tietze*: Induced Abortion, A World Review, New York (Population Council) 1983 S. 83 ff.

(6) *Hans H. Bräutigam und David Grimes*: Ärztliche Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs, Stuttgart (Enke) 1984.

(7) Bericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Schutz des ungeborenen Lebens“, S. 31 und 48.

(Dieser Text wurde auf einer Pressekonferenz der *Pro Familia* am 13. März 1984 in Bonn der Öffentlichkeit vorgelegt.)

Ein Recht auf „Ja“ und „Nein“

Aus einem Brief von Familienminister Geißler an den Deutschen Frauenrat:

Ich will aber auch darauf hinweisen, daß für den Schutz des ungeborenen Lebens letztlich entscheidend ist, daß das Recht auf Leben und die Unantastbarkeit der Würde auch des noch nicht geborenen Kindes im Verhalten und in den Einstellungen aller Bürger fest verankert sind. Besonders die Frauen, denen es schwerfällt, als unmittelbar Betroffene zu ihrer Schwangerschaft „ja“ zu sagen, brauchen die Solidarität ihrer Mitmenschen, der Gesellschaft und des Staates.

Aus der Antwort des Deutschen Frauenrates:

Wir sind mit Ihnen der Meinung, daß das Recht auf Leben und die Unantastbarkeit der Würde auch für das noch nicht geborene Kind gesichert sein müssen. Die Unantastbarkeit der Würde der Frau ist aber ebenfalls ein wichtiges, durch das Grundgesetz gesichertes Recht. Aus diesen Erwägungen brauchen auch die Frauen, denen die Entscheidung schwerfällt und die am Ende eines sehr verantwortungsvollen Prozesses „nein“ zu ihrer Schwangerschaft sagen, die Solidarität ihrer Mitmenschen, der Gesellschaft und des Staates.

kurz-interview

mit Agnes Bürland, Parlamentarische Geschäftsführerin der CDU/CSU-Fraktion

METALL: Frau Bürland, 74 männliche Abgeordnete der CDU/CSU-Fraktion fordern in einem Gesetzentwurf, daß der legale Schwangerschaftsabbruch aus einer Notlage der Frau heraus (soziale Indikation) durch die Krankenkassen nicht mehr bezahlt werden soll. Alle 18 weiblichen Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion widersprechen ihren männlichen Kollegen und lehnen diesen Vorschlag ab. Warum?

Bürland: Weil wir einmal die Auffassung vertreten, daß man die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche dadurch nicht senken kann, sondern möglicherweise ein Mehr-Klassen-System für Frauen schaffen würde. Zum zweiten steht in der Koalitionsvereinbarung, daß wir in dieser Sache zur Zeit überhaupt nichts unternehmen, sondern das Bundesverfassungsgerichtsurteil in einem bereits anhängigen Verfahren abwarten.

Zum dritten halte ich die Herausnahme eines einzigen Falles, der nicht Krankheit ist, aus der Krankenversicherung für schlecht. Das würde einem verfassungsgerichtlichen Verfahren auch nicht standhalten. Denn wenn ich mir überlege, daß verunglückte Skifahrer oder Autofahrer hinterher zum Arzt gehen und sich das auf Kosten der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung wieder in Ordnung bringen lassen, dann kann man die Schwangerschaftsabbrüche nicht aus der Krankenversicherung herausnehmen.

METALL: Sind Sie denn der Meinung, daß am § 218 generell etwas geändert werden soll? Sind die Frauen der CDU/CSU-Fraktion der Ansicht, daß die soziale Indikation erschwert oder völlig verboten werden sollte?

Bürland: Ich habe etwas dagegen, daß ein Mißbrauch der sozialen Indikation betrieben wird. Daß es Mißbrauchsfälle gibt, wissen wir. Aber wir wissen auch, daß wir nicht alles

gesetzlich regeln können, d. h., daß wir zwar versuchen, gute Gesetze zu machen, daß wir aber immer darauf angewiesen sind, daß diese auch im Sinne des Gesetzgebers angewandt werden. Wir vertreten die Auffassung, daß man durch vermehrte positive Hilfen die Höhe der Schwangerschaftsabbrüche senken kann, nämlich dadurch, daß wir die Frauen in ihrer Notlage nicht allein lassen, und daß wir auch sagen, daß nicht die Frau alleine verantwortlich ist, sondern den Mann in die Verantwortung einbeziehen.

METALL: Das heißt, nach Ihrer Ansicht sollte der § 218 nicht verändert werden.

Bürland: Richtig, ich sehe da überhaupt keine Möglichkeit. Durch eine Änderung des § 218 würde sich das Verhalten der Frauen nicht ändern. Verbesserungen müssen anders angesetzt werden. Sie müssen ansetzen bei einer positiveren Einstellung zum Kind, zum Leben; ferner bei Hilfen, die wir den in Notlagen geratenen Frauen geben, und zwar nicht nur bis zur Geburt, sondern gerade danach. Wir haben ja eine Entschließung erarbeitet, die in Kürze im Deutschen Bundestag eingebracht wird. Darin steht, daß wir vielfache Hilfen fordern, z. B. Erleichterungen der Teilzeitarbeit, ferner im Bereich des Wohnungsbaues, des Kindergeldes, der steuerlichen Entlastung bei Erziehungspflichten, aber einfach auch im Verständnis der Erwachsenen im Umgang mit Kindern.

METALL: Was halten Sie denn von Praktiken, daß gerade jungen alleinstehenden Frauen Geld geboten und gezahlt wird, wenn sie sich verpflichten, das Kind zur Welt zu bringen und ohne es gesehen zu haben, sofort nach der Geburt zur Adoption freizugeben?

Bürland: Ich möchte diesen Presseinformationen gerne selbst noch einmal nachgehen, aber falls sie stimmen sollten, macht mich so etwas sprachlos. Ich finde, das ist so grausam einer Mutter gegenüber – ich selber bin Mutter von vier Kindern –, und ich finde einfach keine Worte, wenn so etwas in einer humanen Welt möglich sein sollte.

Eine Begutachtung des gesamten Artikulationsaufkommens findet nicht statt

Brief von Gerhard Amendt
an Renate Sadrozinski vom
9. Januar 1984

Mit Interesse habe ich Deinen Leserbrief in der Weihnachtsausgabe der Frankfurter Rundschau gelesen. Mein Eindruck war, daß Du politisch für die Abschaffung des §218 StGB argumentierst, aber persönlich Frauen verurteilst, die eine Schwangerschaft abbrechen. Diese Ansicht legst Du nicht etwa durch die unsinnige Behauptung nahe, daß die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in unserem Land ständig sinke, sondern durch die Funktion, wie Du diesem Argument beimißt. Du möchtest damit nämlich den Herren in Bonn beweisen, daß die These vom Mißbrauch des §218 falsch sei; alle Gesetzesverschärfungen seien deswegen auch nicht zu rechtfertigen, weil sie eben grundlos sind.

Zum Glück – so möchte ich meinen – bedeutet Dein Hantieren mit statistischen Zahlen nicht, daß dadurch die Ansichten der Konservativen richtig werden.

Aber was sind denn nun die Ansichten der Konservativen, die Du mit Zahlen empirisch widerlegen willst? Es sind die hinlänglich bekannten Thesen über das weibliche Sexualverhalten: Die Frauen wollen nicht verhüten, sie wollen es sich leicht machen, sie wollen Sex ohne Reue, die Abtreibung ist für sie ein Mittel der Geburtenregelung; vor dem Hintergrund des Bundesverfassungsgerichts-Urteils zum §218 heißt das: Die Frauen töten werdendes Leben, um ihre Sexualität auszuleben!

... und vom 11. Januar 1984

Im Nachgang zu meinem Kommentar zu Deinem Leserbrief möchte ich Dir noch mitteilen, daß die Pro Familia Bremen den Gegenstand der Auseinandersetzung für so gewichtig im Hinblick auf die zukünftige Strategie der §218-Bewegung hält, daß wir Deinen Leserbrief in der Frankfurter Rundschau gemeinsam mit einem Antwortschreiben an Dich in unsere Informationsreihe aufnehmen und in diesen Tagen verschicken werden.

PROFAMILIABREMEN INFORMATIONENBLÄTTER III

Alles deutet darauf hin, daß die amtierende Regierung eine repressive Reformierung der Handhabung des §218 StGB plant.

Ein mehr oder weniger öffentlicher Meinungs-austausch zwischen führenden Vertretern zweier Landesverbände hat zum Teil etwas ungewöhnliche Formen angenommen. Um jeden im Verband die Möglichkeit zu geben, sich selbst ein Urteil zu bilden, dokumentiert die Redaktion einen Vorgang, zu dem sie selbst nicht Stellung nimmt.

Ein bislang der Öffentlichkeit vorenthaltener Bericht der „interministeriellen Arbeitsgruppe – Schutz des werdenden Lebens –“ hat für diese Zielsetzung eine Reihe von Maßnahmen empfohlen. Sie reichen von der Propagierung massenhafter Adoption unerwünscht geborener Kinder über die administrative Erschwerung der §218 – Abwicklung bis zu Prämien für die Bereitschaft, eine ungeplante Schwangerschaft doch noch auszutragen.

Über diese Pläne hat die Frankfurter Rundschau am 10. 12. 1983 berichtet. In einem Leserbrief in der Weihnachtsausgabe bezieht Frau Renate Sadrozinski vom Vorstand der Pro Familia Hamburg dazu Stellung. Dabei entwickelt sie eine Argumentation, mit der der geltende §218 verteidigt werden soll.

Diese Stellungnahme ist so problematisch, daß wir uns dazu geäußert haben.

Beide Briefe drucken wir hier ab.

Wir halten diese Korrespondenz für wichtig, weil es letztlich um alternative Strategien in der bevorstehenden Auseinandersetzung mit der repressiven Reformierung des §218 geht.

FR 24.12.83

Mißbrauch sozialer Indikation?

Ich finde es empörend, mit welcher Dreistigkeit die Bundesregierung mit bewußten Falschmeldungen Politik macht. Der interministeriellen Arbeitsgruppe zum „Schutz des ungeborenen Lebens“ („Bonn plant Kampagne gegen Mißbrauch des Paragraphen 218“, FR vom 10. 12.) sind dieselben Informationsquellen zugänglich wie mir. Die Herren wissen also sehr wohl, daß es keinen „Mißbrauch des Paragraphen 218“ gibt, daß die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik seit Jahren stetig sinkt, daß die BRD nach den Niederlanden die niedrigsten Abtreibungszahlen in Europa verzeichnet, daß seit der Liberalisierung des Paragraphen 218 die schweren gesundheitlichen Komplikationen beim Abbruch rapide gesunken sind, dieses vor allem wegen der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen.

In den europäischen Ländern, in denen Abtreibung am strengsten verfolgt wird, ist deren Zahl am höchsten: in Portugal und Irland.

Was heißt eigentlich „Mißbrauch der sozialen Indikation“? Heißt es, die Frauen interpretieren ihre soziale Lage falsch, also anders als der Familienminister und seine Arbeitsgruppe? Oder heißt es, die Frauen sollen trotz „schwerer Notlage“ die ungewollte Schwangerschaft austragen, obwohl ihnen das Gesetz den Abbruch ohne Angst vor gesundheitlichem, strafrechtlichem und finanziellem Risiko gestattet?

Ungefähr ein Drittel der Frauen braucht einen Abbruch aus einer materiellen Not-

lage heraus. Daran ändert die vollmundige Beschwörung der „reichen Bundesrepublik“ und des „Bruttosozialprodukts von 1,5 Billionen Mark“ leider gar nichts.

Die Zahl der Abtreibungen steht in direktem Verhältnis zur Zahl der ungeplanten Schwangerschaften: der größte Teil davon wird ausgetragen, ein kleiner Teil führt zu Schwangerschaftsabbrüchen. Das war schon immer so und wird sich erst ändern, wenn absolut sichere und unschädliche Verhütung möglich ist.

Bestünde wirkliches Interesse an weniger Abbrüchen, so müßte das Kinderhaben erleichtert werden – durch bessere Unterstützung der Mütter / Eltern durch angemessenes Kindergeld, Elternurlaub, Kündigungsschutz für Mütter, Schaffung von Arbeitsplätzen für Frauen, Anhebung der Sozialhilfesätze, Garantie von menschenfreundlicher Kinderbetreuung in Krippen, Kindergärten und Ganztagschulen, Verteilung der Kindererziehungs- und Haushaltslasten auch auf die Väter.

Andererseits müßte die Empfängnisverhütung verbessert werden – durch Verbreitung kostenloser und gesundheitsschonender Verhütungsmittel, Verantwortung der Männer für die Verhütung, allgemeine Sexuaufklärung für Jugendliche. Nun hat aber gerade der Jugend- und Familienminister Aufklärungsmaterial in Millionenaufgabe einstampfen lassen (und auch verweigert, daß private Träger von Sexualpädagogik dieses übernehmen können), und er ist außerdem der Meinung, daß die „flankierenden Maßnahmen zum Paragraphen 218“ – Verhütungsberatung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch auf Krankenschein – abgeschafft gehören, weil sie die Krankenkassen zu sehr belasten und nicht zu ihren Aufgaben gehören.

Wenn in Zukunft in der ganzen BRD die gesetzlich erzwungene Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch „ausschließlich für die Lebenschancen des ungeborenen Kindes eintreten soll“, dann werden zwar nicht weniger Frauen abtreiben, aber sie werden wieder auf illegale Wege gedrängt: ins Ausland und zu Ärzten, die es unter der Hand machen, ohne Bescheinigung und nach entsprechender Bezahlung – so wie es noch immer für die Gegenden gilt, die eben diese Form der Beratung seit jeher praktizieren.

Renate Sadrozinski, Vorstandsmitglied der profamilia, Hamburg

Offener Brief an Frau Renate Sadrozinski Pro Familia Hamburg

Liebe Renate,
mit Interesse habe ich Deinen Leserbrief in der Weihnachtsausgabe der Frankfurter Rundschau gelesen. Mein Eindruck war, daß Du politisch für die Abschaffung des §218 StGB argumentierst, aber persönlich Frauen verurteilst, die eine

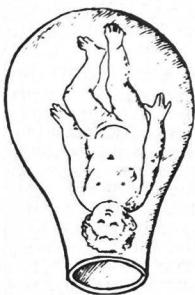
Eucharus Röslein

Der Schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten.



Roesslin's „Rosengarten“ war zur Zeit seiner Veröffentlichung im Jahre 1513 eine Sensation: Stellte er doch das erste gedruckte Hebammenbuch, ja überhaupt das allererste gedruckte geburtshilfliche „Lehrbuch“ dar; selbst die in Holzschnitt-Technik wiedergegebenen Abbildungen zur Anatomie der Schwangerschaft gehören zu den ersten Buchillustrationen für dieses Thema seit Erfindung der Buchdruckerkunst. Die Bezeichnung „Rosengarten“ ist entweder vom Familiennamen Roesslin (Röslein) abgeleitet oder aber als Allegorie zu verstehen: Dornen und Rosen in der Geburtshilfe.

Das Buch enthält 12 Kapitel; vorangestellt ist ein ermahndes Gedicht über das Hebammenwesen jener Zeit.



So ist das Werk aus dem 16. Jahrhundert ein wertvolles Dokument der Hebammenkunst im ausgehenden Mittelalter und zum Beginn der Neuzeit. Das Werk sollte in keiner Fachbücherei fehlen. Ein Kommentar von Dr. R. Hartge führt in das Werk ein.

Es ist ein wertvolles Geschenk zu allen Gelegenheiten.

Preis DM 28,—

ELWIN STAUDE VERLAG GMBH
Walderseestraße 14, 3000 Hannover 1

Schwangerschaft abbrechen. Diese Ansicht legst Du nicht etwa durch die unsinnige Behauptung nahe, daß die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in unserem Land ständig sinke, sondern durch die Funktion, die Du diesem Argument beimißt. Du möchtest damit nämlich den Herren in Bonn beweisen, daß die These vom Mißbrauch des §218 falsch sei; alle Gesetzesverschärfungen seien deswegen auch nicht zu rechtfertigen, weil sie eben grundlos sind.

Zum Glück – so möchte ich meinen – bedeutet Dein Hantieren mit statistischen Zahlen nicht, daß dadurch die Ansichten der Konservativen richtig werden.

Aber was sind denn nun die Ansichten der Konservativen, die Du mit Zahlen empirisch widerlegen willst? Es sind die hinlänglich bekannten Thesen über das weibliche Sexualverhalten: Die Frauen wollen nicht verhüten, sie wollen es sich leicht machen, sie wollen Sex ohne Reue, die Abtreibung ist für sie ein Mittel der Geburtenregelung; vor dem Hintergrund des Bundesverfassungsgerichts-Urteils zum §218 heißt das: Die Frauen töten werdendes Leben, um ihre Sexualität auszulieben!

Diese Vorurteile mit Zahlen widerlegen zu wollen, erinnert mich an Versuche in den USA, mit den Ergebnissen der genetischen Forschung die Menschenähnlichkeit von Afroamerikanern nachzuweisen, um damit ihre Forderungen nach Bürgerrechten zu unterstützen.

Dir scheint völlig zu entgehen, daß Deine als Entlastung für die Frauen gedachte Argumentation Dich zur Anerkennung konservativer Thesen über weibliches Sexualverhalten führt. Du teilst zwangsläufig die Vorurteile der Konservativen und deren Frauenbild.

Darüber hinaus – und hier zeigt es sich, daß dies nicht nur ein hermeneutisches Geplänkel ist – verlangst Du wie jene, daß Frauen durch ordentliches und sorgfältiges Verhüten als verantwortungsbewußt sich präsentieren und damit zu erkennen geben, daß ihnen zu recht die beschränkten Rechte der geltenden §218-Regelung gewährt werden. Du unterscheidest Dich von den Konservativen nur dadurch, daß Du anhand statistischer Zahlen glaubst, Besserung beweisen zu können, wo jene behaupten, die Frauen hätten sich nicht gebessert. Du hältst den Herren empört entgegen, daß sie das ordentliche Verhüten der Frau nicht honorieren, das dank des neu gewonnenen Verantwortungsbewußtseins zum Sinken der Abtreibungszahlen geführt habe. Würden die Abtreibungszahlen nicht sinken – was im übrigen anzunehmen ist, aber für die Argumentation hier unwichtig ist – müßtest Du mit den Konservativen auf Mißbrauch und Verschärfung des geltenden Rechts plädieren, denn der grundgesetzlich vorgeschriebene Schutz des werdenden Leben wäre mit Reformmitteln, die an die Stelle von Strafe gesetzt wurden, nicht realisierbar.

Da die Herren die Forschungsarbeiten kennen, die sie bislang nicht für die Öffentlichkeit freigeben, die aber die zahlenmäßige Verschlimmerung an der Abtreibungsfront bestätigen, bleibt Dir nichts anderes übrig – nach Deiner Logik – als ihnen Recht zu geben, wenn sie Gebärprämiensysteme einführen und die massenhafte Geburt ungewollter Kinder zum Zweck der Adoption propagieren. Solche Empfehlungen stehen dann im Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe zum Programm „Schutz des ungeborenen Lebens“.

Bei Deiner wirklich eigentümlich anmutenden Argumentation scheint Dir aus dem Blick geraten zu sein, daß Rechte, und seien sie noch so spärlich wie beim geltenden §218, ohne Ansehen der Person – und damit ohne Nachweis von Würdigkeit und Verdienst – beansprucht werden können. Du fälltst – unaufgefordert – hinter diese

idealistische Rechtsposition noch zurück, noch bevor soziale und andere Bedingungen das Recht aller unter Brücken zu schlafen als ein Klassenrecht markieren.

Wenn Du nach der Preisgabe grundsätzlich verbürgerter Gleichheit auf Rechtsansprüche und impliziter Larmoyanz in feministischer Manier von den Herren sprichst, die Frauen wieder einmal zu Opfern machen wollen, dann ist dies ein unabweisbares Indiz sich auflösender politischer Verkehrsformen; da Du selbst wie eine dieser Herren argumentierst!

Was Dir den Blick auf Deine repressiv zu nennende Logik verstellt, so wie die daraus folgende politische Strategie des Kampfes gegen den §218, hat nicht etwa mit Mangel an formaler Intelligenz zu tun. Die eigentümlich widersprüchliche Logik Deiner Argumentation gestattet Dir, sowohl für die Streichung des §218 zu argumentieren, aber gleichzeitig auch die Frauen zu mißbilligen, die so etwas tun.

Wenn Du den Schwangerschaftsabbruch als Tötung werdenden Lebens in Deiner täglichen Arbeit in der *Pro Familia* nicht erträgst oder nur schwer erdulden kannst, so kann ich das aufgrund unserer Erfahrungen in Bremen nur allzu gut verstehen. Für wenig selbstreflexiv halte ich es allerdings, wenn Du diese latent gehaltenen Bedenken in einem ungeklärten Prozeß zur Diskriminierung von Frauen und aller am Schwangerschaftsabbruch Mitwirkenden umkehrst und den Schwangerschaftsabbruch als moralisch nur gelten läßt, wenn seine Durchführung zu besserer Verhütung und einem Sinken der Schwangerschaftsabbruchzahlen führt; und dies – wie gesagt – als Ergebnis einer traditionell repressiven Sexualmoral.

Ich bin zutiefst davon überzeugt, daß eine Klärung dieser Widersprüche – von denen ich keineswegs behaupten will, daß sie nur bei Dir auftreten – nur durch einen komplizierten Gang der Selbstreflexion über das je individuelle Verhältnis zum Tötungstabu in uns geklärt werden kann. Ohne diese Klärung wird in wenigen Jahren selbst das Minimum an Freiheitsspielräumen der geltenden §218-Regelung liquidiert sein.

Mit besten Grüßen
Gerhard Amendt
Bremen, im Januar 1984

FR 7.2.84

Verwirrung um §218

Unser Eindruck zum Leserbrief von Frau Sadrozinski in der Weihnachtsausgabe war, daß sie politisch für die Abschaffung des Paragraphen 218 plädiert, aber persönlich Frauen verurteilt, die eine Schwangerschaft abbrechen. Sie legt diese Ansicht nicht durch die unsinnige Behauptung nahe, daß die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ständig sinke, sondern durch den Stellenwert, den sie diesem Argument beimißt. Sie möchte damit nämlich den „Herren“ in Bonn beweisen, daß die These vom Mißbrauch des Paragraphen 218 falsch und Gesetzesverschärfungen deshalb nicht zu rechtfertigen sind. Zum Glück – so meinen wir – bedeutet das Hantieren mit statistischen Zahlen nicht, daß dadurch die Ansichten der Konservativen richtig werden. Aber was sind denn nun die Ansichten der Konservativen, die mit empirischen Zahlen widerlegt werden sollen? Es sind bekannte Thesen über das weibliche Sexualverhalten: Die Frauen wollen nicht verhüten, sie wollen Sex ohne Reue, die Abtreibung ist für sie ein Mittel der Geburtenregelung; vor dem Hintergrund des Bundesverfassungsgerichts-Urteils zum Paragraph 218

heißt das: die Frauen töten werdendes Leben, um ihre Sexualität auszuleben!

Diese Vorurteile mit Zahlen widerlegen zu wollen, erinnert uns an Versuche in den USA, mit den Ergebnissen der genetischen Forschung die Menschenähnlichkeit von Afro-Amerikanern nachzuweisen, um damit ihre Forderungen nach Bürgerrechten zu unterstützen.

Frau Sadrozinski führt statistische Zahlen selbstverständlich in der Absicht an, damit Frauen zu entlasten. Aber sie kann das nur, indem sie die konservativen Thesen über weibliches Sexualverhalten sich zu eigen macht. Darüber hinaus verlangt sie, wie die Konservativen, daß Frauen durch sorgfältiges Verhüten sich als verantwortungsbewußt präsentieren und damit beweisen, daß sie sich die beschränkten Rechte des Paragraph 218 auch verdient haben. Frau Sadrozinski unterscheidet sich dann von den Konservativen nur noch dadurch, daß sie anhand statistischer Zahlen glaubt, Besserung der Frauen nachweisen zu können, was die Konservativen aber bestreiten.

Würden die Abtreibungszahlen nicht sinken — was anzunehmen, aber für die Argumentation unerheblich ist — müßte Frau Sadrozinski mit den Konservativen auf Mißbrauch und Verschärfung des geltenden Rechts plädieren. Da die „Herren“ die holländische Forschungsarbeit im Auftrag der alten Bundesregierung kennen, die wohlbegründet von 300 000, und nicht wie statistisch erfaßt, von 100 000 Schwangerschaftsabbrüchen ausgeht, bleibt nach der Logik von Frau Sadrozinski nichts anderes übrig, als ihnen recht zu geben, wenn sie Gebärprämiensysteme auf Vorschlag des Interministeriellen Arbeitsausschusses einführen und die massenhafte Kindesweggabe ungewollt Geborener mit grausiger Härte als Maßnahme zum Schutz des werdenden Lebens propagieren. Mit dieser eigentümlich anmutenden Argumentation gerät völlig aus dem Blick, daß Rechte — und seien sie noch so spärlich wie beim geltenden Paragraph 218 — ohne Ansehen der Person — und damit ohne Nachweis von Würdigkeit und Verdienst beansprucht werden können.

Wenn Frau Sadrozinski nach der Preisgabe grundsätzlich verbürgter Gleichheit auf Rechtsansprüche dann in einer Mischung von Aggressivität und impliziter Larmojanz in feministischer Manier von den „Herren“ spricht, die Frauen wieder einmal zu Opfern machen wollen, dann ist dies ein unabweisbares Indiz sich auflösender politischer Verkehrsform, denn schließlich argumentiert sie selbst wie einer dieser „Herren“!

PROFAMILIA BREMEN, Vorstand:
Prof. Dr. Gerhard Amendt,
Dr. Michael Schwarz



Pressemitteilung

Pro Familia Bremen begründet Gutachterstelle zum § 218 StGB

Anlässlich des 5-jährigen Bestehens des *Pro Familia* Beratungszentrums wurde für Prof. Dr. Gerhard Amendt eine überregionale Gutachterstelle zum § 218 StGB konstituiert. Sie ist ab sofort zuständig für die Begutachtung des gesamten Artikulationsaufkommens zum § 218 StGB, dessen Analyse Prof. Dr. Gerhard Amendt bis-

* Prof. Dr. Gerhard Amendt und Dr. Michael Schwarz gehören seit Anfang April dem Landesvorstand nicht mehr an.

her nur ehrenamtlich und damit unvollständig abdecken konnte. Insbesondere soll alles was bundesweit in der *Pro Familia* gedacht und in der Folge zu Äußerungen verdichtet wird — oder auch im vorgedanklichen Bereich tendenziell befindlich ist — rechtzeitig und öffentlich auf defizitäre Bewußtseinsinhalte überprüft werden.

Prof. Dr. Gerhard Amendt, als Vorsitzender der *Pro Familia* Bremen, bekennt sich zu seiner Aufgabe, unter politischen, professionellen wie berufsethischen Aspekten rigoros gegen Ansichten vorzugehen, die nicht zuvor seiner gutachterlichen Funktion unterworfen waren.

Der innovative Charakter der Institution bemißt sich an der schonungslosen Entlarvung und breiten Veröffentlichung aller möglichen Abweichungen. Das zielt auf die Sicherstellung ab, daß nicht wegen vorgeblich gemeinsamer Ziele die Differenzen in der *Pro Familia* verschleiert werden und über die Auseinandersetzung mit Kontrahenten, wie die amtierende Regierung und andere konservative Kreise, die stringente Strukturierung der Zielvorgaben im eigenen Verband vernachlässigt wird.

Damit hat die *Pro Familia* als erste vergleichbare bundesdeutsche Einrichtung eine verbandseigene Prüfstelle von gravierender Qualität und ist nicht mehr auf die eher unsystematische Kritik von außen angewiesen. So wird die prinzipielle Orientierung an einer einsichtsbefähigenden herrschaftsfreien Kommunikation im Verband tendenziell möglich.

Für die Modellgutachterstelle soll die finanzielle Förderung beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) beantragt werden; die zuständigen Stellen zeigen sich in den ersten Gesprächen aufgeschlossen.
Bremen, 13. Februar 1984.

Dies ist keine Presseerklärung! Dies ist ein Bekennerbrief!

Die „Pressemitteilung der *Pro Familia* Bremen“ vom 13. Februar 84 war — wie viele schon gemerkt haben — eine Parodie aus unserer Feder.

Tatsächlich gibt es keinerlei Hinweise, daß Prof. Dr. Gerhard Amendt plant, eine „Gutachterstelle“ für das „gesamte Artikulationsaufkommen zum § 218“ in der *Pro Familia* einzurichten und dafür gar noch öffentliche Mittel zu beantragen, er wird vermutlich weiterhin nur ehrenamtlich auf diesem Gebiet tätig sein.

Wir haben uns dieser ironischen Form bedient, und Gerhard Amendt sowie den Mitgliedern und Freunden der *Pro Familia* deutlich zu machen, daß er zu weit geht mit seinen wiederkehrenden öffentlichen Diffamierungen von Personen und Beratungsstellen im eigenen Verband — die u. a. auch gegen uns gerichtet sind.

Wir haben bewußt nicht den Rechtsweg gewählt und werden es auch in Zukunft nicht tun: Angesichts der bevorstehenden Auseinandersetzungen mit den mächtigen konservativen Kräften ist es notwendig, daß wir uns um den größtmöglichen Zusammenhalt bemühen und untergeordnete Meinungsverschiedenheiten nicht übermäßig aufblähen, darauf wollten wir auch Gerhard Amendt durch unsere Persiflage hinweisen.

Renate Sadrozinski
Susanne v. Paczensky

Reinhard Kepp †

Dr. med. Reinhard Kepp, zuletzt ermittelter Professor für Frauenheilkunde an der Universität Gießen, ist gestorben. Er war von 1967 bis 1973 Präsident der *Pro Familia*.

Bundesarbeitstagung

Die diesjährige Bundesarbeitstagung der *Pro Familia* findet in Rummelsberg statt.

Sie beginnt mit der Sitzung des Bundesvorstands am 30. Mai um 9 Uhr, die Mitgliederversammlung beginnt am gleichen Tag um 14 Uhr.

Am Donnerstag, d. 31. Mai, sind Referate und Diskussionen zum Thema „Auswirkungen der Sozial- und Familienpolitik der Bundesregierung auf Familienplanung und andere Arbeitsbereiche der *Pro Familia*“ geplant.

Die Arbeitstagung endet am 1. Juni um 12.00 Uhr. Weitere Informationen in der Bundesgeschäftsstelle der *Pro Familia* (Frau Kiltz), Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1.

- Anzeige -

neu in der dgvt-Verlagsabteilung
Forum 5
Bernie Zilbergeld

Männliche Sexualität

Was nicht alle schon immer über Männer wußten ...
1983, ca. 300 Seiten, kart., DM 29,-
ISBN 3-922686-64-8

Der Band, der sich sowohl dem Laien als auch dem professionell Interessierten anbietet, beschränkt sich in seinen Informationen und Anleitungen nicht auf bloße Regieanweisungen, sondern stellt mit teilweise drastischen Veranschaulichungen gängige Stereotypen in Frage, konfrontiert den Leser mit den überraschend durchsetzungsstarken Leistungsnormen der pornographischen Literatur und versucht, denen ein differenziertes (Manns-) Bild der sexuellen Genußfähigkeit entgegenzusetzen.
Ein Buch, das verständlich geschrieben ist und sich so auch als therapiebegleitende Lektüre eignet.

Zu beziehen durch den Buchhandel oder gegen Vorkasse direkt über die Geschäftsstelle der dgvt (Kto.-Nr. 1547 777/01, Deutsche Bank Tübingen)

**Geschäftsstelle: Friedrichstraße 5
7400 Tübingen Postfach 1343**

Bundesverdienstkreuz für Dr. Suse Hönes

Die Leiterin der „Pro Familia“-Beratungsstelle in Stuttgart, Dr. Suse Hönes, ist mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet worden. Die Auszeichnung wurde ihr am 23. März 1984 überreicht. Die Ärztin, die 1923 geboren ist und zwei Töchter hat, trat „Pro Familia“, der Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung, schon 1966 kurz nach der Gründung des Landesverbandes Baden-Württemberg bei.

Die Beratungsstelle in Stuttgart hat sie ohne Eigenmittel und unter den schwierigsten Bedingungen gegründet.

Dr. Hönes ist heute Erste Vorsitzende des Landesverbandes; sie hat durch eine unermüdliche Öffentlichkeitsarbeit für Solidarität in der Bevölkerung mit den Ratsuchenden gesorgt und die Gründung vieler Ortsverbände angeregt. Sie genießt großes Vertrauen im Landtag und im Gemeinderat, in städtischen Ämtern und bei kirchlichen Stellen. Sie bemühte sich stets erfolgreich um eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Ärzten.

pro familia magazin

Redaktionsschluß für die nächsten Ausgaben

Die Redaktion freut sich über jeden Beitrag aus dem Kreis der Leserinnen und Leser, auch über Leserbriefe (die sollten möglichst kurz gehalten sein, damit Kürzungen nicht erforderlich sind).

Heft 4/84 zum Thema „Familienplanung international“ erscheint Anfang Juli. Das Schwerpunktthema ist redaktionell abgeschlossen. Aktuelle Kurzberichte können bis 25. Mai eingeschickt werden.

Heft 5/84 zum Thema „Sexualität und Arbeitsleben“ erscheint Anfang September. Redaktionsschluß für Beiträge zum Schwerpunktthema ist der 8. Juni, für aktuelle Kurzberichte der 3. August.

Postkoitalmethoden („Am Morgen danach“) gewinnen in der letzten Zeit an Beachtung. *Pro Familia* hat sich systematisch dafür eingesetzt, die Bedingungen für ihre Verfügbarkeit und Bekanntheit zu verbessern. Über die Erfahrungen mit diesen Versuchen soll ausführlich in der nächsten Ausgabe berichtet werden.

Leserbrief

Der folgende Leserbrief wird ungekürzt veröffentlicht, die Redaktion enthält sich jeder Beurteilung der in dem Brief enthaltenen Aussagen. Sie hofft vielmehr, mit der Veröffentlichung dieses Briefes unter eine langwierige Angelegenheit einen Schlußstrich ziehen zu können, ohne die Stellungnahme der betroffenen Mitglieder und Mitarbeiter im Landesverband Hessen und im Bundesverband einzuholen und damit eine neue Debatte zu eröffnen. Eine Richtigstellung erscheint allerdings erforderlich: Wenn bei Pro Familia Gerichtskosten entstehen, so trägt diese nicht der Steuerzahler.

In Heft 1/84 dieser Zeitung machte sich der Landesvorsitzende der *Pro Familia* Hessen Sorgen, im Zusammenhang mit dem Bericht der Frau C. Borries könnte der Eindruck entstehen, der Landesverband werde seit Jahren schlampig geführt.

Die Ordnung in diesem Verband habe ich anlässlich einer – für mich zehnteiligen – Schwangerschaftskonfliktberatung in der Frankfurter Beratungsstelle kennen gelernt.

Es wurde nicht gesagt, daß es nicht nur um Beratung, sondern gleichzeitig auch um Ermittlung von Indikationsgründen ging; aber zumindest der mitkommende Ehepartner, der die Beratung nicht vereinbart hat, muß das nicht wissen.

Mitteilungen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, wurden nicht nur ohne mein Einverständnis, sondern gegen meinen ausdrücklichen Willen zur Begründung einer Indikation verwandt; denn wer gleich sagt, daß er gegen Schwangerschaftsabbruch ist und beim Verlassen der Beratungsstelle wiederholt, damit (mit Schwangerschaftsabbruch) wolle er nichts zu tun haben, will nichts zur Begründung einer Indikation beitragen.

Es wurde auch keine Gelegenheit gegeben zu bestätigen, was man angeblich gesagt haben sollte, obwohl damit eine Indikation begründet wurde.

Eine verantwortliche Instanz, die eine Beschwerde in vernünftiger Weise anhören würde, war in dieser Beratungsstelle nicht auszumachen. Man geriet an Frauen, die etwas herumredeten, die Angelegenheit am Telefon erledigen wollten und sich letztlich auf Hohn und Beschimpfung verlegten.

Eine datenschutzrechtlich begründete schriftliche Anfrage wurde einfach nicht beantwortet. Auch die Telefonistin muß die Befugnis haben, Eintragungen in den ärztlichen Aufzeichnungen vorzunehmen. Sie notierte die Anfrage nach der zuständigen Dienstaufsicht, gab aber keine Auskunft.

Die angeblich so sorgsam aufbewahrten ärztlichen Aufzeichnungen müssen demnach – wenn sie der Telefonistin für Notizen zugänglich sind – ziemlich griffbereit liegen; dabei geht es in diesem Fall nicht um irgendwelche ärztliche Aufzeichnungen, sondern um Aufzeichnungen,

durch die der Betroffene sich – das steht in diesen Aufzeichnungen selbst – verleumdet fühlt.

Der schließlich mit Hilfe der Bundesgeschäftsstelle ausfindig gemachte Landesvorsitzende beantwortete eine schriftliche Beschwerde nicht. Er ließ sich auch nicht durch zwei briefliche Nachfragen seitens der Bundesgeschäftsstelle dazu bewegen. (Der Vollständigkeit halber: Nach dreizehn Monaten kam schließlich doch noch ein Brief, der aber nun zurückgewiesen wurde).

Er machte aber die Angelegenheit seiner Sekretärin zugänglich, die nicht Mitarbeiterin der *Pro Familia*, sondern Angestellte der Universitätsklinik, also eine Außenstehende ist. Diese Sekretärin konnte aber bei einer tel. Nachfrage nicht ordentlich Auskunft geben: Die Beschwerde sei weitergegeben worden – wohin, wisse sie nicht. Sie fand das auch sehr komisch.

Ein Wort noch zu dem Umgang mit dem Geld der Steuerzahler: War es nötig, die Angelegenheit in das Stadium gerichtlicher Auseinandersetzungen kommen zu lassen, die *Pro Familia* – nur *Pro Familia* – mit den Kosten von etwa 1.500,- DM belasteten? Wäre es nicht vernünftiger gewesen, erst einmal den Betroffenen selbst zu hören, bevor man von Verleumdung sprach?

Mit Beschimpfungen, Nichtachtung und dergleichen schafft man keinen Konflikt aus der Welt, das sollten eigentlich die Leute, die sich angeblich so gut auf Konfliktbewältigung verstehen, selbst am besten wissen.

Frankfurt

Hartmut Hermann

Pro Familia-Landesverbände

Baden-Württemberg:
7000 Stuttgart 1, Schloßstraße 60
Telefon (07 11) 62 26 18

Bayern: 8000 München 40
Türkenstraße 103/1
Telefon (0 89) 39 90 79

Berlin: 1000 Berlin 30
Ansbacher Str. 11
Telefon (0 30) 2 13 90 13

Bremen: 2800 Bremen
Stader Straße 35
Telefon (04 21) 49 10 90

Hamburg: 2000 Hamburg 11
Seewartenstraße 7
Tel. (0 40) 31 10 24 98 / 31 10 23 05

Hessen: 6000 Frankfurt/Main 50
Hügelstraße 70
Telefon (06 11) 53 32 57

Niedersachsen:
3000 Hannover 1,
Am hohen Ufer 3a,
Telefon (05 11) 1 54 59

Nordrhein-Westfalen:
5600 Wuppertal 1
Robert-Daum-Platz 1-3
Telefon (02 02) 38 41 10

Rheinland-Pfalz / Saarland:
6500 Mainz, Rheinallee 40
Telefon (0 61 31) 67 21 51

Schleswig-Holstein:
2390 Flensburg, Marienkirchhof 6
Telefon (04 61) 1 79 11

Die *Pro Familia Informationen* erscheinen als Teil der Zeitschrift *Sexualpädagogik und Familienplanung*. Redaktion der *Pro Familia Informationen* und für den Inhalt verantwortlich: Ausschuß für Informations- und Öffentlichkeitsarbeit (Bernhard Braunschweig, Jürgen Heinrichs, Ulrike Holler, Jutta Neufeldt, Elke Thoß, Gisela Zehm). Anschrift der Redaktion: *Pro Familia*, Bundesverband, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1.

Fortsetzung von Seite 8

Frauen mit längerer Partnerschaft gaben häufiger an, seit der Benutzung des Diaphragmas seltener Geschlechtsverkehr zu haben, während Frauen mit kürzerer Partnerschaft eher angaben, seit der Benutzung des Diaphragmas häufiger Geschlechtsverkehr zu haben ($p < .01$). Diese Unterschiede müssen jedoch nicht unbedingt mit dem Diaphragma zusammenhängen.

42% der Frauen gaben an, sich noch ein Kind zu wünschen, 12% wollten keines mehr und 45% waren unsicher, ob sie ein Kind haben wollten oder nicht. Der Kinderwunsch hing weder mit dem Alter noch mit der Partnerschaft, dem sexuellen Erleben und Verhalten oder der Häufigkeit der Verwendung des Diaphragmas zusammen. Frauen, die noch Kinder haben wollten, meinten häufiger, daß der Partner für das Austragen des Kindes wäre. Frauen, die in ihrem Kinderwunsch unsicher waren, gaben dagegen fast zur Hälfte an, die Partner wären ihrer Meinung nach bei einer ungewollten Schwangerschaft für einen Abbruch ($p < .01$).

6) Beurteilung des Diaphragmas als Kontrazeptionsmethode

Gefragt nach der Wichtigkeit der Sicherheit eines Verhütungsmittels gaben 51% der Diaphragmabnutzerinnen an, daß ihnen die Sicherheit wichtig sei und 48%, daß sie ihnen besonders wichtig sei. Das Diaphragma wurde von 32% als sehr sicher eingeschätzt, von 61% als sicher und von 6% als weniger sicher. Für Frauen, die nicht wußten, ob sie noch Kinder haben wollten, war die Sicherheit einer Verhütung wichtiger als für Frauen mit Kinderwunsch ($p < .05$). Von Frauen mit Kinderwunsch und solchen mit definitiv keinem Kinderwunsch wurde die Sicherheit des Diaphragmas allerdings nicht unterschiedlich eingeschätzt.

Frauen, deren sexuelles Erleben sich unter dem Diaphragma negativ verändert hatte, hielten das Diaphragma für weniger sicher als Frauen, deren sexuelles Erleben sich positiv verändert hatte ($p < .05$). Die Beurteilung der Sicherheit des Diaphragmas hing jedoch nicht mit der Dauer der Anwendung und der Ausführlichkeit der Verhütungsberatung zusammen.

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 58% der Frauen an, daß ihre Partner mit dem Diaphragma sehr zufrieden oder zufrieden seien, 26% waren nur zum Teil zufrieden, der Rest war weniger zufrieden oder lehnte es ab. Die Zufriedenheit des Partners mit dem Diaphragma hing weder mit der Dauer der Partnerschaft noch mit der Dauer der Anwendung des Diaphragmas zusammen. Bei Frauen, bei denen sich das sexuelle Erleben positiv oder gar nicht

Tab. 6:
Bewertung des spermiziden Gels durch Diaphragmabnutzerinnen und deren Partner

	Frau	Partner (N= 111)
Mittel stört nicht	44 %	56 %
Mittel riecht nicht	28 %	28 %
Anwendung ist umständlich	37 %	21 %
Mittel ist zu teuer	27 %	22 %
Unangenehmes Gefühl beim Ausfließen nach dem Koitus	29 %	6 %
Befürchtung gesundheitlicher Folgen	23 %	16 %
Entstehen unangenehmer körperlicher Nebenwirkungen	88 %	5 %
Verminderung sexueller Gefühle	7 %	3 %

verändert hatte, war der Partner der Frau meist (83%) mit dem Diaphragma sehr zufrieden oder zufrieden, während bei Frauen, bei denen sich das sexuelle Erleben negativ verändert hatte, die Partner (nach Aussagen ihrer Partnerin) in 71% der Fälle nur zum Teil oder gar nicht mit dem Diaphragma zufrieden waren ($p < .01$). Außerdem wurde ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Frauen und der Zufriedenheit des Partners mit dem Diaphragma gefunden. Jüngere Frauen gaben an, daß ihr Partner entweder mit Diaphragma sehr zufrieden war oder das Diaphragma ablehnte, während man bei älteren Frauen am häufigsten eine mittlere Zufriedenheit des Partners mit dem Diaphragma finden konnte ($p < .01$). Zwischen der Dauer der Partnerschaft, der Dauer der Anwendung des Diaphragmas und dem Alter bestand kein signifikanter Zusammenhang.

Zur Beurteilung des spermiziden Gels sollen die Frauen die in Tab. 6 vorgegebenen Fragen für sich und ihren Partner getrennt beantworten.

Gefragt nach dem Zeitpunkt des Einsetzens des Diaphragmas gaben 8% der Frauen an, das Diaphragma auch dann einzusetzen, wenn sie nicht wußten, ob sie Geschlechtsverkehr haben würden. 4% setzten es einige Stunden vor dem geplanten Koitus ein, 34% bis zu einer halben Stunde vorher und 37% während des Vorspiels. (Mehrfachantworten möglich). 32% berichteten, je nach Situation das Diaphragma zu unterschiedlichen Zeitpunkten einzusetzen.

In einer offenen Frage am Ende des Fragebogens konnten die Frauen noch einmal Kritik am Diaphragma äußern. Am häufigsten wurden die spermiziden Mittel mit 37%, die Handhabung mit 30%, seelische

Beeinträchtigungen mit 24%, negative Auswirkungen auf die Sexualität mit 19%, körperliche Beschwerden oder Nebenwirkungen mit 12% und schließlich die fehlende Ästhetik mit 6% noch einmal abschließend spontan genannt. Um die Zufriedenheit mit dem Diaphragma zu erfassen, wurde danach gefragt, ob die Frauen beim Diaphragma bleiben wollten und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen könnten. Außerdem sollten sie angeben, ob sie das Diaphragma als Kontrazeptionsmethode weiter empfehlen würden. 76% der Frauen wollten beim Diaphragma bleiben, 17% wußten es noch nicht und 5% wollten die Verhütungsmethode wechseln. Frauen, die unsicher waren, ob sie beim Diaphragma bleiben sollten, benutzten das Diaphragma weniger regelmäßig ($p < .05$). Auch zwischen Veränderungen des sexuellen Erlebens und der Frage, ob Frauen beim Diaphragma bleiben wollten, bestand ein signifikanter Zusammenhang. Frauen deren sexuelles Erleben sich negativ verändert hatte, wollten häufiger nicht beim Diaphragma bleiben oder waren unsicher, ob sie nicht die Verhütungsmethode wechseln sollten. Frauen, deren sexuelles Erleben sich positiv verändert hatte, wollten fast alle (89%) beim Diaphragma bleiben, nur 11% waren unsicher ($p < .001$). Immerhin 62% der Frauen gaben an, daß sie gern eine Alternative zum Diaphragma kennenlernen und anwenden würden. Trotzdem würden 93% das Diaphragma weiterempfehlen und 91% meinten, daß es noch zu wenig bekannt sei.

Beurteilung der Ergebnisse

Die Ergebnisse unserer Untersuchung machen deutlich, daß es die optimale Kontrazeption noch nicht gibt. Dies spiegelt sich zunächst in den Verhütungskarrieren der Frauen wider, über die noch viel zu wenig bekannt ist. Jahrelang wurde untersucht, wie sicher verschiedene Kontrazeptionsmethoden sind und wie häufig diese angewandt werden. Der oft schwierige Weg von Verhütungsmethode zu Verhütungsmethode war kaum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

Unsere Untersuchung zeigte, daß auch die Verwendung des Diaphragmas nicht frei von Problemen ist. Das Diaphragma stellt sicherlich eine alternative Kontrazeptionsmethode für Frauen dar, die nicht (mehr) konventionelle Verhütungsmethoden verwenden wollen. Immerhin mehr als die Hälfte der Frauen, die das Diaphragma anwenden, würden allerdings gern eine bessere Alternative kennenlernen; drei Viertel aller untersuchten Frauen wollen beim Diaphragma bleiben, da es diese Alternative wohl für sie noch nicht gibt. Ob Frauen beim Diaphragma bleiben wollen, hängt

weder mit dem Alter, dem Kinderwunsch, der Häufigkeit, sexuell zu verkehren, noch der Anwendungsdauer zusammen, sondern einzig und allein davon, ob negative Auswirkungen auf die Sexualität auftraten, was in unserer Untersuchung bei 14 % der Frauen der Fall war. Diese Auswirkungen führten dann auch dazu, daß das Diaphragma weniger regelmäßig angewandt wurde. Es muß aber betont werden, daß dies nur für eine sehr kleine Gruppe von Frauen zutrifft. Insgesamt spiegelt die Untersuchung eine kritische Einstellung der Diaphragmenbenutzerinnen ihrer Methode gegenüber wider.

Wir möchten an dieser Stelle all denjenigen danken, die die Durchführung dieser Studie ermöglichten. In erster Linie danken wir all den Frauen, die sich die Mühe gemacht haben, den umfangreichen Fragebogen zu beantworten sowie all den Mitarbeitern der *Pro Familia* und der Arztpraxen, die uns bei der Verteilung der Fragebögen geholfen haben.

Literatur

Iendra, A.: Erfahrungen mit dem Diaphragma als Kontrazeptivum: Eine Befragung von 155 Frauen. Med. Dissertation, Hamburg, in Vorbereitung.

Lane, M.; Arceo, R.; Sobrero, A.: Successful Use of the Diaphragm and Jelly by a Young Population: Report of a Clinical Study. Family Plannings Perspectives 1976, 8, 81-86.

Mensinga, W. (Pseudonym C. Hasse): Das Pessarium Oculosivum und dessen Application. Supplement zu: Über facultative Sterilität beleuchtet vom prophylactischem und hygienischen Standpunkte für practische Aerzte. Neuwied & Leipzig, 1882.

Rabe, T.; Runnebaum, B.: Kontrazeption. Springer Verlag, Berlin 1982.

Schmidt-Matthiesen, H.: Gynäkologie und Geburtshilfe. Schattauer Verlag, Stuttgart, 4. Auflage 1979.

Schneider, D.: Die Bedeutung der Verhütungskarriere für die Entscheidung zum Diaphragma. med. Dissertation, Hamburg, in Vorbereitung.

Vessy, M.; Wiggins, P.: Use and Effectiveness of the Diaphragm in a Selected Family Planning Clinic Population of the United Kingdom. Contraception 1974, 9, 15-22.

Wortman, J.: The Diaphragm and other Intra-vaginal Barriers - A Review. Population Reports 1976, 57-75.

Hertha Appelt, Dr. phil., Studium der Psychologie und der Statistik an der Universität Wien. Seit 1979 wissenschaftliche Angestellte der Abteilung für Sexualforschung der Universität Hamburg.

Leitung eines Forschungsprojekts zu Zusammenhängen zwischen Hormonen und Verhalten bei Frauen.

Bernhard Strauß, Dipl.-Psych., Studium der Psychologie und Biologie an der Universität Konstanz.

Seit 1981 wissenschaftlicher Angestellter in einem Forschungsprojekt der Abteilung für Sexualforschung zu Zusammenhängen zwischen Hormonen und Verhalten bei Frauen.

Anita Iendra und Dorothea Schneider, Ärztinnen, Doktorinnen an der Abteilung für Sexualforschung, Hamburg.

„Heute braucht keine Frau mehr ungewollt schwanger zu werden – es gibt doch die Pille“

Das Familienplanungszentrum Hamburg, in dem neben den verschiedenen Familienplanungsberatungen auch Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, will durch eigene Forschungsarbeit zu einem besseren Verständnis der Situation der ratsuchenden Frauen beitragen. Der folgende Auszug aus einem Forschungsbericht untersucht die Verhütungserfahrungen von Frauen, die ungewollt schwanger wurden und im Familienplanungszentrum eine Abtreibung haben vornehmen lassen.

Elsbeth Meyer

Rund 100 000 Schwangerschaftsabbrüche werden im Jahr in der BRD vorgenommen. Um rund 100 000 vermehrt sich alljährlich die Zahl derer, die als leichtfertig, gewissenlos, egoistisch, unsozial, unmütterlich diskriminiert werden – die mancher sogar Mörderinnen nennt. Wie sie diese Vorwürfe ertragen – ob sie betroffen, beschämt, gleichmütig oder wütend sind –, interessiert bisher wenig.

Uns muß es interessieren. Wir sind Frauen aus dem Familienplanungszentrum – einer gemeinsamen Einrichtung der Pro Familia und der Arbeiterwohlfahrt in Hamburg –, in der Schwangerschaftsabbrüche und die dazu vorgeschriebenen Beratungen gemacht werden. Wir fühlen uns von den Angriffen und Beschimpfungen getroffen.

Wir haben mit 38 Frauen, die im Sommer 1983 im Familienplanungszentrum Hamburg abgetrieben haben, eine Woche nach dem Eingriff ausführlich Gespräche geführt.

Bei diesem Beitrag handelt es sich um den ersten Teil des Forschungsberichts, der sich mit Verhütung beschäftigt.¹⁾

Es wird deutlich, wieviel ungewollte Schwangerschaften mit der Unsicherheit, der Unverträglichkeit und der aufwendigen Handhabung von Verhütungsmitteln zu tun haben. Die Entscheidung für eine Verhütungsmethode heißt immer, entweder ein größeres Gesundheitsrisiko in Kauf zu nehmen, oder / und weniger Sicherheit oder / und eine aufwendige Handhabung. Es zeigt sich, wie schwierig bis unmöglich es ist, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern.

Warum ist es überhaupt zur Schwangerschaft gekommen? Nahmen die befragten Frauen etwa die Pille nicht? Drückt sich darin eine bedenkliche Leichtfertigkeit oder Naivität aus? Das sind die unausgesprochenen Vermutungen, zu denen die von uns befragten Frauen Stellung nahmen.

Die meisten, nämlich 32 von ihnen, nahmen in ihrer Verhütungsgeschichte die Pille:

– 24 dieser Frauen setzen sie vor allem wegen Beschwerden ab, teilweise auf den Rat ihres Arztes.

– 6 Frauen nahmen die Pille nicht mehr, weil sie eine starke Abneigung entwickelt hatten,

– 2 Frauen wurden trotz regelmäßiger Pilleneinnahme schwanger.

Von diesen 32 Frauen nahmen 19 die Pille länger als 2 Jahre. Wiederum 12 davon nahmen die Pille durchschnittlich 6¾ Jahre ein. Die 6 Frauen, die bisher keine Pillenerfahrung hatten, waren unter 26 Jahre alt.

„Irgendwann ist es Schluß mit der Pillenfresserei“

Zu den Gründen, die zum Absetzen der Pille führten, drei typische Aussagen:

„Ich hab die Pille 8 Jahre genommen. Dann habe ich sie nicht mehr vertragen. Es traten Zwischenblutungen auf, dann mußte eine Ausschabung gemacht werden, und dann sagte Der Arzt, ich solle sie nicht mehr nehmen... Ich habe durch die Pille unter starken Depressionen gelitten. Die ersten beiden Jahre nicht, und dann hat es sich allmählich gesteigert... Ich habe das eigentlich immer auf mich selbst zurückgeschoben. Ich dachte, das sei meine Psyche. Aber nachdem ich sie dann abgesetzt hatte, da wurde mir das so unheimlich klar, daß ich vieles so viel leichter nehmen konnte als vorher.“

„Das waren zwei Gründe für mich, damit aufzuhören. Einmal, daß ich gemerkt hab, daß es mich körperlich angreift, daß ich auch Kopfschmerzen hatte und mich unwohl gefühlt hatte. Das kann aber auch daher gekommen sein, daß ich einfach eine Abneigung gegen die Pille gehabt hab. Ich hatte keine Lust, immer bereit zu sein und jeden Tag so eine kleine Tablette zu essen, und damit ist das Problem gegessen... Ich hatte mittendrin aufgehört mit der Pille. Ich hab die Packung gar nicht zu Ende genommen, weil ich einfach nicht mehr wollte... Dann hab ich 'ne Zeitlang nur mit meinem Freund geschlafen, wenn ich meine Tage gerade bekommen hatte oder so. Weil ich natürlich sehr unsicher war. Ich hatte die Pille ja extra genommen, weil ich wußte, daß es das sicherste Verhütungsmittel ist.“

„Ich hab vor einiger Zeit die Pille genommen. Die ist zwar von der Verhütung her ziemlich sicher, aber ich hab an mir selber ganz schöne Veränderungen festgestellt. Ich hatte Spannungen in der Brust und war seelisch sehr labil, immer

dicht am Wasser gebaut. Ich war dadurch in einigen sehr unangenehmen Situationen, daß ich z. B. in Tränen ausgebrochen bin an der Uni, vorm Professor. Es war dann auch so, daß mich dieses ständige Einnehmen genervt hat. Wenn man eine ganze Zeit keinen Geschlechtsverkehr hat und sich praktisch immer darauf vorbereitet hat, das finde ich nicht in Ordnung.“

Die angesprochenen Beschwerden wie Depressionen, psychische Labilität, Kopfschmerzen, Spannen bzw. Schmerzen in den Brüsten und Zwischenblutungen wurden häufig genannt; ebenso wie Übelkeit, Gewichtszunahme, Veränderungen in der sexuellen Erregbarkeit und häufigere Pilzinfektionen.

Einige Frauen setzten die Pille ab, weil sie rauchen und / oder über 35 Jahre alt sind, also besonders gefährdet.

Es zeigt sich also,

- daß der überwiegende Teil der befragten Frauen im Laufe ihrer Verhütungsgeschichte die Pille nahm,

- daß sie nicht leichtsinniger- oder naiverweise auf die Pille verzichteten, sondern dies wohlbegründet und durchdacht taten und

- daß es trotz Pilleneinnahme zu ungewollten Schwangerschaften kommen kann.

Nun gibt es ja neben der Pille noch andere Verhütungsmethoden. Was halten Frauen von diesen? Welche Erfahrungen machen sie damit?

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 33 Frauen mehr als ein Verhütungsmittel probiert. Nach dem am häufigsten angewandten Mittel, der Pille, folgten

- Temperaturmethode
- Präservative
- Zeitwahlmethode
- Chemische Mittel
- Spirale
- Diaphragma

- und jeweils einmal wurde die Dreimonatsspritze, Sterilisation des Partners und Schleimbeobachtung genannt.

Lediglich eine Frau hatte keine Erfahrung mit Verhütungsmitteln. Sie hatte bisher erst einmal Geschlechtsverkehr und wurde gleich schwanger.

- 4 Frauen erprobten bisher eine Methode,

- 29 Frauen kennen 2 oder 3 Methoden aus eigener Erfahrung, und

- 4 Frauen haben mit 4 oder 5 Methoden Erfahrungen gesammelt.

Deutlich wird, daß die Frauen nicht bei einer Ablehnung der Pille stehenblieben, sondern sich um andere, für sie bessere Methoden bemühten. Auf Grund ihrer Erfahrungen schätzten sie die Verhütungsmittel skeptisch ein:

- 27 Frauen meinten, daß es eine 100%ig sichere und unschädliche Verhütung nicht gäbe.

- Weitere 8 Frauen hoben die Sicherheit der Pille hervor und meinten, daß alles andere nicht so sicher sei.

- Eine Frau war der Meinung, daß es ausreichend gute und sichere Verhütungsmöglichkeiten gäbe.

„Du schädigst deinen Körper, egal, was du tust“

Die folgenden Zitate verdeutlichen, wie schwierig es ist, sicher und unschädlich zu verhüten.

„Mit den Verhütungsmitteln, das ist für mich immer ein Problem gewesen. Ich hab mir jetzt auch bei der Abtreibung gedacht, eigentlich schädigst du deinen Körper immer, egal, was du tust. Wenn du die Pille nimmst, schädigst du deinen Körper, und wenn du einen Schwangerschaftsabbruch machst, schädigst du deinen Körper auch.“

„Ich finde es ganz mies, daß Männer sich hinstellen und sagen, Frauen nehmt die Pille... Seitdem ich die Pille nicht mehr nehme, schlag ich mich mit anderen Verhütungsmitteln so ein bißchen rum. Es wird einem so einfach gemacht. Man schluckt so ein kleines Ding, und alle Probleme sind vergessen. Das andere ist alles mit einem gewissen Aufwand verbunden. O. k., dann ist es eben vorgekommen, daß wir keine Lust hatten, so ein gottverdammtes Zäpfchen einzuführen oder ein Präservativ zu benutzen. Deswegen ist es denn eben mal passiert.“

„Ich hab ja auch jahrelang die Pille genommen, ich hab mit 15 angefangen, damals auch keine Beschwerden gehabt und bin nicht schwanger geworden, alles war gut. Danach mußte ich mehrere Präparate ausprobieren. Bei den einem hab ich einen dicken Po bekommen, bei der anderen einen dicken Busen, und bei der dritten Pille wollte ich nur noch mit meinem Mann schlafen, das war ganz schlimm. Und ich hatte auch wahnsinnige Nebenwirkungen, auch Kopfschmerzen. Dann hab ich gesagt, ich bin doch kein Versuchskaninchen. Diese Pillenfresserei, ich mach's nicht mehr mit... Nach dem Kind hab ich mir die Spirale einsetzen lassen, und damit war ich auch recht zufrieden, aber eines Tages hab ich eine Bauchhöhlenschwangerschaft gehabt. Davor hab ich jetzt Angst. Und die Spirale möcht ich auf Grund dessen auch nicht mehr nehmen. Dann haben wir immer Präser benutzt. Und damit bin ich schwanger geworden.“

Einige Frauen waren der Meinung gewesen, daß ungewollte Schwangerschaften heute ganz zu vermeiden sind. Erst durch die eigene Erfahrung kamen sie zu einer neuen Erkenntnis.

„Ich habe einen neuen Gesichtspunkt gelernt und der ist: Eine ungewollte Schwangerschaft ist immer möglich. Ich hab die Pille nicht getragen und habe sie deshalb nicht mehr genommen. Ich war in einer festen Beziehung und wollte eigentlich auch ein Kind; dann ist die Beziehung kaputtgegangen. Ich habe dann lange Zeit gar nicht dran gedacht, mit einem anderen Mann Geschlechtsverkehr zu haben. Dann ist es passiert, und ich war nicht vorbereitet. Ich bin 30 und bin

einigermaßen gebildet, und trotzdem ist es mir passiert.“

Neben dem Faktum, daß es keine ausreichend guten und sicheren Verhütungsmittel gibt, kommt es zu ungewollten Schwangerschaften, weil es Situationen gibt, die nicht kalkulierbar sind und Menschen in ihrem sexuellen Verhalten nicht immer nur ‚vernünftig‘ im Sinne der eigentlich gewollten Verhütung sind.

„Theoretisch trifft es zwar zu, daß niemand schwanger zu werden braucht, man braucht ja mit niemanden zu schlafen, aber rein praktisch ist es eben doch anders, weil die Empfängnisverhütungsmethode, die man anwendet, nicht so geklappt hat, oder weil man vielleicht doch in eine andere Situation gekommen ist, als man vorausgesehen hat. Für mich ist das z. B. so, daß ich einen Freund hab, der sterilisiert ist, und dann hab ich nach einer Party einmal mit einem anderen Mann geschlafen, und schon war ich schwanger.“

„Mit welchen Verhütungsmitteln sind Sie schwanger geworden?“

- 11 Frauen wandten die Temperaturmethode an und 8 die Zeitwahlmethode.

Die meisten dieser Frauen kombinierten ihre Methode an den wahrscheinlich fruchtbaren Tagen mit einem anderen Mittel oder verzichteten dann auf Geschlechtsverkehr. Sie erklärten sich die Schwangerschaft überwiegend durch eine Verschiebung des Eisprungs. Oft geben sie sich selbst die Schuld am Versagen der Methode:

„Ich empfinde es als eine Dummheit, weil es einfach klar ist, daß man jahrelang einen total regelmäßigen Zyklus haben kann, und dann kann der Eisprung sich immer noch wieder verschieben.“

„Im ersten Augenblick hatte ich so einen Anflug, daß ich dachte, um Gottes willen, es gibt doch die Pille, aber dann hatte ich keine Schuldgefühle, nachdem ich mir vernünftig überlegt hatte, was ich gemacht habe, mußte ich zum Schluß kommen, daß ich mich vernünftig und verantwortungsbewußt verhalten habe.“

Diese Frau hatte mit der Temperaturmethode verhütet. Sie hatte keine feste Partnerschaft und nur selten Geschlechtsverkehr.

- Zwei Frauen wurden trotz Pille und
- eine trotz Spirale schwanger.
- Drei wurden mit angewandtem Präservativ schwanger und
- eine mit einem chemischen Präparat.
- Drei Frauen benutzten überwiegend das Diaphragma. Eine von ihnen setzte es bis zu 2 Tage nach ihrer Regelblutung nicht ein.

- Neun Frauen hatten nicht verhütet.

Bevor man den Schluß zieht, daß es sich hier um ein unverständlich leichtfertiges Verhalten handelte, soll die Situation dieser Frauen betrachtet werden:

- Bei drei Frauen kam es durch eine Zufallsbekanntschaft zur Schwangerschaft. Sie hatten nur einmal Geschlechtsverkehr.

- Zwei Frauen verhüteten nur an einem oder zwei Tagen ihres Zyklus nicht, während sie sonst konsequent verhüteten.

- Eine Frau wurde gleich nach Absetzen der Pille schwanger.

- Zwei verhüteten nicht, weil ein Kind zu dem Zeitpunkt nicht unerwünscht war.

- Eine Frau dachte, sie könne nicht schwanger werden, weil ihr Freund keinen Orgasmus hatte.

Man kann also nicht den Schluß ziehen, daß die interviewten Frauen sich auffallend leichtsinnig verhielten. Der überwiegende Teil wandte gängige Verhütungsmethoden an.

Wie beurteilten die Frauen selbst ihr Verhalten, welches zur Schwangerschaft führte? Nur 16 Frauen äußerten sich dazu. 11 von ihnen waren der Meinung, sicher zu verhüten. 5 Frauen empfanden ihr Verhalten als leichtsinnig, wobei die Bewertung

dessen unterschiedlich war. Während 2 dieser Frauen sich betroffen und schuldig fühlten, reagierten die anderen empört auf jegliche Schuldzuweisung.

„Man kann doch von einem Menschen nicht erwarten, daß er ständig und auch im Bett und auch im Höhepunkt des sexuellen Zusammenseins, ständig vernünftig ist und nur Verstand hat. Und andererseits soll ja die Frau auch noch gefühlvoll sein, liebevoll sein, hingebungsvoll sein. Was eine Frau alles muß. Aber auch unter diesen Umständen, bitte den Verstand nicht verlieren.“

Es wird die Empörung deutlich, daß die Verantwortung bei der Verhütung allein der Frau zugeschoben wird.

„Wenn die Frau die Pille meinetwegen nicht vertragen kann, die Spirale im Moment nicht da ist oder sie die auch nicht vertragen kann, dann erfordert es ja eine gemeinsame Arbeit. Auch der Partner muß da mitmachen, sonst können sie überhaupt nichts machen. Wenn sie zehn Minuten vorher die Vaginaltabletten nicht einführen können, dann hat es keinen Sinn. Sagen Sie mal

einem Mann, warte mal noch 10 Minuten, ob er immer mitmacht?“

„Tja, die Männer haben sich das schon immer sehr einfach gemacht in diesem Punkt. Ich finde das ziemlich frech. Ich bin mir ganz sicher, daß das ein Mann gesagt hat und keine Frau. Ich glaube, wenn Frauen hier bei uns auch schon irgendwelche Macht hätten, so an höheren Positionen, daß dann heute auch schon irgendwelche Sachen für Männer erfunden worden wären.“

Elsbeth Meyer, geb.

1950, Psychologin. Arbeitet forschend und beratend im Familienplanungszentrum Hamburg. Der vollständige Forschungsbericht trägt den Titel

„Die Frauen haben das Wort“ und erschien in „Die neuen Moralisten - §218.

Vom leichtfertigen Umgang mit einem Jahrhundertthema“, Hg.: Susanne v. Paczensky/Renate Sadrozinski, Frauen aktuell rororo 5352, Reinbek 1984



Wie zuverlässig sind Zuverlässigkeitsangaben?

Die bis heute am meisten benutzte Berechnungsmethode zur Ermittlung der Zuverlässigkeit kontrazeptiver Methoden wurde bereits im Jahre 1932 von R. Pearl angegeben. Als Versagerquote (auch *Pearl-Index* genannt) bezeichnet man die Zahl der ungewollten Schwangerschaften in 1200 Anwendungszyklen einer bestimmten kontrazeptiven Methode. Anstelle von 1200 Anwendungszyklen spricht man auch von 100 Frauenjahren. Man rechnet folgendermaßen:

$$\text{Pearl-Index} = \frac{\text{Zahl der ungewollten Konzeptionen} \times 1200}{\text{Zahl der Anwendungszyklen}}$$

Ein Beispiel erleichtert die Verständlichkeit: 450 Frauen benutzen jeweils 15 Zyklen lang das Scheidendiaphragma. In dieser Zeit werden 35 Konzeptionen registriert. Man rechnet 35×1200

$$15 \times 450.$$

Das ergibt einen *Pearl-Index* von 6,2.

Das heißt, daß von 100 Frauen, die diese Methode ein Jahr lang anwenden, durchschnittlich 6 Frauen schwanger werden. Studien zur Ermittlung der Versagerquote sollte im Idealfall prospektiv gewonnen werden und eine große Zahl von Frauen umfassen. Dieser Forderung werden folgende Studien gerecht: Die größte aller derartigen Studien wurde vom *Royal College of General Practitioners* in England angefertigt und umfaßt zur Zeit mehr als 300 000 Frauen-Jahre. Von vergleichbarer Größe ist die *Oxford Family Planning Association-Study*. Große Studien sind die aus dem *US National Center for Health Statistics* sowie

die *Walnut Creek Contraceptive Study*, ebenfalls aus den USA.

Die von diesen groß angelegten prospektiven Studien ermittelten Versagerquoten dürfen als repräsentativ gelten. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es Studien vergleichbarer Größenordnung überhaupt nicht. Kirchhoff und Haller haben 1964 an einer kleineren Patientengruppe die Zuverlässigkeit der Ovulationshemmer untersucht. Von Roetzer aus Österreich und von Döring (Bundesrepublik Deutschland) gibt es umfangreichere Statistiken über die Zuverlässigkeit der Temperaturmethode bzw. der sympto-thermalen Methode.“

Warum liegen die Angaben über die Versagerquote für die gleiche Methode in verschiedenen Studien manchmal verschieden hoch? Es gibt mehrere Ursachen:

● Es ist ohne Zweifel so, daß für die Bewertung einer Methode nur die praktische Zuverlässigkeit von Interesse ist, also die Berücksichtigung sowohl von Methoden-Fehlern als auch von Anwender-Fehlern. Gegen diesen Grundsatz ist in neuerer Zeit mehrfach von Verfechtern der natürlichen Methoden verstoßen worden. Zum Beispiel vertreten *Billings* und *Hilgers* die Ansicht, daß bei Anwendung einer NFP-Methode zur Bestimmung der unfruchtbaren Tage eine Konzeption nach sexuellem Kontakt während der fruchtbaren Tage nicht als Versager gezählt werden darf, sondern als „Ausdruck des freien Willens des betreffenden Paares“ zu werten ist. Viele Experten haben gegen diese Auffassung protestiert,

weil sie es nicht für zulässig halten, hier weniger strenge Kriterien anzuwenden als sie für die anderen kontrazeptiven Methoden seit Jahrzehnten im Gebrauch sind.

● Seit mehr als 2 Jahrzehnten ist bekannt, daß Unterschiede in der Intelligenz, der Schulbildung und der wirtschaftlichen Lage der Frauen und Männer einen Einfluß auf die Versagerquote kontrazeptiver Methoden haben. So wurden zum Beispiel besonders günstige Resultate beobachtet, wenn das untersuchte Kollektiv ausschließlich aus Privatpatientinnen bestand. Ebenso spielen Unterschiede in der Alters-Zusammensetzung des ausgewerteten Kollektivs eine Rolle. Manche Kollektive enthalten alle Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter (meist von 15 bis 45 Jahren gerechnet), andere Studien beschränken sich auf Frauen im besten fertilen Alter von 20-35 Jahren.

● Schließlich ist auch die Motivation für die Anwendung von Verhütungsmethoden bedeutsam: In verschiedenen großen Studien über Methoden der natürlichen Familienplanung fand man einen gravierenden Unterschied in der Versagerquote, je nachdem ob es sich um Frauen gehandelt hat, die nur den Abstand zwischen den Geburten vergrößern wollten („Spacer“) oder um Frauen, die absolut sicher waren, überhaupt kein Kind mehr haben zu wollen („Limiter“). Der Unterschied der Versagerquote zwischen diesen beiden Gruppen verhielt sich wie 3 zu 1. *Gerhard Döring* (Siehe auch Grafik rechts)

Tendenzen in der Entwicklung neuer Kontrazeptiva

Die folgende Übersicht über die Tendenzen in der Verhütungsmittelentwicklung hat Prof. G. Döring, Verfasser eines medizinischen Standardwerks zur Kontrazeption, für uns zusammengestellt. Besonders hervorzuheben ist, daß der Autor zu dem abschließenden Urteil kommt, eine Methode, mit der der Eisprung (und damit die fruchtbaren Tage) präzise vorhergesagt werden könne, sei die ideale Methode. Aber eine solche eingriffsfreie Methode gibt es (noch) nicht.

Gerhard Döring

A: Hormonale Methoden

1) Eine Weiterentwicklung der Pille ist nicht zu erwarten. Die nach Einführung der Pille sehr hohen Hormondosen sind inzwischen sehr stark reduziert worden. Dadurch gelang es, früher befürchtete Nebenwirkungen zu eliminieren oder stark zu reduzieren. Noch nie hatte die Pille so wenig Nebenwirkungen wie heute. Eine weitere Herabsetzung der täglichen Hormondosis würde die Sicherheit vermindern. Man muß annehmen, daß die Pille weiterhin für viele

Jahre die zuverlässigste und die meist benutzte Methode der Empfängnisverhütung bleiben wird.

2) Hormongefüllte Vaginalringe

Es handelt es um Plastikringe, die mit Steroidhormonen gefüllt sind. Nach 3-wöchigem Tragen wird der Ring für 7 Tage entfernt.

a) Bei genügend hoher Homondosis wird von der Scheidenhaut soviel an Östrogenen und Gestagenen resorbiert, daß eine echte Ovulationshemmung zu erzielen ist. Nach Meinung einer WHO-Studie handelt es sich um eine Methode mit Zukunft.

b) Bei entsprechend niedrigem Gestagengehalt ohne Oestrogene kann über einen Vaginalring ein Minipillen-Effekt erzielt werden. Häufige Nebenwirkungen sind Zyklusstörungen (wie bei der Minipille).

3) Gestagenhaltige subkutan implantierte Plastikkapseln

Die resorbierte Menge an Gelbkörperhormon kann so dosiert werden, daß ein Minipillen-Effekt eintritt, der einige Jahre anhält. Abgesehen von Zyklusstörungen wurden keine Nebenwirkungen beobachtet. Da Anwendungsfehler entfallen, soll die Zuverlässigkeit höher sein als bei der Minipille.

4) Die Pille für den Mann

Der Wirkungsmechanismus ist im Prinzip seit 3-4 Jahrzehnten bekannt, daß nämlich nach Applikation von Steroidhormonen die Spermiogenese gehemmt wird. Das funktioniert mit Androgenen, mit Östrogenen und mit Gestagenen. In jüngster Zeit wurde von einer Forschungsgruppe der Max-Planck-Gesellschaft aus Münster über Erfolge mit einem Nor-Testosteron berichtet. (Siehe Seite 30) Meines Erachtens überwiegen die Nachteile dieser Methode, so daß an eine praktische Anwendung zur Zeit nicht zu denken ist:

a) Es müssen etwa 200 mg Depot-Testosteron jede Woche i.m. injiziert werden. Diese Steroiddosis beträgt ein Vielfaches

der Dosis in der Pille, so daß mit erheblichen Nebenwirkungen zu rechnen ist.

b) Ein Erfolg ist erst nach 12-wöchiger Behandlung zu erwarten. Zur Kontrolle des Erfolges sind Spermiogramme erforderlich.

c) Untersuchungen sprechen dafür, daß eine mit der Pille vergleichbare Zuverlässigkeit nicht erreicht werden kann.

5) Die Progesteron-Hemmung

Französische und schweizer Autoren haben über eine neue Substanz mit diesem Effekt berichtet. Es handelt sich um ein Prüfpräparat der Firma Roussel mit dem Namen RU-486.

Die Wirkung entspricht einer Progesteron-Rezeptoren-Blockade. Wenn die Progesteronwirkung wegfällt, kann die Nidation nicht zustandekommen. Die getestete Substanz soll auch noch nach dem Ausbleiben der Regel wirksam sein. Die Anwendung dieser Methode vor dem Ende der Nidation wäre „Schangerschaftsverhütung“ wie bei den Intrauterinpressaren oder der „morning-after-pill“. Die Anwendung nach dem Ende der Nidation müßte als Abtreibung bezeichnet werden.

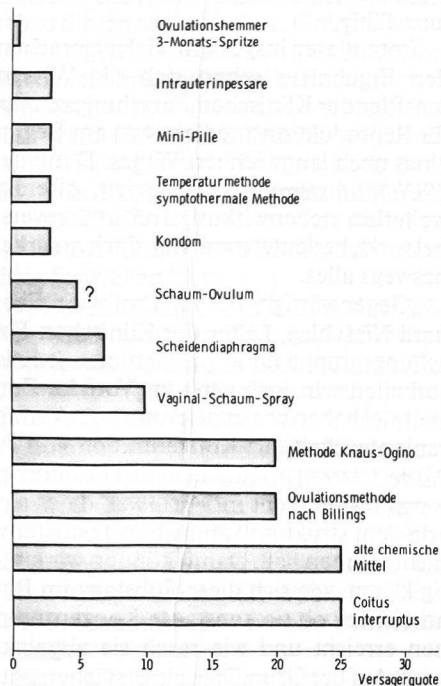
B: Barriere-Methoden

1) Die Zuverlässigkeit der Kondome ist in den letzten Jahren verbessert worden. Bei gleichzeitiger Benutzung einer spermatötenden Substanz wurden Versagerquoten von nur 3 ungewollten Schwangerschaften auf 100 Anwendungsjahre erreicht, was der Sicherheit der Spirale oder der Minipille entspricht.

2) Nach Erfahrungen in den Beratungsstellen der *Pro Familia* ist die Anwendung des *Scheiden-Diaphragma* in jüngster Zeit angestiegen. Bei gleichzeitiger Anwendung spermizider Cremes liegt die Sicherheit nur wenig unter der Sicherheit moderner Kondome. Nachteile sind, daß manche Frauen die Handhabung des Scheiden-Diaphragmas nur schwer erlernen und daß bei nulliparen Frauen die Anwendung unmöglich sein kann.

3) die neue Version des alten *Scheiden-schwämmchens*, über dessen kombinierte Anwendung mit einer hochwirksamen spermiziden Substanz kürzlich berichtet worden ist, kann bisher nicht empfohlen werden. Die Versagerquote ist zu hoch.

4) *Chemische Barriere-Methoden* wurden zwar durch überwiegende Anwendung hoch spermizider Wirkstoffe wie zum Bei-



Zusammenfassung der gebräuchlichen Kontrazeptiva mit abgerundeten Zahlen zur Versagerquote (aus: Döring, Empfängnisverhütung, Thieme Verlag, München 1983).

spiel des Non-oxynols in ihrer Zuverlässigkeit verbessert, sie können aber nach klinischen Erfahrungen nur im Mittelfeld der „Methoden mittlerer Zuverlässigkeit“ platziert werden mit einer Versagerquote von 5 bis 10 ungewollten Schwangerschaften auf 100 Anwendungsjahre.

Es gibt einen brandneuen Hinweis auf die hoch spermizide Wirkung einer seit vielen Jahren in der inneren Medizin bekannten Stoffgruppe, nämlich des Betablockers Propanolol. Ob sich aus dieser zufällig entdeckten Wirkung eine lokal intravaginal wirksame Verhütungsmethode entwickeln läßt, kann heute noch nicht beurteilt werden.

C: Immunologische Methoden

Frühere Versuche, *Spermien-Antikörper* für die negative Regelung der Fruchtbarkeit heranzuziehen, waren ohne praktisch verwertbare Ergebnisse geblieben.

Einen anderen Weg haben indische Forscher beschritten. Sie streben die *Immunsierung* gegen das bereits wenige Tage nach Beginn der Nidation vom Trophoblasten gebildete HCG an. Die HCG-Antikörper machen das HCG unwirksam. Dadurch wird die Produktion von Progesteron im

Ovarium blockiert und auf diese Weise die Entwicklung der jungen Frucht in einem sehr frühen Stadium abgebrochen. Allerdings bestehen bei Immunsierung gegen das ganze HCG-Molekül Probleme mit Kreuzreaktionen mit LH, FSH und TSH. Dieses Problem kann umgangen werden, wenn nur gegen das Beta-HCG immunisiert wird. Bisher ist die Methode noch in einem frühen Entwicklungsstadium. Problematisch ist die Ungewissheit, ob die Immunsierung – so wie erwünscht – etwa nach einem Jahr wieder verschwindet. Auch die Frage, ob Bedenken z. B. hinsichtlich Autoimmunkrankheiten bestehen, kann bisher nicht beantwortet werden.

Eine andere Frage ist, ob die Wirkung als Schwangerschaftsverhinderung oder als Abtreibung einzuordnen ist. Falls die Blockade der Progesteronproduktion bereits vor dem Ende der Nidation zustandekommt, wäre die Wirkung als Schwangerschaftsverhinderung (ähnlich wie bei Intrauterinpepsaren oder bei morning-after-pill) anzusehen. Siegt dagegen der Effekt erst nach dem Ende der Nidation, so wäre die Methode als Abtreibung zu definieren.

Aus der Tatsache, daß sich größere Forschungsteams im Auftrag des US National

Institute of Health, der WHO und der U. S. Population Council mit der Immunisierung gegen HCG beschäftigen, kann geschlossen werden, daß man diese Methode als erfolgsversprechend ansieht.

D: Eingriffsfreie Methoden

Hier ist in erster Linie an die Methoden der periodischen Abstinenz zu denken, die weltweit als NFP-Methoden (Methoden der natürlichen Familienplanung) bezeichnet werden.

1. *Die Temperaturmethode* und die 2. *sympto-thermale Methode* sind als zuverlässige Methoden akzeptiert und werden weltweit in zunehmendem Maße angewandt.

3. *Die reine Schleim-Selbstbeobachtungsmethode nach BILLINGS* schneidet in mehreren internationalen Statistiken erheblich schlechter ab als die Temperaturmethode oder die symptomthermale Methode. Sie kann deshalb meines Erachtens ärztlicherseits nicht empfohlen werden.

Angeregt durch die zunehmende Bereitschaft vieler Ehepaare, natürliche Methoden der Familienplanung anzuwenden, kommen seit wenigen Jahren unterschiedliche Apparate auf den Markt, die ebenfalls

Die Pille für den Mann – bald greifbar?

Wissenschaftler der Klinischen Forschungsgruppe für Reproduktionsmedizin in Münster, die der Max-Planck-Gesellschaft angehört, sind auf der Suche nach der „Pille für den Mann“ auf eine vielversprechende Substanz gestoßen: Der Steroid-Wirkstoff *19-Nortestosteron* hemmt gezielt und auch reversibel die Produktion von Spermazellen, ohne daneben die weiteren physiologischen Funktionen zu beeinträchtigen, die beim Mann in den Wirkungsbereich der Sexualhormone einbezogen sind. In gewissem Sinn hat man damit nur eine „Nebenwirkung“ aufgedeckt – denn *19-Nortestosteron* ist als Pharmakon keineswegs neu: Es wird seit über zwei Jahrzehnten als Anabolikum, also zur Förderung des Muskelaufbaus, an Rekonvaleszenten und Leistungssportler verabreicht.

Auf seine bislang unerkannte, fruchtbarkeithemmende „Nebenwirkung“ wurde es in einem ersten klinischen Test an fünf Männern zwischen 21 und 25 Jahren geprüft, die während des Versuchszeitraums auch ein intensives körperliches Training absolvierten. Sie bekamen *19-Nortestosteron* über 13 Wochen hinweg jeweils wöchentlich in einer Dosis injiziert, die noch innerhalb des sonst bei Leistungssportlern üblichen Rahmens lag.

Unter dieser Medikation sanken die Spiegel der gonadotropen Hormone FSH

(Follikel-stimulierendes Hormon) und LH (luteinisierendes Hormon) sowie des Testosterons innerhalb kurzer Zeit drastisch ab. Parallel dazu, doch etwas langsamer kam die Spermatogenese zum Erliegen, kenntlich an der sinkenden Zahl von Spermazellen in der Samenflüssigkeit. Azoospermie, das heißt völliges Fehlen von Spermien und damit sichere Unfruchtbarkeit, trat bei einem Teilnehmer sechs Wochen, bei allen spätestens zwölf Wochen nach Behandlungsbeginn ein. Ebenso verringerte sich bei sämtlichen Testpersonen das Hodenvolumen als Folge der Rückbildung der Samenkanälchen.

Libido und Potenz in keiner Weise beeinträchtigt, ebensowenig das allgemeine körperliche Befinden. Das Ejakulat-Volumen, abhängig von der Funktion der akzessorischen Geschlechtsdrüsen, blieb unverändert, Haar- und Bartwuchs waren normal. Auch traten bei keinem der Teilnehmer Akne oder eine Vergrößerung der Prostata auf, was man gelegentlich unter Testosteron-Behandlung beobachtet.

Zwischen acht und vierzehn Wochen nach Absetzen der Medikation kam bei allen Testpersonen wieder die Spermatogenese in Gang, und nach 18 Wochen wiesen alle wieder die ursprünglichen Spermienzahlen in der Samenflüssigkeit auf. Außerdem wa-

ren die Spermazellen morphologisch sowie in ihrer Beweglichkeit und Funktion – nachweisbar in einem Eindring-Test an Hamster-Eizellen – völlig normal, also befruchtungsfähig.

Trotz dieser insgesamt vielversprechenden Ergebnisse sehen sich die Wissenschaftler der Klinischen Forschungsgruppe für Reproduktionsmedizin erst am Beginn eines noch langwierigen Weges. Denn daß *19-Nortestosteron* derart gezielt, offenbar weiterhin nebenwirkungsfrei und reversibel wirkt, bedeutet zwar viel, doch noch keineswegs alles.

„Gegenwärtig“, betont Professor Eberhard Nieschlag, Leiter der Klinischen Forschungsgruppe für Reproduktionsmedizin, „arbeiten wir noch ganz im Vorfeld. Zum Beispiel haben wir jetzt erstmals ein Verfahren entwickelt, die Konzentration von *19-Nortestosteron* im Blut exakt zu bestimmen – was bisher nicht möglich war, da es sich von dem strukturell ähnlichen Testosteron nicht trennen ließ. Damit können wir künftig klären, wie sich diese Substanz im Blut anreichert, ob sie konstante Konzentrationen erreicht und wie rasch sie abgebaut wird. Auf der Grundlage einer solchen, sauberen Pharmakokinetik lassen sich dann Fragen der Dosierung und der Dosis-Wirkungs-Beziehung angehen sowie andere Applikationsformen prüfen.“

zur Bestimmung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der Frau dienen sollen.

4. Neuentwicklung auf dem NFP-Sektor:

a) Es wird ein *Kleincomputer* angeboten zur Verbesserung der alten und unzuverlässigen Kalendermethode nach KNAUS oder OGINO. Vermutlich wird man mit Hilfe derartiger Computer Rechenfehler vermeiden können. Dadurch wird aber meines Erachtens aus der unzuverlässigen Kalendermethode nicht plötzlich eine zuverlässige Verhütungsmethode.

b) Die *Rite-Time-Rhythmusuhr* (Suntropic-München) kann folgendes: Sie zeigt die Uhrzeit an, sie mißt die orale Körpertemperatur und sie speichert die Temperaturwerte in einem Kleincomputer, der dann die fruchtbaren und unfruchtbaren Tage anzeigt. Es handelt sich dabei um eine aufwendige Variante der Temperaturmethode.

c) Die *Ovulationsuhr nach Werner Weiland* aus Bendorf, der dafür 1983 den Philipp-Morris-Preis bekommen hat. Da es sich um die Messung der Hauttemperatur handelt, kann nicht sicher vorhergesagt werden, ob das Gerät zur Bestimmung der unfruchtbaren Tage geeignet ist. Die Ovulationsuhr ist noch nicht im Handel. Größere Untersuchungsreihen, mit denen die Korrelation mit der fruchtbaren und unfruchtbaren Phase geprüft worden wäre, sind nicht bekannt.

d) Der *Baby-Computer Ovutest 77* (Medical Electronic Netherlands) ist anschließend an einen Illustriertenartikel in der Bundesrepublik oft verkauft worden. Redakteure der Zeitschrift *Medical Tribune* haben diesen sogenannten „Goldstab“ ausinandergenommen und festgestellt, daß es sich dabei um einen einfachen elektrischen Widerstandsmesser handelt, mit dem man auch eine elektrische Spannung messen kann (siehe *Medical Tribune* vom 5. 8. 1983). Es erscheint unwahrscheinlich, daß man mit Hilfe eines elektrischen Potentiometers den Zeitpunkt der Ovulation zuverlässig feststellen kann.

e) Ein „Institut für Fertilität und natürliche Geburtenkontrolle“ in München möchte eine neuartige Methode zur Bestimmung des Ovulationszeitpunktes kreieren: Die Patientin entnimmt mit einer graduierten Pipette Flüssigkeit aus dem hinteren Scheidengewölbe. Die Volumensmessung ergibt, daß an den letzten Tagen vor der Ovulation die aspirierte Flüssigkeitsmenge stark vermehrt ist. (Diese Angaben stützen sich auf eine Publikation von G. F. B. Schumacher in: *Fertility and Sterility* 1983.)

Diese Methode, – die noch nicht im Handel ist – stellt wohl den Versuch dar, die Schleimselfbstbeobachtungsmethode nach BILLINGS auf eine objektivere Basis zu stellen. Ob durch diese Maßnahmen, die ei-

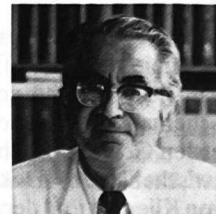
ne Frau ziemlich belasten, die Schleimselfbstbeobachtungsmethode zuverlässiger sein wird, als sie das bisher ist, bleibt abzuwarten.

Resumee zum Thema eingriffsfreie Verhütungsmethoden: Man kann sagen, daß eine solche Methode der periodischen Abstinenz allen anderen Verhütungsmethoden überlegen wäre, wenn es gelänge, ein Verfahren zu entwickeln, mit dessen Hilfe man den Ovulationstermin auf einen Tag genau vorhersagen könnte.

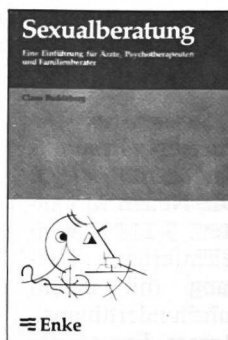
„Das hieße also, daß der Zeitraum der vorausbestimmbaren fruchtbaren Tage auf 1 Tag oder wenige Tage beschränkt bliebe. Bei den derzeit gebräuchlichen „natürlichen Methoden“ führen die etwa 5–10 „gefährlichen Tage“ bekanntlich zu erheblichen Unsicherheiten. Wenn es also gelänge,

eine Methode zu finden, die den Zeitraum der Abstinenz auf ein Minimum beschränkt, wäre sie die ideale Verhütungsmethode.

Professor Dr. Gerhard Döring, 63 Jahre alt. Chefarzt der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung eines großen städtischen Krankenhauses. Autor von *Empfängnisverhütung, ein Leitfaden für Ärzte und Studenten*. 9., überarbeitete Auflage 1983. X, 166 Seiten, 20 Abbildungen, 25 Tabellen. Thieme Verlag München.



Buchbesprechungen



Claus Buddeberg:
Sexualberatung –
Eine Einführung für
Ärzte, Psychotherapeu-
ten und Familienberater.
Ferdinand Enke Verlag,
Stuttgart 1983,
168 S., DM 29,80.

Mit der Literatur für sexualberaterischen Bereich meiner Beratungsarbeit tue ich mich meist schwer: abstraktes, klinisch-psychologisches Vokabular, z. T. recht merkwürdige Typologisierung „sexueller Störungen“, größtenteils aus eindeutig männlicher Perspektive geschrieben, versehen mit langen Tabellen, die das jeweilige Werk wissenschaftlich fundieren und damit für Leute ohne Gegentabellen unangreifbar machen sollen.

Claus Buddeberg schreibt jedoch größtenteils ungewohnt konkret, verständlich und praxisbezogen. Er hat eine Art Anfängerkurs geschrieben für Beraterinnen und Berater, die sich in ihren Gesprächen mit Klienten bisher um das Thema Sexualität aus Unkenntnis oder Unsicherheit und Scham nach Möglichkeit herumgedrückt haben und das verändern möchten.

Aber auch Leute, die schon längere Zeit Sexualberatung zu ihren Aufgaben zählen, können sich die Lektüre gönnen, ohne Gefahr zu laufen, sich zu langweilen.

Sehr erfreulich finde ich die Offenheit, mit der Buddeberg sich persönlich erkennbar macht. Wann erwähnen schon sexual-

wissenschaftliche Autoren, daß vor dem Hintergrund der eigenen Biographie (Erziehung, eigene Erfahrungen, Beziehungen usw.) vieles in ihren Darstellungen als subjektive Norm- und Wertvorstellungen gelesen werden muß? Dort, wo er Fallbeispiele aus seiner eigenen Beratungspraxis schildert und seine Interventionen meiner Ansicht nach eher mißlungen sind, finde ich seine Offenheit besonders mutig. Die meisten beschriebenen Schwierigkeiten in der Beratung kennt er offensichtlich auch selbst.

Ohne die Vorzüge des Buches schmälern zu wollen, habe ich einige kritische Anmerkungen: Die meiste Mühe hat mir der oft penetrant ärztlich-belehrende Ton gemacht. Die Fallbeispiele und Kommentare dazu erinnern mich – sicher auch durch ihre Kürze – an die Ratschläge erteilenden Kummerkasten-Seiten einschlägiger Frauenzeitschriften. In den Protokollen präsentiert Buddeberg sich als dominierender Gesprächspartner, der bereits im ersten Kontakt sehr detailliert und forsch bis zudringlich „abfragt“ statt aufmerksam-zugewandten Dialog anzubieten.

Da Leute mit sexuellen Schwierigkeiten Mut brauchen, überhaupt darüber zu reden, werden sie sich dieser Art „Verhör“ kaum widersetzen. Die *gemeinsame* Verantwortung aller Beteiligten an Inhalt und Verlauf des Gesprächs ist darin allerdings nicht zu erkennen.

Es gefällt mir auch nicht, daß Buddeberg selbst die jeweiligen Partner/-innen der Ratsuchenden zu weiteren Gesprächen einbestellt, daß er Informationen aus Einzelgesprächen an den/die Partner/in weitergibt und in Rekordzeit seine Schlußfolgerun-

gen/Bewertungen kundtut. Das ist üblicher ärztlicher Explorationsstil, der schnurgerade an differentialdiagnostischen Schemata entlanghetzt.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: ich bin nicht für planlose oder sprunghafte Beratungsgespräche. Einen „roten Faden“ für das Anamnesegespräch anzubieten, ist prinzipiell sicher hilfreich; ich hoffe aber, daß sich niemand von dem angebotenen Schema dazu verleiten läßt, tatsächlich im ersten Gespräch nach allem zu fragen, was zwischen den Doktorspielerinnerungen von Klienten und den Praktiken des letzten Geschlechtsverkehrs an Sexuellem gedacht und erlebt worden ist.

Generell weist das Vokabular an vielen Stellen des Buches auf den *ärztlichen* Autor hin, der sich in erster Linie an seine Standskollegen wendet. Ärztinnen kommen übrigens nicht vor, nur einmal der Hinweis, daß manche Patientinnen „einen Arzt ihres Geschlechts“ bevorzugen. Mich ärgert die ausschließlich männliche Terminologie.

Begriffliche Schwierigkeiten habe ich mit Buddebergs Unterteilung in „Sexualberatung“, „Sexualtherapie“ und „allgemeine Psychotherapie“, wobei er unter „Sexualberatung“ vor allem Informationsvermittlung, Abbau einseitiger Vorstellungen und Hemmungen, Verdeutlichung der Wechselseitigkeit des Verhaltens und Erlebens zweier Partner versteht, unter „Sexualtherapie“ die Verordnung von symptomorientierten Übungen leicht gestörter Paare, während alle grundsätzlicheren Probleme seines Erachtens in psychotherapeutische Hände gehören. Da ich mir nicht vorstellen kann, wie sich (tiefergreifende) persönliche oder partnerschaftliche Schwierigkeiten aus sexuellen Schwierigkeiten ausgrenzen lassen, und ich daher das dann übrigbleibende sexuelle Funktionstraining ablehne, will ich die angebotenen Definitionen nicht übernehmen.

Glücklicherweise verschimmt diese Typologisierung im Text immer wieder und ist deshalb nicht weiter hinderlich.

Buddeberg bezieht sich – vom Inhaltsverzeichnis an – nahezu ausschließlich auf die (eheliche) Zweierbeziehung. Von deren „ungestörter“ Version hat er eine klare Vorstellung (z. B. die Ablehnung außerehelicher Beziehungen), was ja an sich nicht verworfen ist, aber problematisch wird, wenn in seinen Ausführungen ab und an von „(Wert-)Neutralität“ der/des Beratenden die Rede ist.

Seine Stellungnahme zu Homosexualität und anderen „abweichenden“ Formen von Sexualität finde ich sehr ehrlich; er scheut sich nicht, seine eigene Verunsicherung zuzugeben. Leider tut er an anderer Stelle in einem Nebensatz Lesben als eine Art Top-Feministinnen ab.

Nicht einverstanden bin ich schließlich mit dem Abschnitt über Selbstbefriedigung.

Buddeberg leiht sich Molinskis Sichtweise aus: Der Jugendliche gerät in einen Triebsturm, hat aber mangels sozialer Reife leider noch keine/n feste/n Freund/in und ist daher gezwungen, – in diesem Fall: „natürliche“ – Selbstbefriedigung zu betreiben.

Im Gegensatz dazu liegt nach seiner Auffassung die Selbstbefriedigung eines Erwachsenen, der eine feste Partnerbeziehung hat, an der Grenze zur pathologischen Egozentrik; nur einem Alleinstehenden in einer besonders schwierigen sozialen oder psychischen Situation wird sie als „unausweichlich und notwendig“ zugestanden.

Für mich ist aber Selbstbefriedigung in jedem Lebensabschnitt und unabhängig von der jeweiligen Partnerschaft eine eigenständige Form von Sexualität.

Bei aller Kritik habe ich beim Lesen nie den Eindruck gehabt, es mit einem neuen Sexualitätsguru zu tun zu haben, sondern mit einem erfahrenen Berater, der vieles anders sieht und macht als ich und der mich damit zur Auseinandersetzung anregt.

Annette Rethemeier

Susanne von Paczensky/Renate Sadrozinski (Hg.): *Die Neuen Moralisten*. § 218 – Vom leichtfertigen Umgang mit einem Jahrhundertthema. Rororo Frauen aktuell. Bd. 5352. Reinbeck 1984. DM 7,80.



Es war schon immer etwas wirkungsvoller, den politischen Gegner mit moralischen Argumenten verächtlich zu machen. Der Appell an die Moral oder an das, was dafür ausgegeben wird, erspart rationale Argumente für politische Entscheidungen, die hinterfragt werden könnten. Deshalb bevorzugen gerade autoritär orientierte Organisationen die Moral als Vehikel der Politik, indem sie mit massivem Druck Konsens fordern, wo nach demokratischem Verständnis Diskussion geboten wäre.

Diese Methode macht auch einen Teil der neuen Auseinandersetzung um den Paragraphen 218 aus. Susanne von Paczensky und Renate Sadrozinski, die Herausgeberinnen, haben die „Argumente“ der Gegner des novellierten §218 zurecht als Forderungen der „Moralisten“ betitelt. „Neu“ freilich sind die Positionen aus dem gegnerischen Lager keineswegs. Da wird der Niedergang der christlichen Familienwerte beklagt, das Schwenden der vorehelichen Keuschheit, der Anstieg des außerehelichen Zusam-

menlebens, der Zerfall der ehelichen Bindungen oder die zunehmende Kritik an den überlieferten Geschlechtsrollen. Im Rahmen des allgemein moralischen Zerfalls sind denn auch die Scheidungsziffern und die Abtreibungsquoten zu beurteilen. Die Methoden, mit denen diese Beschwörung der Apokalypse verdeutlicht werden soll, gewinnen jedoch neue Qualitäten. Da werden detaillierte Vergleiche angestellt, die darauf hinauslaufen, daß die Folter der KZs und die Ausrottungsprogramme der Euthanasie im Dritten Reich relativ harmlos gewesen seien gegenüber den Möglichkeiten, die der reformierte § 218 bietet oder es passieren rassistische Entgleisungen, die die Reflexion über die Erhaltung der germanischen Rasse gegenüber der Fremdbevölkerung nahelegen. Neu ist auch die konkrete Methode, den reformierten § 218 über Umwege zu Fall zu bringen. Da kann eine Mitarbeiterin der katholischen ‚Neuen Bildpost‘ nicht mehr ruhig schlafen, weil ihr Gewissen es nicht zuläßt, daß von ihrem Krankenkassenbeitrag monatlich etwa 20 Pfennig für Schwangerschaftsabbrüche abgeführt werden. Sie ging vor ein Dortmunder Gericht, das die Frage dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe vorgelegt hat. Dort wird demnächst entschieden, ob der Beschluß, mit dem das Sozialgericht in Dortmund die Überprüfung der Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch herbeiführen will, zulässig ist. Dieser Vorgang ist der aktuelle Anlaß für die Entstehung des vorliegenden Bandes.

Eine Streichung der Krankenkassenkosten für Schwangerschaftsabbruch würde die Novellierung des § 218 de facto unwirksam machen. Es geht um nicht weniger als um die Wiederbelebung von Mechanismen, die Generationen von Frauen psychisches Leid, körperlichen Ruin, Krankheit, wirtschaftliche Not, familiäre Verelendung und nicht selten den Tod gebracht haben.

Leicht fertig ist der Moralist mit seinen Vorurteilen. Die Wirklichkeit ist komplizierter und differenzierter.

Der Band bringt nicht nur die Argumente und Strategien der Gegner. Sie machen nur einen geringen Anteil aus. Im wesentlichen kommen die betroffenen Frauen selbst zu Wort. Elisabeth Müller-Bonn gibt einen Überblick über das regionale Unrechtsgefälle in der Bundesrepublik, Christa Randzio-Plath erweitert die Problematik um den internationalen Aspekt, Eva Rühmkorf berichtet über die politisch reaktionären Kräfte in den USA und vergleicht sie mit hiesigen Verhältnissen. Neben den politischen Aspekten werden auch institutionelle und individuelle Probleme behandelt. Elisabeth Meyer gibt einen Forschungsbericht aus dem Familienplanungszentrum in Hamburg, in dem die betroffenen Frauen

Gelegenheit hatten, sich mit gängigen Vorurteilen auseinanderzusetzen, die wörtlich den Äußerungen von Politikern und Kirchenleuten entnommen wurden. Dieser Beitrag zeigt besonders gut, wie sehr die Argumentationen der „neuen Moralisten“ an den Problemen der Wirklichkeit vorbeigehen. – Alle Beiträge des Buches sind gut geschrieben. Das gilt auch für das Rechtsgutachten von Karl-Jürgen Bielack, das nicht nur engagiert, sondern auch für Nicht-Juristen erfreulich klar formuliert ist. Das Buch gibt wichtige Anregungen – nicht nur für die Auseinandersetzung mit den Gegnern, sondern es hilft auch Positionen zu überdenken, die sich in den eigenen Reihen widersprüchlich äußern. Auf Renate Sadrozinskis Beitrag sei in diesem Zusammenhang verwiesen. Schließlich enthält das Buch auch individuelle Aspekte. Der Beitrag von Dieter Schnack („Der Bauch meiner Freundin gehört mir“) reflektiert die Rolle des Mannes bei der unerwünschten Schwangerschaft.

„Dies Buch“ – so Susanne von Paczensky – „will Bewegung schaffen.“ Es will festgefahrene Meinungen durcheinander bringen, neue Informationen vermitteln und alten Feinden ihre Unwahrheiten vorwerfen.“

Ich finde, daß diese Konzeption gut gelungen ist. Deshalb sollte es von vielen Frauen und Männern gelesen werden, besonders von jenen, die heute meinen, die Auseinandersetzung um den § 218 sei kein Thema mehr.

Friedrich Koch

Neuerscheinungen

In dieser Rubrik teilt die Redaktion mit, welche Neuerscheinungen ihr zugesandt wurden. Eine Beurteilung ist mit dem Abdruck nicht verbunden.

Helmut Kentler (Hrsg.): Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität. Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg 1984. 360 Seiten, DM 36,-.

Linus Dietz: Sexualerziehung 5.-9. Schuljahr (Stundenbilder). pb Verlag, Puchberg 1984. 223 Seiten, DM 26,-.

Veranstaltungen

18. 5. bis 20. 5. 1984

Tagung „Gesundheit und Sexualerziehung“ in der Heimvolkshochschule Schloß Dhaun bei Kirm.

Zu dieser Tagung lädt die *Deutsche Gesellschaft für Geschlechterziehung (DGG)* ein. Sie wird in Zusammenarbeit mit der Landeszentrale für Gesundheitserziehung in Mainz gestaltet. Themen sind u. a. „Körperlich-seelische Gesundheit und Schwangerschaftsabbruch“ sowie „Selbstverwirklichung und Gesundheitsfürsorge“.

Anmeldung bei Frau Dr. Karla Etschenberg, Hirseweg 10, 5000 Köln 41 (nach dem 1. Mai unbedingt telefonisch unter 02 21 - 4 97 22 10 voranmelden).

25. 5. bis 27. 5. 1984

Zentrale Arbeitstagung „Unbezahlte Arbeit von Frauen in sozialen Arbeitsfeldern – Freiwillig oder unfreiwillig?“ – im Haus Buchwald, Paritätische Bildungsstätte, 6697 Nohfelden 5.

Teilnehmen können haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen von Frauenprojekten, -initiativen und Frauenselbsthilfegruppen im Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- und Beratungsbereich von Mütterzentren, sowie Frauen- und Familienverbänden.

Der Unkostenbeitrag beträgt DM 50,-. Anmeldungen bis zum 27. April 1984 beim Paritätischen Bildungswerk, Bundesverband, Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 6000 Frankfurt/M.-Niederrad.

30. 5. bis 2. 6. 1984

Fachtagung „Neue Ansätze der Geburtsvorbereitung in der Eltern- und Familienbildung“ im Haus Buchwald, Paritätische Bildungsstätte, 6697 Nohfelden 5.

Familienbildungsstätten beginnen den Forderungen nach einer umfassenden Geburtsvorbereitung nachzukommen. In der Praxis erweist es sich oft als schwierig, bestehende Konzeptionen zu ändern und eine neu orientierte Arbeit mit Schwangeren und ihren Partnern zu beginnen. Diese Problematik ist die zentrale Fragestellung der Tagung.

Der Unkostenbeitrag ist DM 80,-. Anmeldung bis zum 27. April 1984 beim Paritätischen

Bildungswerk, Bundesverband, Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 6000 Frankfurt/M. Niederrad.

1. 6. bis 3. 6. 1984

Jahrestagung und Mitgliederversammlung der *Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung (DAJEB)* in Bendorf. Thema: „Ein-Eltern-Familie“. Anmeldung und Auskunft: DAJEB, Alte Münchner Straße 45 B, 8043 Unterföhring.

15. 6. bis 17. 6. 1984

7. Fachtagung zur sozialwissenschaftlichen Sexualforschung im 1. Sozialwissenschaftlichen Institut der Universität Düsseldorf und Hotel Eden, Düsseldorf.

Zu dieser Tagung mit dem Leitthema „Die Sexualität des Menschen: Ein sozialer Tatbestand?“ lädt die *Deutsche Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS)* ein. Referenten sind u. a. Prof. Dr. Erwin J. Haeberle (San Francisco), Prof. Dr. Ernest Bornemann (Österreich) Prof. Dr. Hans Molinski (Düsseldorf) und Dr. Gisela Bleibtreu-Ehrenberg (Wachtberg-Villip). Die drei Themenbereiche: Sexualität in wissenschaftlicher Perspektive; Sexualität und soziale Ordnung; Sexualität, Identität und soziale Stigma.

Anmeldungen und Auskunft: DGSS, Gerresheimer Str. 20, 4000 Düsseldorf (Tel. 02 11 / 35 45 91).

22. 7. bis 28. 7. 1984

International Women and Health Meeting No. 4 „International Tribunal and Meeting on Reproductive Rights“ in Amsterdam.

Es können ungefähr 500 Frauen aus aller Welt teilnehmen. Konferenzsprachen sind Englisch, Französisch und Spanisch. Die Unkosten für Anreise und Aufenthalt müssen selbst von den Teilnehmerinnen aufgebracht werden.

Weitere Informationen und Anmeldungen bei International Contraception Abortion & Sterilisation Campaign ICASC, 374 Grays Inn Road, London WC 1, England.

Fortbildung in Rostock

Die Sektion „Ehe und Familie“ in der Gesellschaft Sozialhygiene der DDR veranstaltet vom 25. bis 27. Oktober 1984 die 11. Rostocker Fortbildungstage. Unter dem Rahmenthema „Familienplanung in den 80er Jahren“ werden Themen der Ehe- und Sexualberatung, der Kontrazeptionsberatung, der Fertilitätsstörungen und der internationalen Arbeit auf dem Gebiet der Familienplanung behandelt. Auskünfte sind zu erhalten und Anmeldungen werden erbeten an das Organisationsbüro der 11. Rostocker Fortbildungstage, DDR-25 Rostock 1, Leninallee 70.

pro familia magazin

Schwerpunkt im Juli
**Familienplanung
international**

Über die Familienplanungsarbeit in anderen Teilen der Erde ist bisher in deutscher Sprache wenig veröffentlicht worden. Was geschieht in der Dritten Welt? Wer hat ein Interesse daran? Wer zahlt dafür? In welchem Verhältnis steht Familienplanung zur Bevölkerungsentwicklung? Was ist von der

Weltbevölkerungskonferenz 1984 zu erwarten? Was sind die Kontroversen und was die Perspektiven?

Viele Fragen, auf die eine Antwort versucht werden soll. Daher wird die Ausgabe 4/84 um einige Seiten stärker sein. Sie erscheint am 10. Juli 1984.

Peter Paulich

Wider die Kolonialisierung des Sinnlichen

Kritische Beiträge zur Sexualpädagogik und Ansätze zu einer Neuorientierung

200 Seiten

Ausgehend von einer Kritik an den gebräuchlichen und verbreiteten Konzepten der Sexualpädagogik in Schule und Jugendarbeit sowie in der Sexualberatung wird die Notwendigkeit eines Paradigmawechsels beschrieben.

Die „moderne Sexualität“ kolonialisiert die Vielfalt des sinnlichen Erlebens. Die „moderne Offenheit“ von sich eigentlich fremd bleibenden Menschen verdoppelt die Tendenz zusätzlicher Entfremdung.

Beratung in der Funktion gesellschaftlicher Ent-Sorgung?

Basierend auf psychoanalytischen Kategorien, gestützt auf die Auseinandersetzung mit Martin Buber wird ein Verständnis **dialogischer Begegnung** als Basis für jede emanzipatorische Beschäftigung des Menschen mit sich und dem Anderen gefordert.

Zahlreiche Beispiele sind der lebendige Ansatz für weitergehende Reflexionen über ...

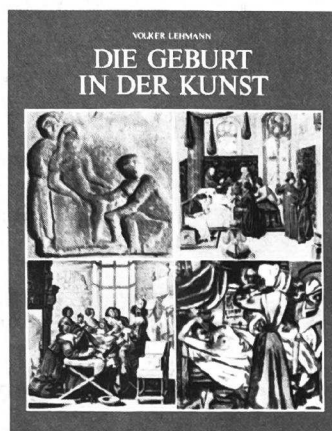
- Über Selbstliebe, Selbstpräsentation und Minderwertigkeit
- Über Menarche, Pollution und Selbstbefriedigung
- Über Beziehungen, Eifersucht und Solidarität
- Über sexuelle Phantasien, drängende Wünsche und Perverses

(aus dem Inhalt)

Bisheriger Preis
24,80 DM

jetzt
12,40 DM

Ein besonderes Angebot für Leser(innen) des *pro familia* magazins



Volker Lehmann

Die Geburt in der Kunst

176 Seiten, 148 Abbildungen, Format 21,5 x 27,5, Leineneinband

Bisheriger Preis 49,50 DM **jetzt** **24,75 DM**

Ankreuzen und einsenden an
Gerd J. Holtzmeyer Verlag
Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig

Hiermit bestelle ich:

- Expl. „Geburt in der Kunst“ (24,75 DM pro Expl.)
 Expl. „Wider die Kolonialisierung des Sinnlichen“ (12,40 DM pro Expl.)
- Scheck anbei
 Den Betrag habe ich auf Ihr Postscheckkonto 383811-307 Hannover überwiesen
 Lieferung per Nachnahme (+ Gebühr)

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Datum, Unterschrift _____

In jeder Epoche wurde das Thema Schwangerschaft und Geburt künstlerisch unterschiedlich behandelt. Die veränderte Sicht ist nicht nur ein Beweis für kunsthistorische und stilistische Entwicklung, sondern auch für die wechselnde Rolle der Frau, hier besonders gesehen als Schwangere, Gebärende und junge Mutter. Eine Rolle, die ihr von einer Epoche und einer Gesellschaft zugeteilt, in der sie gewünscht und zu der sie gezwungen wurde. Weiterhin können die Bilder unter medizinhistorischen Aspekten betrachtet werden. Sie geben Auskunft über den Entwicklungsstand der wissenschaftlichen Medizin und ihre Umsetzung in die tägliche Praxis.

Der Verfasser breitet ein weites Bildmaterial aus, das nach kunsthistorischen Gesichtspunkten geordnet ist. Kulturgeschichte und Medizinhistorie lassen sich aus den Bildern bis zur Neuzeit ablesen. Aus den Werken der Antike ist ein Teil der geburtshilflichen Tätigkeit von Hebamme und Arzt abzulesen. Im Mittelalter taucht das Motiv immer wieder in der Geburt Christi auf. Aus den realistischen Darstellungen, die nie die Geburt, sondern immer nur die Wochenstube zeigen, ist aber trotzdem viel Genaueres über den Vorgang einer Hausgeburt abzulesen.

In den Buchillustrationen erscheint ab dem 14. Jahrhundert das Thema des Kaiserschnittes. In der Malerei der Renaissance, des Barocks und Rokoko wechselt das Milieu. Die Geburt findet in den Palästen der reichen Bürger statt. Die Künstler versuchen, exakte anatomische Zeichnungen anzufertigen, die die Schwangerschaft als wissenschaftliches Präparat zeigen.

Bei Betrachtung der modernen Malerei tritt der kultur- und medizinhistorische Aspekt zurück. Dargestellt wird in diesen Bildern z. T. das Verhältnis von Patienten zur Gesellschaft und von Patient zu Arzt. Es wird das Ausgestoßensein der Schwangeren gezeigt sowie die Inhumanität, die sich so leicht einstellt, wenn ärztliches Handeln zur Routine wird.

Das Buch schildert in Text und Bild, wie und warum das alte mit Mythologien beladene Thema des werdenden Lebens und der Geburt immer wieder von der Antike bis in die Gegenwart in der bildenden Kunst behandelt wird.