

1/81 März. 9. Jahrgang

Braunschweiger Verlagsanstalt S 4483 FX

Sexualpädagogik und Familienplanung

Zeitschrift der Pro Familia

Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung



Ständige Beilage: Handreichungen zur Sexualerziehung

Sexualpädagogik und Familienplanung

Das ideale Verhütungsmittel werde es nie geben, meinen die Autoren des Beitrages *Chancen für eine Verbesserung der Kontrazeptiven Versorgung*. Pille und Intrauterinpressar gelten bislang als die besten Kontrazeptiva. Aber es wird weitergeforscht. Zum Beispiel an einem Impfstoff zur Schwangerschaftsverhütung. Seite 2

Vier Jahre Erfahrung mit dem neuen § 218 sind der Anlaß für ein Gespräch mit *Prof. Dr. Albin Eser*, Professor für Strafrecht mit Schwerpunkten auf dem Gebiet der Gesetzgebung in Sachen Sexualität und Schwangerschaft. Er nimmt auch Stellung zu der häufig angewendeten Notlagen-Indikation bei Schwangerschaftsabbrüchen. Seite 27

In Tunesien hat *Pro Familia* enge Kontakte zur privaten Familienplanungsorganisation. Die Ergebnisse der Familienplanung in Tunesien faßt Elke Thoß zusammen. Seite 6

Sexualität und Behinderung hieß das Schwerpunktthema der letzten Ausgabe der Zeitschrift „*Sexualpädagogik*“. In dieser Ausgabe folgt eine Handreichung zum Thema. Für eine der nächsten Ausgaben ist eine Handreichung zur Sexualerziehung geplant, die Unterrichtshilfen für Sonderschulen gibt.

Inhalt

Wozu wir diese Zeitschrift machen	1
Chancen für eine Verbesserung der Kontrazeptiven Versorgung	2
Entwicklung der Familienplanung in Tunesien	6
<p><i>Pro Familia Informationen</i></p> <p>Kommentar: Nach dem Papstbesuch 11</p> <p>Arbeitskreis Ausländerberatung 12</p> <p>Medizinische Nachrichten 13</p> <p>Aus Zeitschriften 17</p> <p>Unser Verbandsportrait 18</p> <p>Der IPPF-Plan 1982-84 19</p>	
Recht und Praxis des Schwangerschaftsabbruchs	27
Sexualpädagogik der 70er Jahre im Spiegel der Literatur	30
Buchbesprechungen	34
Kurz berichtet	36

Dieser Ausgabe liegt die Handreichung zur Sexualerziehung B/C 69 (5.-13. Schuljahr) bei: „... mit behindertem Partner“.

Unser Titelfoto zeigt eine Tunesierin.

Herausgeber: Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e.V. und Braunschweiger Verlagsanstalt

Redaktion: Jürgen Heinrichs (verantwortlich), Gerd J. Holtzmeyer (Koordination, N. N., N. N.)

Anzeigen: Wolfgang von Kalm
Vertrieb: Roland Horst

Anschrift für Redaktion, Anzeigen und Vertrieb:

Braunschweiger Verlagsanstalt,
Postfach 45 44,
3300 Braunschweig,
Telefon: 05 51/8 10 66,
Telex: 952 357

Verlag und Gesamtherstellung:
Braunschweiger Verlagsanstalt

ISSN 0344-5380

Beiträge zur exklusiven Veröffentlichung nimmt die Redaktion in einfacher Ausfertigung, einschließlich reproduktionsfähiger Bildvorlagen, entgegen. Die Bearbeitung erfolgt nach redaktionellen Gesichtspunkten im Einvernehmen mit dem Verfasser. Mit der Veröffentlichung erwirbt der Verlag das ausschließliche Recht zur weiteren Verwendung. Nachdruck ist nur nach Genehmigung durch den Verlag und mit Quellenangaben möglich.

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

Erscheinungsweise: 1981 in 5 Ausgaben.

Bezugsbedingungen: Das Abonnement erstreckt sich über ein Kalenderjahr. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres gekündigt wird. Die Bezugsgebühr beträgt DM 33,-. Einzel Exemplare werden mit DM 6,- zuzüglich Versandkosten berechnet. In den Preisen ist die Mehrwertsteuer enthalten. Einzel Exemplare der bereits erschienenen „Handreichungen zur Sexualerziehung“ als Nachbestellung: DM 2,10 (einschl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten). Für Mitglieder von Pro Familia ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Bestellungen bitten wir unmittelbar an die Braunschweiger Verlagsanstalt, Postfach 45 44, 3300 Braunschweig, zu richten. Postscheckkonto Hannover Nr. 3100 33-307, Bankkonto Norddeutsche Landesbank, Nr. 218 800.

Anzeigen an den Verlag. Gültig ist Preisliste Nr. 3 vom 1. 4. 1981.

Bezugspreise in Österreich: Einzelheft: 58 öS, Jahresabonnement: 198 öS, Einzelausgaben der Handreichungen zur Sexualerziehung: 12 öS (Doppelausgaben 19 öS). Die Preise verstehen sich zuzüglich Versandkosten. **Bestellungen bitte an:** Jugend und Volk, Verlagsgesellschaft m. b. H., Anschützgasse 1, 1153 Wien, Tel. 02 22 / 85 75 08.

Wozu wir diese Zeitschrift machen

Eine Zeitschrift bedarf eines Programms und eines Konzepts. Und sei es nur zu dem Zweck, entscheiden zu können, welche Beiträge hineingehören und welche nicht. Ob eine Zeitschrift hingegen wichtig ist und ob sie lesbar ist, hängt entscheidend von der Phantasie und dem Engagement der Menschen ab, die ihr Konzept verwirklichen, indem sie die Zeitschrift machen. Es hängt ebenso ab von der Art und Intensität der Reaktionen ihrer Leser.

Sexualpädagogik und Familienplanung ist keine völlig neue Zeitschrift; wir setzen vielmehr in neuem Gewand zwei bereits seit Jahren bestehende Periodika gemeinsam fort. Das hat den wichtigen Vorteil, eine Publikation nicht für einen unbekanntem und nur vorgestellten Leserkreis machen zu müssen; vielmehr gibt es weiterhin die Gruppen der bisherigen Bezieher, von deren Bedürfnissen und Erwartungen die Redaktion ausgehen kann. Die bisherigen Leser der beiden Zeitschriften unterscheiden sich aber in einem wichtigen Punkt: Während die Bezieher der *Sexualpädagogik* diese Zeitschrift eines überwiegend professionellen Interesses wegen gekauft haben, eint die Mehrzahl der Leser der *Pro Familia Informationen* ein gesellschaftspolitisches Engagement, welches sie dazu bewogen hat, Mitglied der *Pro Familia* zu werden. Beiden Erwartungsprofilen will die Zeitschrift gerecht werden, was umso eher möglich sein muß, als sowohl für Sexualerzieher als auch für Familienplanungsberater berufliches Interesse und gesellschaftliches Engagement in der Regel eng miteinander verknüpft sind.

Weshalb nun machen wir diese Zeitschrift? Diese Frage läßt sich nicht allein mit dem Hinweis auf die Traditionen der Vorläufer-Organen beantworten. Gewiß soll die neue Zeitschrift all das leisten, weshalb die beiden bisherigen Zeitschriften gemacht und gelesen wurden. Sie hat aber nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie sich gemeinsam mit der überwiegenden Anzahl ihrer Leser einem Grundkonzept verpflichtet weiß. *Ein rationales, der Verwirklichung des einzelnen Menschen in seiner Beziehung zu sich selbst und zu den anderen Menschen dienendes Verhältnis von Sexualität und Gesellschaft*: so etwa könnte – einigermaßen formelhaft – dieses Konzept umschrieben sein.

Man kann auch sagen: Die Zeitschrift will in allen relevanten Bereichen der politischen und gesellschaftlichen Entwicklung einen Beitrag dazu leisten, die Bedingungen für einen gegliückten Umgang mit Sexualität mit der eigenen und der des anderen, zu verbessern. Dazu gehört sicher auch die Aufgabe, jeden Versuch öffentlich zu kritisieren, Sexualität in die Dienste politischer und wirtschaftlicher Interessen zu nehmen.

Welcher Anthropologie, welchem Bild also vom Menschen und seiner Gesellschaft, ein solches Konzept ent-

spricht, das zu diskutieren, ist eine der theoretischen Aufgaben der Zeitschrift. Die Diskussion darüber soll aber nicht abstrakt geführt werden, sondern konkrete Konsequenzen und auch Alternativen in den jeweiligen Praxisbereichen – etwa in der pädagogischen, in der beraterischen, in der politischen Praxis bezeichnen. In einem dialogischen Prozeß wird versucht werden, sich der Klärung und Lösung von Problemen anzunähern, indem Menschen miteinander reden, Fragen stellen und beantworten, Meinung gegen Meinung setzen.

Wollen wir eine Fachzeitschrift machen? In gewissem Sinne schon, insofern durch die Kennzeichnung *Verhältnis von Sexualität und Gesellschaft* ein Fachgebiet bezeichnet ist. Das kann jedoch nicht im Sinne einer definierten wissenschaftlichen Disziplin gemeint sein. Diese Zeitschrift bestimmt ihr Gebiet nicht im Gefüge akademischer Fächer. Sie will nicht eine Spezialzeitschrift für pädagogische oder medizinische oder soziologische oder psychologische oder sonst eine Forschung sein. Es haben vielmehr die Ergebnisse problemorientierter Forschungen einer ganzen Reihe von Disziplinen und ihrer Kombinationen in diese Zeitschrift einzugehen, vorzüglich dann, wenn ihre Bedeutung für die Praxis unmittelbar deutlich ist.

Sexualpädagogik und Familienplanung. Man wird fragen wollen, was das *und* im Titel bedeutet. Es ist nicht Ausdruck einer Verlegenheit, es hat einen durchaus programmatischen Stellenwert: Familienplanung steht in einem engen Verhältnis zur Sexualerziehung, denn die Möglichkeit, darüber zu entscheiden, Kinder zu haben, und wenn ja, wieviele und wann, setzt eine gelungene Sexualerziehung voraus. Das Ausmaß sexueller und partnerschaftlicher Probleme sowie die nach wie vor hohe Zahl unerwünschter Schwangerschaften, gerade auch bei jungen Menschen, weisen auf die unverändert große Bedeutung dieses Bedingungsverhältnisses ebenso hin wie auf die erheblichen Defizite heutiger Sexualerziehung in Familie und Schule (schon die Namen der Herausgeber stehen für ein Programm, welches das Mißverständnis ausschließen dürfte, als wären die beiden Begriffe im Zeitschriftentitel so aufeinander zu beziehen, wie es die bayerischen Richtlinien zur Sexualerziehung vorsehen, wenn sie Sexualität überwiegend auf Ehe und Familie beziehen).

Der Titel der Zeitschrift kann ihr inhaltliches Programm nur unvollständig wiedergeben. Themenkomplexe wie die Situation durch sexuelles Verhalten definierbarer Minderheiten, Sexualität der Altersgruppen, Sexualität und Gewalt, Vermarktung von Sexualität, die gesellschaftliche Funktion der Familie und die Arbeitsteilung zwischen Familie und Staat, Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf Sexuali-

tät und Partnerbeziehungen, Sexualität und Behinderung, Ausländerintegration, Infertilität, Kinderwunsch, Adoption sollen aufgenommen werden und zum Teil thematische Schwerpunkte einzelner Ausgaben bilden.

Für wen wird diese Zeitschrift gemacht? Ganz sicher nicht nur für eine Berufsgruppe, also nicht nur für Lehrer, nur für Berater, nur für Gesundheitserzieher . . . Aber dennoch auch für die berufliche Praxis dieser Gruppen. Dabei geht es uns besonders auch darum, zwischen der beruflichen Praxis der verschiedenen Gruppen Verbindungen herzustellen und Anknüpfungspunkte aufzuzeigen. Ein Lehrer kann sicherlich einen besseren Sexualkundeunterricht machen, wenn er zum Beispiel auch weiß, was in einer Beratungsstelle der Pro Familia getan wird; und umgekehrt.

Die hier vorgelegte erste Ausgabe von *Sexualpädagogik und Familienplanung* sollte als ein erster und vorläufiger Versuch gesehen werden, aus den beiden Vorläuferorganen eine neue Zeitschrift zu machen. Einen thematischen Schwerpunkt bilden wichtige Aspekte der Familienplanungsarbeit, die jedoch nicht als ein isoliertes Phänomen erscheint, sondern sich als ein Ausdruck spezifischer gesellschaftlicher Entwicklungen begreift.

Familienplanungsarbeit hat sich – national wie international – mit den Problemen unzureichender Methoden der Empfängnisregelung, zunehmender Institutionalisierung und politischer Kontrolle vormals sozialer Bewegungen und der rechtlichen und rechtspolitischen Bedingungen ihrer Aktivitäten zu befassen. Daher bringen wir die Beiträge über neue Methoden der Kontrazeption, über die Entwicklung institutioneller Familienplanung in Tunesien und über rechtliche Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs in der Bundesrepublik Deutschland.

Wie schon in dieser Ausgabe, so sollen auch in Zukunft mehrere Beiträge sich um einen thematischen Schwerpunkt gruppieren, daneben aber durchaus noch andere Themen in demselben Heft behandelt werden.

In der nächsten Ausgabe werden Aspekte des Kinderwunsches und seiner politischen Bedeutung im Vordergrund stehen. Schwerpunkte späterer Hefte sollen sexuelle Fragen in der Erziehungsberatung, Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Adoption, Lebensbedingungen von Ausländern und Aspekte der Jugendsexualität sein.

Im Impressum ist bereits angedeutet, daß die Redaktion auf vier Personen erweitert werden soll. Hierzu sollen *Inge Nordhoff* (Hannover) und *Dr. Rudolf Müller* (Hamburg) gewonnen werden, die beide auf dem Gebiet der Sexualerziehung ausgewiesen sind und über umfangreiche Lehrerfahrung verfügen. Ferner möchte die Redaktion demnächst eine Reihe von Fachleuten einladen, die als „Ständige Mitarbeiter“ nicht nur Beiträge schreiben, sondern sich auch an der Fortentwicklung des redaktionellen Programms und des Konzepts der Zeitschrift beteiligen.

Jürgen Heinrichs, Starnberg

*Die heute verfügbaren Methoden der Schwangerschaftsregelung haben in den letzten Jahren immer deutlicher ihre Grenzen erwiesen. Vier US-amerikanische Experten auf dem Gebiet der Kontrazeption sind systematisch der Frage nachgegangen, ob und wann bessere Methoden für eine allgemeine Anwendung zur Verfügung stehen. Obwohl sie viele neue Forschungsansätze aufzeigen können, sind ihre Erwartungen für die nähere Zukunft nicht besonders hoch. Einer der Gründe dafür ist der Mangel an Forschungsgeldern. Wir drucken hier einige Auszüge aus diesem Beitrag ab, der auf Englisch erschienen ist in den *Family Planning Perspectives* Vol. 12, No. 4, Juli-August 1980 unter dem Titel „Prospects of Improved Contraception“. Auf deutsch legen wir den vollen Text also Pro Familia Arbeitsmaterial Nr. 26 vor.*

Um die Möglichkeiten klinischer Forschung auf dem Gebiet der Fertilitätsregelung auch in der Bundesrepublik Deutschland zu erweitern, hat die Max-Planck-Gesellschaft an der Universität Münster eine Forschungsgruppe für Reproduktionsmedizin eingerichtet, die unter der Leitung von Professor Nieschlag steht. Über ihre Zielsetzung und die praktische Bedeutung ihrer Arbeit werden wir in der nächsten Ausgabe berichten.

Chancen für eine Verbesserung der Kontrazeptiven Versorgung

Von Linda Atkinson, S. Bruce Schearer, Oscar Harkavy
und Richard Lincoln

Wie die meisten Revolutionen so enttäuschte auch die kontrazeptive Revolution diejenigen, deren Erwartungen unrealistisch hoch waren. Vor zwei Jahrzehnten, als ein orales Kontrazeptivum auf den Markt gebracht und das Intrauterinpressar (IUD) aus antiseptischem Plastik oder rostfreiem Stahl wiedergeboren wurde, meinten viele Wissenschaftler optimistisch, dies sei nur der Beginn. Ein neues Zeitalter der Reproduktion sollte heraufziehen und es würde nicht lange dauern, bis das perfekte Kontrazeptivum verfügbar wäre: hochwirksam, sicher, annehmbar, billig, einfach anzuwenden und zu vertreiben.

Linda Atkinson ist „Program Officer“ in der internationalen Abteilung des „Population Office“ der Ford-Stiftung; S. Bruce Schearer ist „Associate“ bei den „International Programs“ des „Population Council“; Oscar Harkavy ist „Program Officer-in-Charge“ des „Population Office“ der Ford-Stiftung und Richard Lincoln ist Senior-Vizepräsident des Alan Guttmacher Instituts und Herausgeber der „Family Planning Perspectives“.

Heute geht man davon aus, daß es niemals ein solch ideales Kontrazeptivum geben wird und daß eine große Anzahl von Methoden nötig ist, da die Menschen unter verschiedenen Umständen leben und unterschiedliche Wünsche und Bedürfnisse haben. Jede Methode hat ihre Vor- und Nachteile und wahrscheinlich wird es immer ein Abwägen zwischen Wirksamkeit und Risiko geben.

Es hat sich also gezeigt, daß die Distanz

zwischen der Vorstellung des Wissenschaftlers und dem Schlafzimmer des Paares größer ist, als man geglaubt hatte. All die Impfstoffe, Menstruationsauslöser, Pillen für den Mann und chemischen Sterilisationsmittel, die zum ersten Mal vor einem Dutzend Jahren angekündigt wurden, sind zum größten Teil noch in frühen Stadien der Entwicklung, aus Mangel entweder an Geld oder an Kenntnissen oder Fähigkeiten, oder aus allen drei Gründen.

Eine Revolution stagniert

Nicht eine einzige neue chemische kontrazeptive Substanz hat seit der Einführung der synthetischen Steroids Norgestrel im Jahre 1968 den Markt erreicht. Dabei werden verbesserte Kontrazeptiva immer nötiger, weil das Ansehen der Pille und des IUD's gelitten haben durch zahlreiche medizinische Berichte, die darlegten, daß diese Mittel zwar nicht annähernd so gefährlich sind, wie manch einer befürchtet hatte, andererseits aber auch nicht so sicher, wie mancher gehofft hatte.

Die Bevölkerungswachstumsraten in den Entwicklungsländern (wo $\frac{3}{4}$ der Weltbevölkerung leben) bleiben hoch, was zu einer Verdoppelung der 3,3 Milliarden Bewohner von Dritte-Welt-Ländern in den nächsten 34 Jahren führt, und daß bei verlangsamten Fortschritten in der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung. In den meisten Entwicklungsländern will mehr als die Hälfte aller Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter keine Kinder mehr, aber trotzdem benutzen zwei Drittel von ihnen keine Mittel, um eine weitere Geburt zu verhindern. Sogar in den hochentwickelten Ländern, wo eine kontrazeptive Praxis ganz üblich zu sein scheint, treten viele ungewollte Schwangerschaften auf. Für die USA werden beispielsweise pro Jahr 2,8 Millionen ungeplante Schwangerschaften geschätzt, von denen die Hälfte durch einen Abbruch beendet wird.

Heißt das alles, daß die kontrazeptive Revolution selbst abgebrochen wurde? Nun, wir sind zwar nicht von der kontrazeptiven Stein- (oder Gummi-) Zeit direkt in eine hochtechnisierte perfekte kontrazeptive Gesellschaft katapultiert worden, aber wir sind auch nicht auf der Stelle getreten bei der Entwicklung wirkungsvollerer und besserer Mittel zur Geburtenkontrolle und bei ihrer erfolgreichen massenhaften Anwendung.

Nachdem die Pille und das IUD ihren Einstand vor zwanzig Jahren gegeben hatten, sind unter den neuen Methoden auf dem Markt die ambulante Sterilisation der Frau durch Laparoskopie und Minilaparotomie, vereinfachte Schwangerschaftsabbrüche durch Absaugen, Kupfer- und Hor-

mon abgebende IUD's, langwirkende injizierbare Progestagene, Prostaglandine für Abbrüche im zweiten Schwangerschaftsdrittel und – nicht weniger wichtig – ein viel sichereres, aber dennoch hochwirksames orales Kontrazeptivum, das nur einen Teil der Dosis an Steroidhormonen enthält, die die Pille vor zwanzig Jahren hatte.

Außerdem werden langwirkende hormonale Implantate, Vaginalringe, injizierbare Mittel in neuer Zusammensetzung, Prostaglandine für frühe Aborte, IUD's, die weniger Blutungen und Schmerzen verursachen sowie Zervixkappen in fortgeschrittenen Feldversuchen an Tausenden von Frauen erprobt. Innerhalb der nächsten drei bis fünf Jahre sollten sie weithin verfügbar sein. Etwas weiter zurück sind langwirkende biologisch abbaubare Steroidimplantate, die nicht entfernt werden müssen; für sie besteht eine gute Chance, weite Verbreitung zu finden. Auf jeden Fall bedeuten diese technologischen Fortschritte eine beträchtliche Verbesserung im Repertoire verfügbarer Kontrazeptiva.

Der zunehmende Gebrauch der effektivsten modernsten Methoden zur Geburtenkontrolle hat in Verbindung mit tatkräftigen nationalen Familienplanungsprogrammen in einer Anzahl von Entwicklungsländern – darunter so volkreiche Länder wie China, Indonesien, Mexiko und Thailand – dazu beigetragen, die Geburtenrate und

den explosiven Bevölkerungszuwachs merklich zu senken.

Obwohl im Einzelfall die Schätzungen voneinander abweichen, herrscht eine generelle Übereinstimmung darüber, daß sich die Bevölkerungswachstumsrate in den Entwicklungsländern verlangsamt hat und daß, wenn es nicht unvorhergesehene Sicherheitsprobleme mit den gebräuchlichsten Methoden oder eindeutige Veränderungen des sozialen Klimas gibt, der Trend zur weiteren Wachstumsabnahme sich wahrscheinlich fortsetzen wird.

Die Kontrolle über die Fortpflanzung die ohne historisches Beispiel ist, wenn sie auch noch nicht perfekt ist, hat den Frauen geholfen, die Chance für bessere Ausbildung und bessere wirtschaftliche Verhältnisse zu nutzen und dort, wo es solche Möglichkeiten noch nicht gibt, auf ihre Verwirklichung zu dringen. Der starke Druck, der auf die Wissenschaftler ausgeübt wird, bessere Alternativen zur Pille und zum IUD zu finden, ist selbst ein Beweis für die wachsende Macht der Frauenbewegung, welche ihrerseits dadurch gestärkt wurde, daß eben diese Methoden verfügbar sind. Es scheint fast sicher, daß durch verbesserte Programme mit den gängigen verfügbaren Methoden die Geburtenraten in den kommenden Jahren schneller gesenkt werden, da Paare in die Lage versetzt werden, ihre eigene Fortpflanzung wirkungsvoller zu kontrollieren. Die Abnahme wird besonders deutlich sein, wenn der Trend zur Liberalisierung der Sterilisations- und Abtreibungsgesetze anhält. Wie in verschiedenen Ländern festgestellt wurde, verhelfen die Familienplanungsprogramme Paaren nicht nur dazu, die gewünschte Anzahl von Kindern zu bekommen, sondern es scheint auch, daß der Erfolg dieser Programme sie beeinflusst, ihre Vorstellung über die ideale Familiengröße zu reduzieren, besonders dann, wenn gleichzeitig einige wenn auch bescheidene Verbesserungen des Lebensstandards und der Lage der Frau eintreten.

Verbesserung ist dringlich

Die große Zahl von ungeplanten Schwangerschaften und Geburten, die weiterhin in den Ländern vorkommen, in denen alle gängigen Methoden – eingeschlossen Abort und Sterilisation – allgemein verfügbar sind, ist dennoch ein Zeichen dafür, daß die heutigen Methoden nicht ausreichen, um Paare zu befähigen, ihre Vorstellungen über ihre Nachkommenschaft zu verwirklichen, und das auch nicht unter sehr günstigen Umständen. Wieviel weniger ist das dort der Fall, wo beispielsweise Lagerung, Vertrieb und

Handhabung von Kontrazeptiva Probleme aufwerfen.

Orale Kontrazeptiva, das IUD und die Sterilisation sind die Eckfeiler des verfügbaren Leistungskatalogs. Die Pille wird – obwohl sehr wirksam – als unsicher angesehen für Frauen, die rauchen oder an Fettsucht oder Bluthochdruck leiden, was sie einem hohen Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen aussetzt. Die Zweckmäßigkeit des IUD's auf der anderen Seite ist fraglich bei jungen Frauen, die noch keine Kinder geboren haben, wegen der – wenn auch

geringen – Gefahr von Infektionen, die die zukünftige Fruchtbarkeit beeinträchtigen können. Weithin publizierte Informationen über gesundheitliche Risiken – manchmal in sensationeller Form aufgemacht – haben in entwickelten Ländern viele Frauen dazu gebracht, die Pille und das IUD aufzugeben. Viele dieser Frauen sind zu traditionellen, weniger sicheren Methoden zurückgekehrt und falls die Kontrazeption mißglückt, sind sie auf den legalen Schwangerschaftsabbruch angewiesen.

Mit der Ausdehnung der Familienplanungsprogramme wird der Gebrauch der Pille und IUD in den Entwicklungsländern zunehmen, aber durch ungünstige Berichte in der Öffentlichkeit werden zweifelsohne die Akzeptierbarkeit und die Dauer der Anwendung beeinträchtigt. Jedenfalls ist das Absetzen beider Methoden oft relativ verbreitet und ihre Wirksamkeit ist im allgemeinen Gebrauch geringer als bei hochmotivierten Benutzerinnen in klinischen Prüfungen. Beides, Wirksamkeit und Dauer der Anwendung, sind in unterentwickelten Ländern geringer als in entwickelten, was ungünstige soziale Konditionen widerspiegelt, wie schlechte Gesundheitsdienste, geringes Einkommen und geringer Ausbildungsstand. Es ist deshalb nicht ungewöhnlich, wenn in Dritte-Welt-Länder die Geburtenraten bei Anwendung dieser Methoden viel höher liegen als in entwickelten Ländern; und die Absetzungsrate im ersten Jahr erreicht bei neuen Pillen- oder IUD-Benutzerinnen in Entwicklungsländern 20–40%. Noch mehr Probleme gibt es mit der Akzeptierbarkeit und dem Langzeitgebrauch von Methoden, die mit dem Koitus direkt verbunden sind.

Obwohl die Nachfrage nach kontrazeptiver Sterilisation die technischen und logistischen Möglichkeiten vieler Entwicklungsländer, die diese Dienste anbieten, übersteigt, wählen Paare oft diese endgültige Methode, weil es ihnen mit reversiblen Methoden nicht gelungen ist, ungewollte Geburten zu verhindern. Ohne den Rückhalt des Schwangerschaftsabbruchs würden ungewollte Geburten mehr als doppelt so oft vorkommen wie jetzt, selbst in einem Land wie den USA, wo der Gebrauch von Kontrazeptiva weit verbreitet ist. Und es ist unwahrscheinlich, daß die politischen und religiösen Kontroversen über den Schwangerschaftsabbruch in der näheren Zukunft beigelegt werden. In einigen Ländern – speziell in der Welt des Islam – ist es wahrscheinlich, daß der Abbruch noch einige Zeit illegal bleiben wird. Unter diesen Umständen ist es wahrscheinlich, daß die gegenwärtigen technologischen Möglichkei-

ten zur Geburtenregelung ausreichen für weitere 500 bis 600 Millionen Benutzer in den nächsten Jahrzehnten. Neue reversible Methoden für Mann und Frau, sowie weni-

ger lästige und einfachere Sterilisationsmethoden werden weiterhin dringend in entwickelten und unterentwickelten Ländern gebraucht.

Derzeitige Arbeitsgebiete und der Stand der Finanzierung

Sechs Organisationen arbeiten derzeit an mehr als zwei Dutzend potentiellen neuen Kontrazeptionsmethoden. Tafel 1 zeigt die gegenwärtige Verteilung von Geldmitteln zur Kontrazeptionsforschung durch öffentliche Organisationen. Mehr als 70% der Forschungsmittel sind bestimmt für die Suche nach Kontrazeptionsmethoden für Frauen; nur 6% sind der Erforschung neuer Methoden für Männer gewidmet. Der Rest bleibt zur Erforschung von Methoden, die entweder bei einem oder bei beiden Geschlechtern angewendet werden können, wie etwa Releasing-Faktoren oder periodische Abstinenz. In den letzten Jahren wurden beträchtliche Anstrengungen unternommen, um eine Methode für den Mann zu finden. Die gängige Konzentration auf weibliche Methoden ist nicht die Widerspiegelung eines „male-chauvinist“-Hanges unter den Forschern, sondern entspricht den Tatsachen, daß es mehr potentielle Möglichkeiten zur Entwicklung von Methoden für die Frau als für den Mann gibt und daß man über das weibliche Reproduktionssystem mehr weiß als über das männliche.

37% der öffentlichen Ausgaben für kontrazeptive Entwicklung gehen in Richtung auf neue Möglichkeiten der Steroidkontrazeption für Frauen: subdermale Implantate, verbesserte Pille, injuzierte Mittel, Vaginalringe und Nasensprays. 10% werden für verschiedene Möglichkeiten eines Antischwangerschaftsimpfstoffs aufgewandt; 8% sind verschiedenen Antifruuchtbarkeits- und nidationshemmenden Mittel gewidmet, 7% intrazervikalen Maßnahmen und verbesserten IUD's. 5% werden für menstruations- und abortlösende Mittel ausgegeben. Neue Möglichkeiten von Barriere-Methoden und der weiblichen Sterilisation erhalten je etwa 2% der öffentlichen Gelder.

Etwa 5% der Forschungsmittel sind der Erforschung von Releasing-Faktoren gewidmet, die die Fähigkeit haben sollen, sowohl die Ovulation bei der Frau zu unterdrücken (und möglicherweise auch die Menstruation auszulösen), als auch die Entwicklung der Spermien beim Mann zu verhindern. Etwa 6% der öffentlichen Gelder werden für andere Kontrazeptiva für den Mann aufgewendet. Etwa 4% werden zur Erforschung verschiedener Pflanzen angelegt, die als abortinduzierende oder ni-

dationshemmende Mittel angewendet werden könnten.

Der Schwerpunkt derzeitiger Forschungsausgaben bei Steroiden für Frauen spiegelt teilweise die Entscheidung für ein geringes Risiko und für schnelle Ergebnisse wieder, weil relativ wenige (und schrumpfende) Forschungsmittel für Kontrazeptionsforschung zur Verfügung stehen. Da sich diese Möglichkeiten auf neue Kombinationen und Anwendungsgebiete solcher Mittel beschränken, die bereits wohlbekannt und geprüft sind, scheint das den Geldgebern und Organisatoren am aussichtsreichsten zu sein, um marktfähige Kontrazeptiva zu annehmbaren Kosten in ziemlich kurzer Zeit zu liefern. Außerdem spiegelt die verhältnismäßig große gegenwärtige Investition in diese Möglichkeiten die Tatsache wieder, daß die meisten von ihnen in fortgeschrittenen klinischen Prüfungen sind – dem teuersten Bereich der Kontrazeptionsforschung – und daß einige davon innerhalb der nächsten drei Jahre zum allgemeinen Gebrauch zur Verfügung stehen werden.

Es ist keine Frage, daß diese Mittel gegenüber den jetzt gebräuchlichen einige Vorteile haben werden, und man kann annehmen, daß die Möglichkeiten von Paaren aus der Dritten Welt, Kontrolle über ihre Fruchtbarkeit auszuüben, dadurch wachsen werden. Jedoch scheinen diese Verbesserungen nicht den radikalen Fortschritt in der Geburtenkontrolle zu bringen, den manche erhofft hatten und der auf der gegenwärtigen wissenschaftlichen Grundlage möglich gewesen wäre.

Weiter unten diskutieren wir die Aussichten für die Entwicklung von fünf potentiellen Methoden, von denen jede, so glauben die Autoren, den gegenwertigen Gebrauch deutlich steigern würde. Kombiniert könnten diese Methoden die heutige kontrazeptive Praxis, sowohl in den entwickelten wie in den unterentwickelten Ländern, revolutionieren. Es sind dies nichtchirurgische Methoden der weiblichen Sterilisation, eine reversible Methode für den Mann, ein Antischwangerschaftsimpfstoff für die Frau, ein selbstanwendbarer Menstruationsauslöser und ein Postpartum-IUD. Alle diese Methoden werden zur Zeit in öffentlichen kontrazeptiven Entwicklungsprogrammen erforscht, auf sie entfallen jedoch zusammen weniger als ein

Drittel der öffentlichen Investitionen zur Entwicklung neuer Methoden, und nicht

eine einzige bekommt mehr als zehn Prozent der öffentlichen Forschungsmittel.

Ein Antischwangerschaftsimpfstoff

Beschreibung: Die Kontrazeption soll erreicht werden durch Impfung mit Protein-Antigenen, die spezifisch sind für die Schwangerschaft oder für ein Organ, das im Reproduktionsprozeß eine Rolle spielt. Zirkulierende Antikörper könnten die Ovulation, die Corpus-luteum-Funktion, die Befruchtung, frühe Nidation oder die Aufrechterhaltung der Schwangerschaft verhindern – je nach ausgewähltem Antigen. Im Idealfall wurde die Methode mit einer einzigen Injektion angewendet. Nach einigen Monaten, die nötig sind, um den Antikörpertiter ausreichend auszubilden, könnte eine kontrazeptive Wirkung für ein bis zwei Jahre aufrechterhalten werden. Solch eine immunologische Methode sollte bei abnehmenden Titern reversibel sein, aber durch eine Auffrischungsimpfung in den letzten Monaten des Wirkungs-Zeitraumes sollte die kontrazeptive Wirkung aufrechterhalten werden können.

Stand der Forschung: Das Prinzip der Antikörperreaktion als Antwort auf eine Injektion eines Proteins aus der beta-Kette von HCG (Human Chorionic Gonatropin) wurde in klinischen Prüfungen an Menschen gezeigt. Jedoch wurden noch nicht die Wirksamkeit der Antikörper und die Sicherheit der Methode dargestellt.

Bisher wurden hauptsächlich zwei Wege beschritten: Beim ersten wurde die Immunisierung mit einem Antigen vorgenommen, das aus hochgereinigtem Beta-HCG bestand, das chemisch an Tetanustoxid gebunden war. Die Menstruation und die Ovulation waren weiterhin normal, aber es traten einige Schwangerschaften auf. Offensichtlich braucht man ein aktiveres An-

tigen. Theoretisch gibt es ein Problem mit diesem Weg, nämlich die Möglichkeit, daß kreuzreagierende Antikörper andere ähnliche Hirnanhangshormone neutralisieren könnten, was die Funktion am Zielorgan auf Dauer hemmen könnte, was auch eine autoimmune Gewebeverletzung der Hirnanhangdrüse verursachen oder zirkulierende Immunkomplexe formen könnte, die möglicherweise die Nieren schädigen könnten. Obwohl in Experimenten mit Frauen keine solchen Kreuzreaktionen gesehen wurden, suchten manche Forscher nach einem Schutz vor diesem möglichen Problem. Ihre Arbeit hat den zweiten wichtigen Weg zu einem Antischwangerschaftsimpfstoff begründet. Diese Forscher haben sich bemüht, einen Impfstoff zu finden, der nur gegen ein einziges Fragment der Beta-HCG-Kette wirksam ist, das nicht kreuzreagiert. Um eine effektive Antikörperreaktion zu erreichen ist es jedoch schwierig, ein ausreichend wirksames Adjuvans zu finden, wenn das Ziel ein ganzes Beta-HCG-Molekül ist.

Forschungen im Basisbereich, die sich mit Antigenen beschäftigen, die aus der Zona pellucida (der Außenhülle des Eies zur Zeit der Ovulation und vor der Einnistung) stammen, bringen neue Erkenntnisse. Man nimmt an, daß diese Antikörper ein Depot in der äußeren Oberfläche der Zona bilden, welches das Sperma am Eindringen hindert. Solche Antigene sind bis jetzt noch nicht in reiner Form isoliert worden und es ist unwahrscheinlich, daß in naher Zukunft ein wirksamer Impfstoff für den Menschen verfügbar sein wird.

Es wurden auch Sperma-Antigene un-

tersucht. Bisher haben sie sich aber als relativ unwirksam in Tierversuchen erwiesen. Die Forschung auf diesem Gebiet befindet sich noch im Anfangsstadium.

Wenn man das sehr frühe Stadium von F+E auf diesem Gebiet berücksichtigt, sind mindestens zehn bis fünfzehn Jahre ununterbrochener Anstrengungen erforderlich, um einen Impfstoff herzustellen, der entweder Beta-HCG benutzt oder einen der anderen Wege.

Vorteile: Impfung ist eine allgemein geschätzte und verstandene medizinische Handlung. Bei der Anwendung braucht man wahrscheinlich keine speziellen medizinischen Einrichtungen, da es in den meisten Ländern schon Einrichtungen für Impfprogramme gibt und paramedizinisches Personal und Barfußärzte schon geschult sind, Injektionen zu geben. Die Effektivität wäre hoch und die Wirkung auf die Fruchtbarkeit würde sich auf ein einziges Geschehnis im Reproduktionsprozeß beschränken. Deshalb wären die Kurzzeiteffekte wohl minimal und reguläre Menstruationszyklen würden erhalten bleiben. Frauen hätten keine Probleme mit der Vorratshaltung, Anwendung oder mit genitaler Manipulation. Die möglichen Kosten wären wahrscheinlich ähnlich wie bei anderen Impfungen, die von öffentlichen Gesundheitsprogrammen in Entwicklungsländern angeboten werden.

Nachteile: Die lange Wirkungsdauer bedeutet eine relativ lange Periode bis zur Rückkehr der Fruchtbarkeit. Das mag von sich aus für manche Frauen die Annehmbarkeit beeinträchtigen. Während einer Anfangsperiode von etwa drei Monaten, wenn sich die Antikörpertiter aufbauen, und in den Endmonaten, wenn die Titer abfallen, bräuchte man eine andere Kontrazeptionsmethode. Obwohl paramedizinisches Personal die Injektionen geben könnte, müßte es besonders geschult werden, um mit allergischen Reaktionen fertig zu werden, die bei einem kleinen Prozentsatz von Patientinnen zu erwarten sind. Darüberhinaus ist ein Impfprogramm, das periodische Wiederholungen verlangt, bekanntlich unter den Bedingungen mancher Entwicklungsländer schwierig aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Durch die Benutzung von Einrichtungen der Familienplanungsgesellschaften könnte man dieses Problem in den Griff bekommen. Obwohl es wahrscheinlich wenig oder gar keine direkten Nebenwirkungen gäbe, wären medizinische Besorgnisse über Langzeit-Gesundheitsrisiken bei dieser wie auch mit jeder anderen Impfprozedur zu erwarten. Auch könnte die Annehmbarkeit dann herabgesetzt sein, wenn die Frauen diese langwirkende Methode mit einer Sterilisation verwechseln.

Gesamtausgaben für Reproduktions- und Kontrazeptionsforschungen der Ursprungsländer in den Jahren 1965 und 1969-1979 in Tausend Dollar, nominelle und bereinigte (Basis 1970) Zahlen

Ursprungsland	1965	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Nominelle Zahlen												
Insgesamt	31,022	54,546	71,462	94,483	110,224	117,430	118,723	115,553	125,836	142,000	149,000	154,800
Vereinigte Staaten	25,928	41,537	55,009	71,663	79,724	82,070	79,104	73,992	82,787	97,300	104,800	111,600
Andere Industrieländer	4,886	11,992	15,267	21,126	28,811	33,039	38,029	39,176	39,720	45,600	44,200	43,200
Entwicklungsländer	208	1,017	1,186	1,694	1,689	2,321	1,590	2,385	3,329			
Bereinigte Zahlen												
Insgesamt	38,270	57,893	71,462	90,390	100,825	100,957	91,146	79,721	82,104	91,400	88,700	82,600
Vereinigte Staaten	32,010	44,188	55,009	68,906	73,819	71,991	62,287	53,232	56,318	62,300	62,400	59,500
Andere Industrieländer	5,992	12,634	15,267	19,908	25,505	27,093	27,771	25,046	23,874	29,200	26,300	23,100
Entwicklungsländer	268	1,070	1,186	1,577	1,501	1,873	1,088	1,443	1,912			
Prozentuale Verteilung (bezogen auf bereinigte Zahlen)												
Vereinigte Staaten	83,6	76,4	77,0	76,3	72,4	69,9	68,3	66,8	68,6	69,6	70,3	72,0
Andere Industrieländer	15,7	21,8	21,3	22,0	26,1	28,1	30,5	31,4	29,1	31,4	29,7	28,0
Entwicklungsländer	0,7	1,8	1,7	1,7	1,5	2,0	1,2	1,8	2,3			
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Länder, die 1965-1974 Bericht erstatteten: USA; andere Industrieländer: Australien, Belgien, Kanada, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Israel, Italien, Niederlande, Neuseeland, Norwegen und Schweden; Entwicklungsländer: Afrika, Ägypten, Hongkong, Indien, Iran, Philippinen, Südkorea, Thailand und Türkei.

Länder, die 1975-1979 berichteten: Alle anderen Daten als die der Vereinigten Staaten basieren auf Schätzungen (S) und Berichten (B) aus dem Jahr 1976: USA; andere Industrieländer: Australien (B), Belgien (S), Kanada (B), Dänemark (B), Finnland (S), Frankreich (B), Deutschland (B), Großbritannien (B), Israel (B), Italien (B), Japan (B), Niederlande (B), Neuseeland (S), Norwegen (B) und Schweden (B); Entwicklungsländer: Afrika (S), Ägypten (S), Hongkong (S), Indien (B), Iran (S), Latein-Amerika (B), Philippinen (S), Südkorea (B), Thailand (B) und Türkei (S).

Entwicklung der Familienplanung in Tunesien

Von Elke Thoß

Tunesien kann mittlerweile auf fast 20-jähriges Bemühen um den Aufbau einer institutionellen Familienplanung zurückblicken. Es ist nicht üblich, die Erfahrungen eines sogenannten Entwicklungslandes für die Fortentwicklung der eigenen Familienplanungsarbeit heranzuziehen. Dies begründet sich meines Erachtens in der falschen Annahme, daß uns Entwicklungsländer nichts Wesentliches für die eigene Arbeit mitzuteilen haben, einer übertriebenen Bewertung der sozio-kulturellen Differenzen und sicherlich in einem Mangel an Informationen.

In mehrfacher Hinsicht können die tunesischen Erfahrungen auch für unsere Arbeit nützlich sein. Seit 1973 verfügt Tunesien über das von allen islamischen Ländern wohl liberalste Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch. Der legale Schwangerschaftsabbruch ist innerhalb der ersten 3 Monate der Schwangerschaft erlaubt. Während im Gesetz von 1965 noch der Ehemann dem Schwangerschaftsabbruch zustimmen mußte, liegt die Entscheidung nunmehr allein im Verantwortungsbereich der Frau. Der Schwangerschaftsabbruch wird in privaten und öffentlichen Kranken-

häusern durchgeführt. In letzteren ist er kostenlos zu erhalten.

Gegner der Änderung des § 218 StGB haben immer wieder vorgebracht, daß die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs dazu führen würde, Empfängnisregelung durch den Schwangerschaftsabbruch zu ersetzen. Die Entwicklung in der Bundesrepublik, in vergleichbaren Ländern sowie auch in Tunesien widersprechen dieser Behauptung.

Die Entstehung institutionalisierter Familienplanung in Tunesien ist im wesentlichen durch drei Entwicklungen beeinflusst, und zwar durch

1. die 1956 erreichte politische Unabhängigkeit von der Kolonialmacht Frankreich,
2. die besondere demographische Lage und
3. die Entwicklung internationaler Strategien zur Kontrolle der „explodierenden“ Bevölkerung in sogenannten unterentwickelten Regionen.

Schon in den ersten Jahren der tunesischen Unabhängigkeit war die Diskussion um die zukünftige Entwicklung Tunesiens von der Auseinandersetzung mit dem tunesischen Bevölkerungsproblem geprägt.

Die demographische „Explosion“ begann in Tunesien in den 30iger Jahren.

1921 zählte die tunesische Bevölkerung nicht mehr als 1.800.000 Einwohner. Seither hat sich die Bevölkerung auf heute 6.400.000 mehr als verdreifacht.

Eine Folge der hohen Geburtenrate (34 auf 1.000 Einwohner im Jahre 1980) ist eine unverhältnismäßige „Überjüngung“ der Bevölkerung. Mehr als die Hälfte der Bevölkerung ist unter 20 Jahre alt. Diese Situation hat zu kaum zu bewältigenden Ausbildungs- und Arbeitsplatzproblemen geführt.

Die Idee eines bevölkerungspolitischen Konzepts verknüpfte sich frühzeitig mit der Idee der Emanzipation der Frau und der Idee der Familienplanung. Eine Reihe von Gesetzen sollte den Prozeß der Befreiung der Frau sowie den Aufbau institutioneller Familienplanung fördern. Neben der Abschaffung des Schleiers und der Polygamie wurden bis 1965 folgende Gesetze geschaffen:

- Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs aus sozialen Gründen in den ersten 3 Monaten, wenn die Frau bereits 5 Kinder geboren und der Ehemann dem Schwangerschaftsabbruch zugestimmt hat (1973 völlige Freigabe in den ersten 3 Monaten)
- Aufhebung des Verbots der Einfuhr, Werbung und Verteilung von Kontrazeptiva (1961)
- Heraufsetzen des Heiratsalters bei der Frau von 14 auf 17 Jahre und beim Mann von 18 auf 20 Jahre (1964)
- Beschränkung des Kindergeldes auf 4 Kinder; vormals unbeschränkt (1960)
- „Statut Personnel de la Femme“, eine umfassende Gesetzgebung zur Gleichstellung der tunesischen Frau in allen gesellschaftlichen Lebensbereichen (1965)

Zweifelsfrei wurden mit diesen gesetzlichen Initiativen auch ihre demographischen Ziele verfolgt. In allen nationalen 4-Jahresplänen zur sozialen und ökonomischen Entwicklung nehmen bevölkerungspolitische Zielvorstellungen, besonders die Senkung der Geburtenrate, einen zentralen Platz ein.

Es wäre jedoch falsch, die tunesische Familienplanungspolitik als eine rein demographisch orientierte zu interpretieren. Insbesondere in ihren Anfängen galt es, koloniales gesundheitspolitisches Erbe zu überwinden. Das pronatalistische Frankreich favorisierte in keiner Weise Geburtenbeschränkung. Seit 1920 waren in allen fran-

Familienplanung in Tunesien — ein Glücksfall?

Als Pro Familia vor nunmehr zehn Jahren mit einem regelmäßig erscheinenden Verbandsorgan begann, war unter den Themen der ersten Ausgaben bereits die Familienplanungsarbeit in Tunesien. Damals gab es enge organisatorische Beziehungen zur privaten Familienplanungsorganisation dieses Landes. Im Rahmen der International Planned Parenthood Federation bildeten die Mitgliedsorganisationen Europas sowie des Nahen Ostens und Nordafrikas noch eine gemeinsame Region. Zur selben Zeit begannen die Vorarbeiten für das Montfleury-Klinik-Projekt, das Pro Familia mit Mitteln der Bundesregierung (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit) fördern konnte. In diesem Projekt, welches die einzige Aktivität dieser Art von Pro Familia blei-

ben sollte, wurde von 1971 bis 1976 im wesentlichen zwei Aufgaben verfolgt:

- ein Angebot qualifizierter medizinischer Dienstleistungen im Bereich Familienplanung einschließlich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen;
- Ausbildung von medizinischem und paramedizinischem Personal der tunesischen Familienplanungsgesellschaft und anderer nordafrikanischer Familienplanungsorganisationen.

Elke Thoß hat über Jahre – teilweise im Zusammenhang mit dem Montfleury-Projekt – die Entwicklung staatlicher und privater Familienplanungsarbeit, ihre Fortschritte und Schwierigkeiten verfolgt. Ihr Bericht basiert zu großen Teilen auf eigenen Analysen und Erfahrungen.

zösischen Kolonien Propaganda und Verkauf von Kontrazeptiva verboten. Besonders folgenreich war, daß alle pharmazeutischen Produkte aus Frankreich importiert wurden. Moderne Kontrazeptiva (z. B. die Pille) wurden aber damals in Frankreich nicht hergestellt.

Parallel zur Entwicklung nationaler bevölkerungspolitischer und familienplanerischer Zielvorstellungen in Tunesien veränderte sich die Programmatik der internationalen Geburtenkontrollbewegung. Zu Beginn der 60er Jahre war es vor allem die nordamerikanische Geburtenkontrollbewegung, die mit riesigen Öffentlichkeitskampagnen vor der drohenden „Bevölkerungsexplosion“ in der Dritten Welt warnte und die US-Regierung aufforderte, internationale Bevölkerungsprogramme zu fördern. Vor diesem Hintergrund ist es nicht erstaunlich, daß 1962 erste Gespräche über den Aufbau von Familienplanungsprogrammen zwischen der tunesischen Regierung und Vertretern der Ford Foundation bevölkerungspolitisch motiviert waren. Als Folge davon wurde 1964 mit finanzieller Unterstützung der Ford Foundation ein 2-jähriges experimentelles Familienplanungsprogramm in 11 Mutter/Kind Gesundheitszentren durchgeführt.

Die Projektergebnisse sowie die Ergebnisse eines KAP Surveys (Knowledge, Attitude and Practice), einer Motivationsstudie über Familienplanung des Belgiers J. Morsa, bewogen die tunesische Regierung 1966, ein nationales Familienplanungsprogramm zu starten. Für die Entwicklung und Durchführung des Programms oblag der Verantwortung des Gesundheitsministeriums.

In dieser ersten Phase staatlicher institutionalisierter Familienplanung übernahm Präsident Bourguiba eine wichtige edukative Rolle bei dem Versuch, die Familienplanungsidee zu popularisieren. In wöchentlichen Reden über Rundfunk und Fernsehen propagierte er die Notwendigkeit von Familienplanung.

Ziel des ersten nationalen Familienplanungsprogramms war die Senkung der Geburtenrate von 4,6 (1966) auf 3,6 (1971). Während der Dauer des Programms sollten 250.000 IUDs eingesetzt werden. Für die Durchführung des Programms wurden osteuropäische Gynäkologen angestellt.

Aufgrund mangelnder Infrastruktureinrichtungen, insbesondere auf dem Land, und wegen der besonderen Siedlungsstruktur Tunesiens (Charakteristisch für die Siedlungsstruktur auf dem Land sind neben dem Dorf die zahlreichen Einzelgehöfte, die oftmals kilometerweit auseinanderliegen) setzte man vorwiegend mobile Teams ein.



Das neue Programm wurde im August 1966 plötzlich von Bourguiba gestoppt. Hierzu gibt es verschiedene Interpretationen. Zum einen drohte wegen Grenzschwierigkeiten ein Krieg mit Algerien, zum anderen erwies sich die tunesische Geburtenrate als nicht so hoch wie ursprünglich angenommen.

Verschlüsselte Angaben in der Literatur sowie Aussagen ausländischer Experten lassen jedoch den Schluß zu, daß der eigentliche Grund für den Abbruch des Programms in den Übergriffen gegenüber der ländlichen weiblichen Bevölkerung zu suchen ist. Frauen war zum Teil nicht nur zwangsweise das IUD eingesetzt worden, sondern darüberhinaus auch noch in zahlreichen Fällen unsachgemäß. Die Vertreter des staatlichen Familienplanungsprogramms unterließen nicht nur, über mögliche Nebenfolgen aufzuklären, sondern versäumten außerdem, eine Nachsorge zu organisieren. Die Folge war eine Ablehnung des staatlichen Familienplanungsprogramms durch die Landbevölkerung und eine weit verbreitete Angst vor dem IUD. Noch heute kursieren auf dem Land Geschichten über das IUD, daß durch den weiblichen Körper wandert und diesen zerstört.

Bis 1968 stagnierte daraufhin das staatliche Familienplanungsprogramm. Im we-

sentlichen wurde es dann durch vier Neuentwicklungen wiederbelebt:

1. Die Nachsorge wurde verbindlicher Teil der Infomobilitätigkeit. Gegen den Protest der Mediziner wurde die Pille eingeführt und in den Gesundheitszentren kostenlos abgegeben;
2. Krankenschwestern wurden systematisch in Beratung nach der Geburt weitergebildet;
3. Gründung einer staatlichen „Behörde für Familienplanung und Gesundheit“ mit Abteilungen für Medizin, Evaluation, Aus- und Weiterbildung, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit und Verwaltung.
4. Beginn der bilateralen und multilateralen Förderung von Familienplanungsprogrammen. Die meisten Mittel wurden vom AID (US-Agency for International Development), der IBRD (International Bank for Reconstruction and Development), der SIDA (staatliche schwedische Entwicklungsorganisation) sowie den Niederlanden zur Verfügung gestellt. Bis 1972 steigt die Zahl der Förderländer und -institutionen auf 26, einschließlich der Volksrepublik China.

Die Förderer motivierten ihr Engagement in Tunesien unterschiedlich. Das Problem der Einmischung in die Entwick-

lung eines nationalen Familienplanungsprogramms konnte vorerst nicht entstehen, weil man sich in Übereinstimmung mit den Zielen der tunesischen Bevölkerungspolitik wußte. Die politische und ökonomische Bedeutung Tunesiens für wesentliche Industrieländer läßt sich jedoch nicht leugnen. Nach Vorstellung der AID sollte Tunesien Modell für die Magreb-Länder, wenn nicht für ganz Afrika werden. In Lateinamerika und Asien existierten bereits zahlreiche Familienplanungsprogramme und -einrichtungen. Das tunesische Familienplanungsprogramm war das erste staatliche auf dem afrikanischen Kontinent.

Obwohl und weil in dem Zeitraum von 1968 bis 1973 ausreichend materielle Ressourcen zur Verfügung standen, gestaltete sich die Integration von Familienplanungsdiensten in den öffentlichen Gesundheitsdienst nur sehr mühsam. 1971 gab es 88 Mutter/Kind-Gesundheitszentren mit integrierter Familienplanungsberatung, 265 Familienplanungszentren und je ein Infomobil (Besetzung: 1 Mediziner, 1 Hebamme, 1 Hilffschwester) für die 13 tunesischen Provinzen.

Einen Überblick über die Entwicklung des Kontrazeptionsverhaltens zwischen 1966 bis 1973 soll Tabelle 1 vermitteln:

Tabelle 1
Resultate der staatlichen Familienplanungsaktivitäten seit 1966 (1)

Jahr	Anzahl der Frauen mit kontinuierlicher Familienplanungspraxis (*)	Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisation
1966	11.150	2.162
1967	10.630	2.073
1968	8.765	3.873
1969	10.400	5.373
1970	13.390	5.244
1971	17.040	5.477
1972	18.310	7.088
1973	19.970	(10.000)

(4) Im Rahmen des staatlichen Familienplanungsprogramms

(1) Mahmond Seklani, La Population de la Tunisie, C.I.C.R.E.D. Series, Tunis 1974.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich die staatlichen Familienplanungsaktivitäten vorwiegend auf städtische Regionen konzentrierten und die mobilen Teams die ländliche Bevölkerung nur mit geringem Erfolg erreichen konnte.

Das Jahr 1973 markierte einen Wendepunkt in der tunesischen Familienplanungsarbeit. Laut tunesischer Aussagen hat die internationale Diskussion über „ländliche Entwicklung“ die Familienplanungsstrategien Tunesiens maßgeblich verändert. Der Akzent wurde eindeutig auf Informations- und Bildungsarbeit („Information, Education and Communication“) verlagert. Diese Entwicklung wurde zusätzlich durch in den U.S.A. ausgebildetes tunesisches Gesundheitspersonal gefördert. Sie integrierten neue Konzepte der Massenkommunikation in die tunesische Familienplanungsarbeit.

Die neuen Strategien wandten sich besonders der Erwachsenenbildung („Information et Education des Adultes“) zu. Als neue Zielgruppen sollten die Industrie- und Landarbeiter erreicht werden. Ein zweiter Schwerpunkt der Erwachsenenbildung wurde die Sensibilisierung und Weiterbildung von Lehrern in Fragen der Sexualpädagogik und spezifischer Bevölkerungsprobleme Tunesiens. Hierzu förderte die UNFPA (United Nations Fund for Po-

pulation Activities) ein für arabische Verhältnisse einmaliges Projekt zur Integration von Sexualpädagogik und Bevölkerungskunde in den allgemeinen Schulunterricht. Dieses mehrjährige Projekt hatte zum Ziel, sämtliche Lehrer des „enseignement secondaire“ (in etwa vergleichbar mit dem Gymnasium) in Bevölkerungskunde und Sexualpädagogik weiterzubilden.

Institutionalisierte Familienplanung in Tunesien erreichte mit der Gründung des „L'Office National du Planning Familial et de la Population“ (Nationales Institut für Familienplanung und Bevölkerung) im März 1973 ein neues organisatorisches und programmatisches Niveau. Das Institut untersteht der Verantwortung des Gesundheitsministers. Seine gesetzlich verankerten Aufgaben sind:

- Entwicklung und Durchführung sozio-ökonomischer Bevölkerungsforschung;
- Entwicklung und Durchführung von Gesundheits- und Familienplanungsprogrammen zum „Wohle der Familie und der Gesundheit ihrer Mitglieder“;
- Einstellung, Aus- und Weiterbildung und Einsatz von Personal für Gesundheits- und Familienplanungsaufgaben;
- Durchführung ständiger Informations- und Bildungskampagnen zum Thema Bevölkerung in den Bereichen Familie, Schule und Arbeit.

Die Umsetzung dieses Programms sollte mit Hilfe „Regionaler Büros“ geleistet werden, die mit je vier Personen besetzt wurden.

Die Neuorientierung in der staatlichen Familienplanungspolitik ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Bis 1972 war ein besorgniserregendes Ungleichgewicht zwischen der Zahl der Beschäftigten der zentralen „Behörde für Familienplanung und Gesundheit“ und der Anzahl der für die praktische Familienplanungsarbeit zuständigen Mitarbeiter entstanden. Während zwischen 1968 bis 1972 die Anzahl der Mitarbeiter für die Praxis nahezu konstant blieb, erhöhte sich die Zahl der Mitarbeiter in der zentralen Behörde um fast 700%. Auch wurden die Versäumnisse in der Versorgung der Provinzen deutlicher. Obwohl genügend Mittel in Tunis bereitlagen, mußten Gesundheitseinrichtungen oft monatelang auf die Überweisung von Geldern und Lieferung von Kontrazeptiva und anderer Medikamente warten.

Die Gründung eines „Nationalen Instituts für Familienplanung und Bevölkerung“ zwecks besserer Entwicklung, Durchführung und Kontrolle der Programme ist nicht nur auf tunesische Lernprozesse zurückzuführen. Die internationalen Geberländer und -organisationen verbanden ihre Mittelvergabe zunehmend mit verschärften Auflagen wie Erfolgskontrolle der Programme und Einhaltung von Planzielen. Dies mag im Zusammenhang gestanden haben mit der seit Anfang der 70er Jahre wachsenden Einsicht in der internationalen Bevölkerungskontrollbewegung, daß die Familienplanungsprogramme ihr Ziel, die Reduzierung des Weltbevölkerungswachstums, nicht erreicht hatten.

In den Jahren 1974 bis 1976 wurden die Familienplanungsdienste stetig ausgebaut. 1976 bieten insgesamt 420 Zentren und 45 mobile Teams kostenlose Familienplanungsdienste an. Die Zahl der Ratsuchenden stieg von 273.156 (1973) auf 351.000 (1975).

Nach Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs stieg die Zahl der Abbrüche rasch an (1973 : 6547, 1974 : 12.427). Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation werden nach modernen, schonenden Methoden durchgeführt.

Seit Anfang 1976 räumte man der oralen Kontrazeption Priorität ein. Das Gesundheitsministerium stellte den Einrichtungen des Gesundheitssektors und den Apotheken 560.000 Dreimonatspackungen kostenlos zur Verfügung. In Einrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes wurden die Pillen kostenlos abgegeben. In den Apotheken hingegen wurden die Pillenpackungen zu einem geringfügigen Preis von 50 Millimes (ca. 2,50 DM) verkauft.

Vertreter des „Nationalen Instituts für Familienplanung und Bevölkerung“ bezeichneten diese Aktion als „Demokratisierung der Kontrazeption“. Ihr erklärtes Ziel ist die Verringerung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche. Die plötzliche Hinwendung zur oralen Kontrazeption fiel zeitlich mit einem AID Angebot für ein CBD-Projekt (Community-Based-Distribution) zusammen.

Aufgrund zahlreicher gescheiterter Familienplanungsprogramme in Asien und Lateinamerika hatten sich in der internationalen Bevölkerungskontrollbewegung zwei Einsichten durchgesetzt:

1. Familienplanungsprogramme müssen Teil allgemeiner Entwicklungsprogramme werden, denn die Akzeptanz von Familienplanung ist von einer Reihe sozialer und ökonomischer Faktoren abhängig. Damit entstand der sogenannte Integrationsansatz („integrated approach“).
2. Familienplanungsprogramme müssen sich den Lebens- und Arbeitsgewohnheiten der Bevölkerung anpassen. Dies gilt insbesondere für die ländliche Bevölkerung, deren Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aus einer Reihe von Gründen behindert ist. Damit entstand der „Community“-Ansatz. Varianten hiervon sind das „grass-root“-Modell und die CBD-Programme.

Die CBD-Programme richten sich an die Bevölkerung ländlicher Regionen. Ziel ist es, möglichst viele Frauen für Familienplanung zu gewinnen. Mit Hilfe lokal rekrutierter „Animateurinnen“ sollen die Bedenken gegenüber Familienplanung überwunden werden. Die Animateurinnen versuchen bei ihren Hausbesuchen, die Frauen in Grundfragen der Familienplanung aufzuklären. Bei den Hausbesuchen werden 3-Monatspackungen Pillen verteilt. Das problematische an diesen Programmen ist, daß die Frauen oftmals keine Wahl der Methode haben, da nur eine Pillensorte zur Verfügung steht. Ebenso war zu Beginn der Programme die medizinische Nachsorge oftmals unzureichend.

Die Tunesier wollten sich zunächst nicht auf ein CBD-Projekt einlassen, weil ein reines „Pillenverteilungsprogramm“ ihren Vorstellungen von Familienplanung widersprach. Warum sie dennoch nachgaben, läßt sich nur vermuten, da es keine offiziellen Aussagen hierzu gibt. Ein wesentlicher Grund für die Annahme des Projekts war sicherlich die starke Abhängigkeit des tunesischen Familienplanungsprogramms von ausländischer Finanzhilfe. Zum anderen bot das CBD-Projekt erstmals die Möglichkeit in größerem Umfang ländliche Bevölkerung zu erreichen. Dies war bisher in Tunesien nicht gelungen.

Die staatlichen Familienplanungsaktivitäten in der Zeit 1977 bis 1981 sind gekennzeichnet durch

- einen weiteren Ausbau der Infrastruktureinrichtungen (mittlerweise existieren 600 staatliche Familienplanungszentren);
- einer fortgesetzten Integration von Familienplanungsdiensten in die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Mutter/Kind-Gesundheitszentren).
- weitere Einrichtungen integrierter Familienplanungsinstitute (Mittlerweile existieren bis auf 3 Provinzen in jeder tunesischen Provinz ein „Centre Regional d'Education et de Planification Familiale“. Diese Zentren bieten Weiterbildung, Beratung und die Möglichkeit der Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruchs an);
- gezielte Aktionen zur Qualifizierung medizinischer Versorgung. Hierzu gehörte die Bildung eines medizinischen Komitees, welches als Vermittler zwischen den Erfahrungen der Praxis und der Wissenschaft fungieren soll. Die medizinische Ausstattung der Familienplanungsdienste wurde überprüft und verbessert.

Die „Pillenmüdigkeit“ der Frauen in entwickelten Ländern, die Resultate anglo-amerikanischer Pillenstudien bewirkten eine Überprüfung der auf dem tunesischen Markt erhältlichen Pillensorten. Wegen der hohen Dosierung der meisten der 16 erhältlichen Pillen wurde das Angebot auf 3 Pillensorten reduziert. Das IUD, eine Methode, die seit den Anfängen der Familienplanungsarbeit in Tunesien von offizieller Seite wie von vielen Frauen favorisiert worden ist, wurde verstärkt propagiert. Hebammen wurden zunehmend für das Einsetzen von IUDs qualifiziert.

In der Einstellung zu Methoden der Empfängnisregelung zeichnete sich in der staatlichen Familienplanungspolitik ein zunehmendes Bewußtsein hinsichtlich der Nebenwirkungen von Kontrazeptiva ab. Als Folge hiervon wurden verstärkt Barrieremethoden, wie Kondem oder Diaphragma, in das Programm aufgenommen. Allein 1978 wurde 4 Millionen Kondome ausgegeben. Daneben wurden an allen größeren Kliniken Krebsvorsorgeuntersuchungen eingeführt. Forschungsprojekte über die gesundheitlichen und psychologischen Auswirkungen oraler Kontrazeption und des IUD waren ein weiterer Ausdruck einer kritischeren Einstellung zu Methoden der Kontrazeption.

- gezielte Verlagerung der Aktivitäten auf die ländlichen Regionen (Neben zwei CBD-Projekten entstanden sogenannte integrierte Projekte, deren Schwerpunk-

te Familienplanung, Mutter/Kind-Gesundheit und Ernährung waren.)

- Gründung eines nationalen Weiterbildungsinstituts für Familienplanung
- weiterer Ausbau der demographischen, medizinischen, psycho-sozialen und organisationssoziologischen Forschung sowie
- einer wachsenden Unabhängigkeit von ausländischer Finanzhilfe für das tunesische Familienplanungsprogramm (Inzwischen finanziert Tunesien das nationale Familienplanungsprogramm zu 50%).

Bis 1980 hat das staatliche Familienplanungsprogramm nahezu 180.000 Frauen und (1973: 19.970), dazu gewinnen können, Familienplanung zu praktizieren. Für Tunesien scheint sich die Integration von Familienplanung in die Mutter/Kind-Gesundheitsversorgung bewährt zu haben. Die anfängliche Befürchtung, daß die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in einem Land mit wenig Kontrazeptionspraxis präventive Familienplanung verhindern würde, hat sich nicht bestätigt (siehe Tabelle 2). Seit 1978 ist ein Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche zu verzeichnen.

Tabelle 2
Schwangerschaftsabbrüche
in Tunesien 1966–1978

Jahr	Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche
1966	1396
1967	1331
1968	2246
1969	2860
1970	2705
1971	3197
1972	4621
1973	6547
1974	12427
1975	16000
1976	20341
1977	21162
1978	20999

Quelle: Isam Nazer, The Tunesian Experience in Legal Abortion, Int. J. Gynaecol. Obstet. 17: 488–492, 1980.

Neben einem leichten Rückgang in der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ist wie bereits ausgeführt eine kontinuierliche Zunahme präventiver Familienplanung zu verzeichnen.

1980 praktizieren 20% (300 400 Frauen) der weiblichen Bevölkerung im reproduktionsfähigen Alter von 15–49 Jahren (insgesamt 1.502.000) irgendeine Form von Familienplanung (3). Davon entfielen 3% auf „traditionelle“ Methoden der Familienplanung (Koitus interruptus, Rhythmusmethode, Abstinenz), 11% auf „moderne“

(3) Family Planing and Marriage 1970–1980, Population Reference Bureau, Washington, März 1980.

(Pille, IUD, Diaphragma, Kondom etc.) und 6% auf Sterilisation. In einem vergleichbaren arabischen Land wie Marokko liegt das Kontrazeptionsniveau bei 7%.

Den Ausführungen über die Entwicklung der Familienplanungsarbeit in Tunesien ist bisher kein Hinweis auf die Rolle und Funktion des Islam im Zusammenhang mit Familienplanung erfolgt. In der Literatur zum Thema wird vorwiegend auf die positive Einstellung des Islam zur Familienplanung verwiesen. Dies wird sehr schlicht begründet. Aus dem Hinweis auf „al azal“ (Koitus interruptus) im Koran wird die potentiell positive Einstellung des Islam zur Familienplanung konstruiert. Dieser Interpretation kann sich die Verfasserin nicht anschließen. So kann etwa damit das geringfügige Engagement für Familienplanung in sozialistischen arabischen Ländern wie Algerien und Libyen oder im Königreich Marokko nicht erklärt werden. Die Verfasserin ist vielmehr der Meinung, daß diese Interpretation des Islam möglicherweise zur eigenen Entlastung den internationalen Familienplanungsstrategien angepaßt worden ist.

Eigentümlicherweise hat die beschriebene Einstellung des Islam zu moderner Familienplanung Eingang in die Analysen über das Kontrazeptionsverhalten türkischer Migranten gefunden. Schlichte Analysen scheinen zählbar zu sein. Eine umfassende Überprüfung herkömmlicher Einschätzungen der Bedeutung des Islam für die Familienplanung steht jedoch noch aus.

Der relative Erfolg des tunesischen Familienplanungsprogramms scheint von einer Reihe anderer Faktoren maßgeblich beeinflußt worden zu sein:

1. Der Idee der Familienplanung wurde durch das Engagement eines charismatischen Führers (Präsident Bourguiba) schon früh besonderes Gewicht verliehen
2. Die gesamte politische Elite Tunesiens unterstützte den Aufbau eines nationalen Familienplanungsprogramms. Konkret bedeutete das, daß diejenigen, die für Familienplanung waren, auch die politische Macht und Mittel besaßen, dies durchzusetzen
3. Relevante gesellschaftliche Kräfte wie die Nationale Frauenunion, Gewerkschaften und die tunesische Familienplanungsgesellschaft waren und sind an der praktischen Umsetzung des nationalen Familienplanungsprogramms beteiligt
4. Die Regierung legte frühzeitig wichtige gesetzliche Grundlagen für den Aufbau eines nationalen Familienplanungsprogramms

5. Die Einbindung der Idee der Familienplanung in ein Konzept für Mutter/Kind-Gesundheit und dem „Wohlbefinden der Familie“ berücksichtigte Traditionen und Mängel im Gesundheitssystem in der tunesischen Gesellschaft
6. Das nationale Familienplanungsprogramm konnte als eine Form der Überwindung kolonialen Erbes, nämlich der pronatalistischen Bevölkerungspolitik Frankreichs, ausgewiesen werden
7. Eine umfassende internationale Unterstützung des tunesischen Familienplanungsprogramms ermöglichte einen raschen Ausbau des Programms
8. Kontinuierliche Evaluation sowie begleitende medizinische wie sozial-psychologische Kontrazeptionsforschung ermöglichten, frühzeitig Probleme zu erkennen.

Dennoch ist das tunesische Modell zentral organisierter, staatlicher Familienplanungsarbeit nicht unproblematisch. Der Zentralismus bewirkte die Entstehung einer „Familienplanungsbürokratie“ in Tunis, die bis heute Schwierigkeiten mit der Realität und Versorgung ländlicher Regionen hat. Die sogenannte Resistenz ländlicher Bevölkerung gegenüber Familienplanung ist nur zum Teil Ausdruck traditioneller Lebensweise. Sie ist vielmehr Ausdruck eines allgemeinen Problems politischer und sozialer Integration in einem Land, in dem die Demokratisierung sich nur mühsam entwickelt.

Die Macht der staatlichen „Familienplanungsbürokratie“ hat auch die politischen und programmatischen Möglichkeiten der privaten tunesischen Familienplanungsorganisation empfindlich geschwächt. Im Verlauf der Jahre ist sie fast ausschließlich Vollzugsorgan staatlicher Familienplanungspolitik geworden. Von ihrem Status her eine nicht-staatliche („non-governmental“) Einrichtung hat sie damit ihren Spielraum für politische pressure-group-Aktivitäten aufgegeben. Diese Entwicklung ist nicht spezifisch tunesisch. Die Erfahrungen zeigen, daß wenn die nationale Versorgung mit Familienplanungsdiensten in staatlichen Händen liegt, nicht nur unnötige Bürokratisierungen entstehen, sondern nicht-staatliche soziale Organisationen in die Rolle des Vollzugsorgans gedrängt werden können.

Es liegt nunmehr an den tunesischen Familienplanungsorganisationen sich auf ihre kritischen Aufgaben, wie die Überwachung der Qualität der staatlichen Familienplanungsdienste, zu besinnen und dort innovatorisch wirksam zu werden, wo der Staat es nicht mehr ist und vielleicht auch nicht sein kann.

Obwohl Tunesien keine restriktive Bevölkerungspolitik verfolgt (wie die Volksre-

publik China), enthält das Familienplanungsprogramm nach wie vor implizit demographische Zielsetzungen. Die jährlichen Veröffentlichungen von Erfolgsberichten über die Anzahl der verhinderten Geburten bestätigen diesen Tatbestand.

Demgegenüber steht die Aussage der tunesischen Familienplaner, daß Familienplanung zu allererst ein Beitrag zur Verbesserung der „condition humaine“ sei, daß Familienplanung nicht Geburtenbeschränkung sondern „Organisation oder Regelung von Geburten“ bedeute. Weiter heißt es, daß Familienplanung unabdingbar für die gesellschaftliche Entwicklung sei und somit integraler Bestandteil einer allgemeinen Entwicklungspolitik. Folglich sei Familienplanung „eine soziale Aktion, eine Politik, ein Weg zum Fortschritt.“

Das tunesische Familienplanungskonzept basiert auf dem Widerspruch zwischen demographischer Zielsetzung und einem nahezu pathetischen Anspruch mit Hilfe von Familienplanung die „condition humaine“ verbessern zu wollen. Dieser Widerspruch mag die Konsequenz einer Vermischung kolonialen Erbes mit der pragmatischen Ideologie internationaler Geburtenkontrollbewegung sein.

Die Idee der Emanzipation der Frau, die im tunesischen Modell der Familienplanung verankert ist, erweist sich als Gesundheitsprogramm. Es geht nicht um Aufhebung der Geschlechterrollen oder sexuelle Befreiung sondern um die Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind. Dies ist plausibel, wenn man die Mütter- und Säuglingssterblichkeit vor und in den Folgejahren der Unabhängigkeit bedenkt.

Der Transfer der modernen Geburtenkontrollidee in die Entwicklungsländer bewirkt die Konfrontation sozio-kultureller Grundmuster entwickelter Industrieländer mit den sozio-kulturellen Wertmustern agrarischer und teilindustrialisierter Gesellschaften. Inwieweit die Idee der Geburtenkontrolle als ein neuer Anteil im Wertsystem sozialer Orientierungen zur konfliktformenden Kraft werden kann – einerseits als Überwindung traditioneller Bornierungen und andererseits als Behinderung subjektiver Emanzipation – läßt sich im konkreten Fall Tunesiens bisher nur schwer beantworten.

Mit der Entwicklung der Internationalisierung nationaler Ökonomien scheint ein nationales Modell der Familienplanung für die Länder in unterentwickelten Regionen kaum noch möglich.

Elke Thoß, Jahrgang 1946, Diplomsoziologin, mehrjährige Tätigkeit in der außerschulischen Jugendbildung, medizinsoziologische Forschungen in Nordafrika, vorwiegend Marokko und Tunesien, seit 1977 Geschäftsführerin des Pro Familia Bundesverbandes.

Unser Kommentar

Nach dem Papstbesuch

Die Reise Johannes Paul II. durch die Bundesrepublik im November 1980 war sorgfältig inszeniert. Dazu gehörte auch, daß Fragen der Ehe und Sexualität, der Empfängnisverhütung und des Zölibats insgesamt nur eine untergeordnete Rolle spielen sollten, Fragen, zu denen zuvor der Papst eine entschieden konservative Haltung eingenommen hatte. So ist es auch zu erklären, daß Barbara Engl, eine Sprecherin der katholischen Jugend, einen solchen Wirbel mit ihren Worten an den Papst entfachte: „Für Jugendliche ist aber die Kirche gerade in der Bundesrepublik Deutschland oft schwer zu verstehen. Sie haben den Eindruck, daß sie ängstlich an den bestehenden Verhältnissen festhält, daß sie wieder mehr die Unterschiede zwischen den beiden großen Konfessionen betont, statt die Gemeinsamkeit herauszustellen, daß sie auf die Fragen der Jugendlichen zur Freundschaft, Sexualität und Partnerschaft zu sehr mit Verboten reagiert, daß ihr Suchen nach Verständnis und Gesprächsbereitschaft zu wenig Antwort findet.“¹

Seine erste Predigt in Köln hat der Papst dem Thema „Ehe und Familie“ gewidmet: „Die Ehe ist der einzig angemessene Ort für die Zeugung und Erziehung von Kindern. . . . Staat und Gesellschaft leiten ihren eigenen Zerfall ein, wenn sie Ehe und Familie nicht mehr wirksam fördern und schützen und andere, nichteheliche Lebensgemeinschaften ihnen gleichstellen. Alle Menschen guten Willens, besonders wir Christen, sind aufgerufen, die Würde und den Wert von Ehe und Familie neu zu entdecken und überzeugend vorzuleben.“² Hier wird in bekannter Weise nicht nur festgelegt, welchen Standpunkt ein Katholik zu vertreten hat, sondern aus diesem Standpunkt wird sogleich ein Anspruch gegenüber allen Menschen guten Willens. Als ob es nicht auch Menschen guten Willens sind, die keineswegs unbedingt den Zerfall von Staat und Gesellschaft einleiten wollen, wenn sie im Interesse von Würde und Wert der Person andere als herkömmlich-bürgerliche Formen und Weisen des Zusammenlebens erproben wollen. Sind es nicht solche immer wiederholten Bestärkungen einer konservativen Ideologie, die beispielsweise für das Handeln eines Vermieters, der eine ledige Mutter abweist, zur Rechtfertigung dienen?

„Als Eheleute seit Ihr aufgerufen zu einer verantwortlichen Elternschaft. Diese aber meint eine solche Familienplanung, die die ethischen Normen und Kriterien beobachtet. . . . Die Tötung ungeborenen Lebens ist kein legitimes Mittel der Familienplanung.“³ An dieser Passage der Predigt ist zweierlei auffallend: Zum einen ist die Entscheidung über die Zahl der Kinder ausdrücklich in die Verantwortung der Eltern gelegt, damit Familienplanung nicht nur erlaubt, sondern geboten; und zum anderen wird zwar der Schwangerschaftsabbruch als Mittel der Familienplanung abgelehnt, zwischen den anderen Mitteln aber nicht ausdrücklich in der bekannten Weise zwischen natürlichen und nichtnatürlichen unterschieden.

Das muß als ein Fortschritt gewertet werden. Denn auch nach dem Papstbesuch kann man in der „Neuen Bildpost“, die in Kirchen verteilt wird, in großer Aufmachung auf der ersten Seite lesen: „Ich habe mir immer viele Kinder gewünscht, und ich finde es ein Verbrechen am Willen Gottes, wenn man versucht, zu verhindern, schwanger zu werden. Man sollte die Empfängnis dem Ratschluß des Höchsten überlassen.“⁴ Das soll ein Ausspruch

der Königin von Dänemark sein, die sich demnach mit dem Ratschluß des Höchsten auf zwei Kinder geeinigt hat; da muß sich doch jede katholische Mutter von sechs oder acht Kindern fragen, was sie denn falsch gemacht hat.

So klingt im Originalton die frohe Botschaft, die dem Kirchenvolk immer wieder zugemutet wird, da mag der Papst ruhig von verantwortlicher Elternschaft reden. Kardinal Ratzinger zieht es vor, das Synodenwort vom „Terrorismus der Kontrazeption“ auch auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik anzuwenden, obwohl damit auf der Weltbischofssynode in Rom eine imperialistische Bevölkerungspolitik, die gegen den Willen und die Interessen der Bevölkerung von Ländern der Dritten Welt gerichtet ist, gemeint war. Von so etwas kann in diesem Land wohl kaum die Rede sein. Dennoch wird unbekümmert – oder gar berechnend – von „Terrorismus“ geredet, ein Wort also benutzt, dessen emotionaler Gehalt jedem bewußt sein muß.

Das alles paßt dazu, daß menschliche Sexualität und ihre Äußerungsformen immer wieder mit Verunsicherung, mit Angst, mit Schuld besetzt werden. Diese Tendenz wird von der Amtskirche weiterhin bestärkt, obwohl nicht wenige wissen, wieviel Sympathie innerhalb und außerhalb des Kirchenvolkes dadurch verscherzt wird, wie es Barbara Engl vorsichtig hat anklingen lassen.

Man mag fragen, ob das nicht innerkirchliche Probleme sind, die uns nichts angehen sollten. Das sind sie deshalb nicht, weil

- die Kirche für ihre Normen und Forderungen eine allgemeine Geltung beansprucht, sich also keineswegs auf die Mitglieder der Kirche beschränkt;

- Vertreter der Kirche und ihrer Organe Meinungen und Forderungen, die von ihren eigenen abweichen, stets heftig bekämpfen;

- wir in der Beratungsarbeit in Form ungewollter Schwangerschaften und sexueller Störungen die Folgen einer unmenschlichen Doktrin bei Tausenden von katholischen Frauen und Männern zu sehen bekommen.

Daraus leiten wir das Recht ab, von der katholischen Kirche zu Fragen der Sexualerziehung und Familienplanung eine konsequente Haltung zu fordern, die der Würde des Menschen entspricht und ihm zugleich die Freude an der Verwirklichung seiner eigenen Sexualität nicht streitig macht. Ein besonderes Ärgernis ist der Widerspruch zwischen der Verdammung des Schwangerschaftsabbruchs und der moralischen Ächtung wirksamer, sicherer Methoden der Empfängnisregelung. Wir fordern mit der Mehrheit des Kirchenvolkes, von dieser widersprüchlichen Doktrin endlich abzugehen. Das dieses möglich ist im Rahmen der kirchlichen Dogmatik, haben sowohl führende Theologen⁵ als auch das österreichische Episkopat bewiesen. J. H.

¹ Abgedruckt in: Papst Johannes Paul II., Seine Reden in Deutschland. München: Goldmann 1980, S. 151.

² Ebenda, S. 16–17.

³ Ebenda, S. 17.

⁴ Ausgabe vom 11. Januar 1981.

⁵ Franz Böckle (Hrsg.), Menschliche Sexualität und kirchliche Sexualmoral. Düsseldorf: Patmos³ 1980. Darin besonders der Beitrag von Franz Böckle „Möglichkeiten einer dynamischen Sexualmoral“, S. 123–138.

Arbeitskreis Ausländerberatung

Der Ausschuß für Sozialarbeit und der Ausschuß für Internationale Angelegenheiten beschlossen 1980 einen „Arbeitskreis Ausländerberatung“, um theoretische wie praktische Ansätze der Ausländerarbeit gemeinsam zu erarbeiten. Ziel der Arbeit war zunächst die Entwicklung

- eines Konzepts zukünftiger *Pro Familia*-Ausländerarbeit;
- eines Forderungskatalogs für kurz- und mittelfristige Weiterbildungsmaßnahmen zur Ausländerberatung;
- von Arbeitsanleitungen zur Arbeit mit Ausländern;
- von *Pro Familia* Seminaren zur Ausländerarbeit.

Im Verlauf der Diskussion stellte sich heraus, daß der Arbeitskreis sich nicht nur eine schwierige Aufgabe gestellt hat, sondern auch nicht über sehr detaillierte Kenntnisse der bereits durchgeführten *Pro Familia*-Ausländerberatung verfügt. Um zu verhindern, daß der Arbeitskreis ein Konzept der Ausländerberatung erarbeitet, daß nicht den Bedürfnissen und den Bedingungen der bereits in Ansätzen praktizierten Ausländerberatung gerecht wird, recherchierten Mitglieder des Arbeitskreises in einigen Beratungsstellen über die Praxis der Ausländerberatung.

Bei einer kleinen telefonischen Umfrage fiel auf, daß die Ausländerarbeit in der *Pro Familia* auf sehr unterschiedliche Weise gemacht wird. Es wurde deutlich, daß viele Beraterinnen unter starkem Druck stehen und mit der bestehenden Situation unzufrieden sind. Es mangelt an Informationen über die Arbeit anderer Beratungsstellen; es findet kaum Erfahrungsaustausch statt.

Im folgenden haben wir einige Punkte aufgeschrieben, die uns aus unserer Erfahrung als wichtig erscheinen für die Beurteilung der momentanen Bedingungen der Ausländerarbeit, der Bedürfnisse der Berater, der Einschätzung von Veränderungsmöglichkeiten und deren Realisierungschancen. Diese Auflistung soll nur eine Anregung darstellen und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Wir gehen zunächst davon aus, daß in den Beratungsstellen in der Mehrzahl Frauen die Beratung machen und auch die Mehrzahl der ausländischen Ratsuchenden Frauen, vor allem Türkinnen, sind. Daher

1. Warum mache ich Ausländerarbeit?

- weil die ausländischen Ratsuchenden auf der Matte stehen;
- weil ich denke, einer muß sich ja schließlich um die Ausländerinnen kümmern;
- weil ich Lust dazu habe.

2. Zukunftsperspektive für meine weitere Arbeit

- ich sehe keine Möglichkeit, sinnvolle Ausländerarbeit zu machen und werde die Klientinnen an andere Stellen delegieren;
- ich will die Situation beibehalten
- ich will sie für mich angenehmer machen
- ich will den Klientinnen mehr anbieten

3. Erfassung meiner eigenen Beratungsstellen-Situation

- Wie groß ist der Anteil der ausländischen Klientinnen?
- Welcher Nationalität sind sie?
- Gibt es eine Ausländersprechstunde?
- Welches sind die Schwerpunkte der Beratung?
- Wie finden die Ausländerinnen den Weg dorthin? (vom Arzt geschickt, Gesetzesdruck, Zufälligkeit, die Beratungsstelle befindet sich in einem Ausländerwohnviertel)
- Wie schätzt das Mitarbeiterteam die Ausländerarbeit ein? (geduldet – mitgetragen – gefördert)

4. Wie findet man eine Dolmetscherin?

- über andere Stellen, die Ausländerberatung machen (Betreuer, Klientinnen)
- ehemalige eigene Klientinnen
- Betriebe
- Teilnehmerinnen an Deutschkursen (Volks-hochschule, Sprachinstitute)

5. Wie kann Ausländerarbeit finanziert werden?

- Spenden
- Landesverbandmittel
- „Ausleihen“ einer Dolmetscherin von einer anderen Stelle
- Antrag an die Stadtverwaltung

6. Welche anderen Stellen gibt es? Zu welchen besteht Kontakt?

- Behörden (Stadtverwaltung)
- Konsulate
- Arbeits- und sozialrechtliche Beratungsstellen
- Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diak. Werk, AWO, DPWW)
- Ausländervereine (politische Gruppierungen)
- Bürgerinitiativen
- Begegnungsstätten (Türkenzentrum)
- überweisende Ärzte (Hausärzte, Gynäkologen, Neurologen) und Kliniken

sprechen wir im folgenden von Beraterin, Dolmetscherin und Klientinnen.

Wir können uns vorstellen, daß beim genaueren Durchdenken der eigenen Arbeit mit Ausländerinnen anhand der folgenden Fragestellungen deutlich wird, daß einige Grundvoraussetzungen für jede Form von Ausländerarbeit Gültigkeit haben:

- Organisationen von festen Sprechzeiten für Ausländerinnen
- Beratung in der Muttersprache der Klientinnen (Dolmetscherin, fremdsprachige Mitarbeiterin, eigene Sprachkenntnisse)
- Möglichkeit des Kontaktes und Austausches mit anderen Stellen (andere PF-Stellen, Beratungseinrichtungen, Fortbildungen)

Wir haben als Arbeitskreis Interessen daran, bei entsprechendem Bedarf ein

sinnvolles Fortbildungsangebot auszuarbeiten.

Wer uns über seine Ausländerarbeit etwas mitteilen möchte (Klagen bis Anregungen erwünscht), sollte das schriftlich oder telefonisch machen bis 30. 4. 1981. Ohne Rückmeldungen sehen wir keine Möglichkeit, gemeinsam etwas zu erarbeiten, was für die Einzelne eine konkrete Erleichterung in ihrer Arbeitssituation darstellt.

Dr. Gertrud Tietze, Schützallee 122, 1000 Berlin 37, 030/8 31 43 99

Annette Rethemeier, c/o Pro Familia, Weidenallee 43, 2000 Hamburg 6, 040/4 39 50 50

Beate Michler, c/o Pro Familia, Rhein-allee 40, 6500 Mainz, 061 31/67 21 51

Medizinische Nachrichten

Zusammengestellt von Gisela Zehm

1. Intra-Uterin-Spiralen

Spirale wirksam als Kontrazeptivum „danach“

Eine Kupferspirale, die innerhalb einer Woche nach ungeschütztem Verkehr eingesetzt wird, ist die beste Form der Verhütung „danach“, berichtet das „Drug and Therapeutics Bulletin“. Eine Studie an 299 Frauen, bei denen diese Methode angewendet wurde, ergab, daß keine von ihnen schwanger wurde.

Daily Telegraph, 18. Jan. 1980
Medical file, Nr. 1, Jan. 1980

Beckenentzündung und Spirale

Das Risiko, an einer Beckenentzündung zu erkranken, ist bei Spiralen-Trägerinnen verdoppelt, unabhängig vom Alter oder vorausgegangenem Schwangerschaften.

Dies ergibt eine neue Studie der Universität Lünd, Schweden. Die Studie verglich den Prozentsatz der Spiralen-Trägerinnen bei 690 Patientinnen, die wegen einer Beckenentzündung im Krankenhaus lagen, mit dem Prozentsatz der Anwenderinnen in einer sexuell aktiven, altersmäßig entsprechenden Kontrollgruppe. 220 der Patientinnen im Krankenhaus (31,9%) benutzten eine Spirale, im Vergleich dazu 114 (16,5%) der Kontrollgruppe.

Die Autoren schließen daraus, „daß das Risiko der Anwendung bei Frauen, die noch niemals schwanger waren, übertrieben worden ist, daß es aber ernsthafte Risiken für Frauen gibt, die ihre Fruchtbarkeit erhalten wollen.“

Lancet. 23. Febr. 1980, Band 1, S. 386-388
Medical file, Nr. 2, Febr. 1980

Die IPPF und das Dalkon Shield

Es gibt eine erneute Kontroverse über das Dalkon Shield. Hier ein kurzer Rückblick auf die Geschichte:

Zwischen 1973, als das Dalkon Shield in das Sortiment der Spiralen kam, die die IPPF anbietet, und 1974, als die IPPF aufhörte, diese Spirale zu führen, wurden ungefähr 300.000 Stück an Familienplanungsgesellschaften geliefert, die sie angefordert hatten. Weitere 87.000 Stück, die 1975 von den Gesellschaften geordert wurden, wurden nicht ausgeliefert, um 155.667 Dalkon Shields, die die Gesellschaften vorrätig hielten, wurden vernichtet. Die Bilanz ergibt, daß 143.000 Frauen von den Familien-

planungsgesellschaften ein Dalkon Shield erhalten haben.

Verbreitete Zweifel am Dalkon Shield entstanden zum ersten Mal, als das amerikanische Journal für Geburtshelfer und Gynäkologen über fünf mütterliche Todesfälle und einige Sepsisfälle bei Spiralen-Trägerinnen berichtete.

Vier der Todesfälle und sechs von sieben Sepsisfällen ereigneten sich bei Dalkon-Shield-Trägerinnen.

Im Juli 1974 kündigte die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA an, daß Hearings über diese Spirale im August beginnen sollten. Die Behörde ordnete zwar nicht den Rückruf des Dalkon Shields an, forderte aber die Ärzte auf, ihre Patientinnen sorgfältig zu überwachen, falls sie schwanger würden, oder einen Abbruch anzubieten. Bei den Hearings im August teilte die FDA mit, daß die vollständige Zahl von ernstesten Zwischenfällen, die vermutlich mit dem Dalkon Shield in Zusammenhang stehen, 11 Todesfälle und 205 Aborte betrug.

Es wurde anerkannt, daß beim Dalkon Shield weniger Schwangerschaften auftraten und die Frauen seltener eine Entfernung wünschten als bei anderen Spiralen, aber der Hersteller (der den Verkauf und den Vertrieb des D. S. schon eingestellt hatte) entschied sich dafür, nur noch eine modifizierte Version zu produzieren, und die FDA ordnete an, daß diese den Ärzten unter Versuchsbedingungen zur Verfügung gestellt werden sollte.

Bei einem Treffen in Stockholm im September 1974 empfahl die IPPF, Fälle von

eingetretener Schwangerschaft bei liegendem Dalkon Shield sorgfältig zu überwachen und wenn möglich, die Spirale zu entfernen. Nachdem der Hersteller schon den Verkauf eingestellt hatte, wollte die IPPF das Dalkon Shield auch nicht länger anbieten.

Im April 1975 nahm das Zentrale Medizinische Komitee der IPPF eine Resolution an, die sich gegen eine weitere Einsetzung des Dalkon Shields aussprach und forderte, daß alle Bestände an das Zentralbüro zurückgegeben werden sollten. Frauen, denen ein Dalkon Shield eingesetzt worden war, sollten bei passender Gelegenheit eine andere Spirale erhalten. Bei Frauen, die schwanger geworden waren, sollte das Dalkon Shield, wenn nur irgend möglich, entfernt werden. Ein Schwangerschaftsabbruch und Entfernung der Spirale sollten überall dort angeboten werden, wo nationale Gesetze dies erlaubten.

Die IPPF informierte alle Gesellschaften über die Entscheidung, die auch in ihren

Anzeige

FRÜH DURCHSTARTEN - DER RICHTIGE WEG ZUM EIGENEN HEIM.



BHW

Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst.

DAMIT ES BEIM BAUEN VORWÄRTS GEHT.

Gemeinnützige Bausparkasse für den öffentlichen Dienst GmbH, 3250 Hameln 1

internen und externen Bulletins und Zeitschriften veröffentlicht wurde, und forderte die Familienplanungsgesellschaften auf, zu bestätigen, daß sie ihre Bestände vernichtet hätten.

IPPF Fact Sheet, Juli 1980

Kontrazeptive Praxis und ektopische* Schwangerschaft

Alle Frauen, die schwanger werden können, riskieren auch eine ektopische Schwangerschaft, unabhängig von der gewählten Kontrazeptionsmethode.

Die meisten ektopischen Schwangerschaften gibt es in den Eileitern (94–96%). Andere Lagen sind: der interstitielle Teil der Eileiter (3–4%), Bauch (0,6%), Eierstöcke (0,2–1,7%) und Gebärmutterhals (0,18%).

Unabhängig von der Lage ist eine ektopische Schwangerschaft lebensbedrohlich. 1976 waren in den USA 10% aller mütterlichen Todesfälle auf ektopische Schwangerschaften zurückzuführen, etwa 1 Todesfall auf 1000 ektopische Schwangerschaften. In Ländern ohne ausreichende medizinische Versorgung ist die Todesrate durch ektopische Schwangerschaften wahrscheinlich noch höher.

Während der letzten 15 Jahre tauchte die Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen der gewählten kontrazeptiven Methode – vor allem der Spirale – und dem Risiko einer ektopischen Schwangerschaft auf.

Die Möglichkeit, daß Frauen, die eine Spirale benutzen, ein höheres Risiko einer ektopischen Schwangerschaft eingehen, wurde offenbar, als Lippes 1965 berichtete, daß vier (17,4%) von 23 Schwangerschaften, die bei gelegter Spirale eintraten, ektopisch waren. In den letzten Jahren gab es einige Berichte über eine Zunahme von ektopischen Schwangerschaften. Einige Autoren meinen, daß ein Teil dieses Wachstums auf den weitverbreiteten Gebrauch der Spirale zurückzuführen ist. (. . .)

Die verfügbaren Daten lassen vermuten, daß Frauen, die ein Barriere-Kontrazeptivum oder ein kombiniertes orales Kontrazeptivum verwenden, ein geringeres Risiko einer ektopischen Schwangerschaft eingehen als Frauen, die überhaupt keine kontrazeptive Methode gebrauchen.

Frauen, die durch Tubenligatur sterilisiert wurden und solche, die ein nur gestagenhaltiges orales Kontrazeptivum oder eine Spirale benutzen, haben ein größeres Risiko einer ektopischen Schwangerschaft, wenn eine Befruchtung stattfinden sollte. Es gibt jedoch keine Daten, die zeigen, daß die Anwenderinnen dieser letztgenannten Methoden eine größere Gefahr einer ekto-

pischen Schwangerschaft haben als Frauen, die überhaupt keine kontrazeptive Methode benutzen.

Etwa 5% oder mehr Schwangerschaften von sterilisierten Frauen, Minipillen-Benutzerinnen oder Spiralenträgerinnen sind ektopisch, verglichen mit weniger als 1% bei Frauen, die keine Verhütung betreiben. Wenn man die ektopischen Schwangerschaften in Bezug auf das Risiko in 100 Frauenjahren ausdrückt, reichen die Raten von 0,05–0,40, die niedrigeren Raten für Kupferspiralen, die höheren für Progestagen abgebende Spiralen.

Um dieses Risiko für Frauen festzulegen, die durch Tubenligatur sterilisiert wurden oder die die Minipille gebrauchen, gibt es keine ausreichenden Daten. Die Rate der ektopischen Schwangerschaften kann möglicherweise von der Dosis und dem jeweiligen Mittel abhängig sein.

Angenommen, daß Minipillenbenutzerinnen, Spiralenträgerinnen und sterilisierte Frauen wahrscheinlich ein höheres Risiko einer ektopischen Schwangerschaft haben, sollte der Kliniker immer gleich einen diesbezüglichen Verdacht hegen, wenn die Frau mit einer verzögerten Periode kommt,

wenn im Becken Resistenzen tastbar sind, wenn Schmerzen bei Bewegung des Uterus auftreten, wenn Becken- oder Bauchschmerzen oder abnormale Uterusblutungen vorhanden sind.

Diese Zeichen und Symptome gibt es auch bei anderen Zuständen wie inkompletten Abort, Corpus luteum Zysten, Blinddarmentzündung oder Beckenentzündung.

Bei Spiralenbenutzerinnen ist die Diagnose einer ektopischen Schwangerschaft noch weiter kompliziert, weil irreguläre Blutungen und Becken- oder Bauchschmerzen bekannte Nebenerscheinungen der Spirale sind.

Es ist wichtig, daß die Diagnose einer ektopischen Schwangerschaft schnell gestellt wird, weil jede Verzögerung die Wahrscheinlichkeit einer schweren Erkrankung oder gar des Todes erhöht.

David A. Edelman
Associate Direktor for Research
International Fertility Research Program,
North-Carolina, USA
(IPPF Medical Bulletin, Band 14,
Nr. 3, Juni 1980)
(Zusammenfassung durch die
Übersetzerin)

2. Schwangerschaftsabbruch

Vergangenheit und Gegenwart

Während des letzten Vierteljahrhunderts hat sich eine soziale Revolution auf dem Gebiet der Abtreibungsgesetzgebung ereignet. Noch 1954 war der Schwangerschaftsabbruch in fast allen Ländern ungesetzlich. Seit dem haben mehr als 30 Länder ihre ehemals restriktiven Gesetze gelockert und erlauben den Abbruch auf Verlangen oder nach einer breiten Palette von Indikationen. Ein Papier, das von Henry P. David, dem Direktor des Transnationalen Familienforschungsinstituts in Maryland, verfaßt wurde, stellt die historischen Perspektiven des Schwangerschaftsabbruchs in der ganzen Welt dar und untersucht die derzeitigen Gesetze und Interessen. Das Papier enthält eine Liste mit den Abtreibungsbestimmungen der einzelnen Länder und auch Zitate aus den Ländern.

Henry P. David
Abortion Policies.
Transnational Family Research Institute, 1980
Medical file, Nr. 2, Februar 1980

Persönliche Erfahrungen mit dem Schwangerschaftsabbruch

Eine Studie von Linda Bird Francke, die eigene Erfahrungen gemacht hat, versucht nicht nur darzustellen, wie andere Frauen sich fühlen nach ihrer Entscheidung, ihre Schwangerschaft abbrechen zu lassen, sondern auch wie sich ihre Ehemänner, Freunde und Familien fühlen.

Die Erfahrungen von Männern und Frauen aller Altersstufen und sozialer Schichten sind in Interviews beschrieben. Die Untersuchung wirft ein neues Licht auf eine komplizierte und kontroverse Streitfrage und auf die emotionalen und sexuellen Werte der gegenwärtigen Gesellschaft.

Linda Bird Francke,
The Ambivalence of Abortion.
Penguin Books
Medical file, Nr. 4, April 1980

Abbruch in anderen Ländern

In einigen europäischen Ländern und in Neuseeland wird klar, daß restriktive Abtreibungsgesetze dazu führen, daß mehr Abbrüche illegal ausgeführt werden und daß die legalen nur vorsichtig durchgeführt werden. Das bewirkt eine Verspätung, wachsende Komplikationen und Reisen ins Ausland.

Liberalere Abtreibungsgesetze erreichen, daß Abbrüche legal und sorgfältig ausgeführt werden, daß die Beratung besser ist und daß zukünftige Abbrüche vermieden werden. Wenn die Möglichkeit legaler Abbrüche reduziert wird, verringert sich nicht die Gesamtzahl der Eingriffe, sondern sie werden nur in den illegalen Bereich verschoben oder zu Abbruchdiensten ins Ausland.

Fertility and Contraception
Band 4, Januar 1980
Medical file, Nr. 4, April 1980

* am falschen Ort liegend

Richtlinien für den indizierten Schwangerschaftsabbruch

Die weiterhin zunehmende Forderung nach Abbruchdiensten in einer Situation, die durch den Mangel an Geldmitteln gekennzeichnet ist, hat die Weltgesundheitsorganisation veranlaßt, Richtlinien für Gesundheitsadministratoren und Kliniker über die Bereitstellung von Pflege und Dienstleistungen herauszugeben.

Neben der Darstellung von Abbruchstechniken beschäftigt sich das Büchlein mit Gebieten wie Schwangerschaftstests, Beratung, Untersuchung der Patienten, Training und Kontrazeption nach dem Abbruch.

Induced Abortion: Guidelines for the provision of care and services
Publikation der WHO, Nr. 4, 1979
Medical file, Nr. 3, März 1980

3. Orale Kontrazeptiva

Ersatzanspruch-Jagd von Pillenbenutzerinnen in Großbritannien

In einem Interview des britischen medizinischen Wochenmagazins „Doctor“ mit Judith Challenger, der Leiterin der Aktionsgruppe der Pillenopfer (PVAG), sagte diese, daß bis jetzt mehr als 630 Frauen Mitglieder der Gruppe geworden seien.

Sie erhalte noch täglich Telefonanrufe und Briefe von Frauen, die behaupten, daß durch die Pilleneinnahme ihr Leben ruiniert oder ihre Gesundheit ernstlich angegriffen worden sei. Dr. L. Goldman, der medizinische Direktor von „Doctor“ schrieb einen Kommentar über das Interview und stellte heraus, daß der amerikanische Rechtsanwalt, der den PVAG-Fall vertritt, auf einer Erfolgsbasis arbeitet (nach dem amerikanischen System verdient er nur etwas, wenn der Fall gewonnen wird) und daß es damit zusammenhängen mag, daß die pharmazeutischen Firmen und nicht die einzelnen Allgemeinärzte belangt werden sollen.

Doctor. Seite 7, 28. Februar 1980
Medical file, Nr. 3, März 1980

Debatte über den Gebrauch hormonaler Kontrazeptiva während der Stillzeit

Zwei Briefe, die abgedruckt wurden in „Research and Reproduction“, Band 12, Nr. 2, April 1980:

In der jüngsten Ausgabe von „Research in Reproduction“ (Band 11, Nr. 1, 1979) empfahlen die Doktoren Naygren und Nilsson den Gebrauch von hormonalen Kontrazeptiva während der Stillzeit.

Während Kontrazeption in dieser Zeit unzweifelhaft von großem Vorteil für die Patientin ist, ist die richtige Methode von ausschlaggebender Bedeutung. Meiner Meinung nach bedeutet die Gabe von synthetischem Östrogen und Progestagen ein ernstes Risiko für den Säugling. Es ist bekannt, daß Steroidhormone, auch Östrogene und 17- α -aethinyl-oestran-Derivate zum Teil in die Milch übergehen.

Vor mehr als 30 Jahren spritzten Weichert und Kerrigan stillenden Ratten Oestradiol und entdeckten nach 5–6 Tagen östrogenbedingte Veränderungen im Urogenitaltrakt der Jungen. Hale spritzte Dia-

thylstilboestol oder Oestron während der Stillzeit und fand bei den erwachsenen Nachkommen eine glandulär-zystische Hyperplasie*, schuppenförmige Metaplasie des Epithels in Eileiter und Gebärmutter, ovariale Atrophie und Sterilität.

Es wurde auch eine zunehmende Empfindlichkeit auf östrogene Stimulation berichtet. Beim 17- α -aethinyl-Derivat von Oestradiol (Mestranol) wurde bei säugenden Ratten und Mäusen eine Hemmung von Sexualfunktionen beschrieben (Luteinisierung und Entwicklung der Spermien) und Atrophie von sexual-abhängigen Geweben bei erwachsenen weiblichen und männlichen Nachkommen. Es ist auch bekannt, daß Östrogene bei neugeborenen Nagetieren bösartige Krankheiten des Genitaltrakts sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Tieren verursachen.

Vaginalkrebs, Veränderungen der Vagina und Zervix bei Frauen und Zysten des Nebenhodens, Hodenatrophie und kasuläre Verhärtungen bei Männern sind die traurigen Ergebnisse der bedenkenlosen Anwendung von Diäthylstilboestrol während der Schwangerschaft.

Die nachteiligen Wirkungen von vorgeburtlicher Steroid-Exposition sind nicht beschränkt auf die Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse: die Funktionsfähigkeit anderer endokriner Systeme (Nebennieren, Schilddrüse, Wachstum) ist in Mitleidenschaft gezogen und auch die metabolisierenden Enzyme in Leber und Niere.

Die zunehmende Empfindlichkeit der peripheren Organe auf Steroidhormone, unabhängig von der Gehirn-Gonaden-Achse, mag die pathologischen Veränderungen erklären, die oben kurz aufgezählt wurden.

Zugegebenermaßen wird bis jetzt in keinem Bericht ein Zusammenhang hergestellt zwischen dem Gebrauch von Kontrazeptiva in der Stillzeit und nachteiligen

* Übermäßige Wucherung der Gebärmutter-schleimhaut mit vermehrter zystischer Drüsenbildung

Wirkungen auf das Kind. Zugegebenermaßen wäre die Menge, die auf das Kind übertragen würde, nur ein Teil der angewendeten Dosis. Trotzdem ist es unserer Meinung nach offensichtlich, daß der Gebrauch von oralen Verhütungsmitteln (und auch anderer Mittel, die zur Bequemlichkeit eingenommen werden) während der Stillzeit kontraindiziert ist.

Fred A. Kincl
Professor der Biologie, City Universität, New York

Kontrazeption während der Stillzeit ist ein wichtiges Problem. Sie kann von großem Nutzen für die Frau und das Baby sein, obwohl alle kontrazeptiven Methoden während dieser Periode ihre spezifischen Nachteile haben.

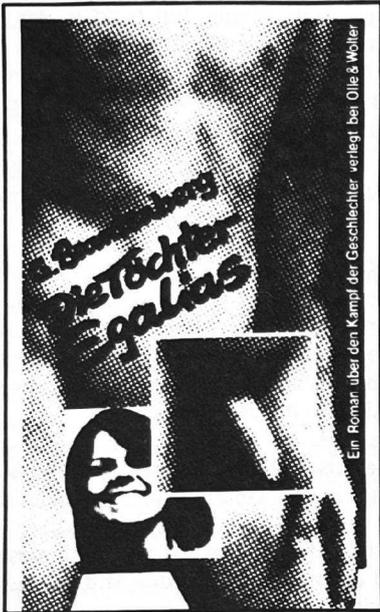
In unserem erwähnten Artikel beschrieben wir den Übertritt von verschiedenen zur Kontrazeption verwendeten Steroiden in die Muttermilch. Es wurde dargestellt, daß die richtige Wahl des Mittels und der Dosis wichtig ist.

Dr. Kincl hat die Nebenwirkungen von Östrogen, das während der Stillzeit an Ratten (und an Frauen während der Schwangerschaft, aber das ist ein anderes Problem) gegeben wurde, dargestellt. Dies unterstützt unsere Meinung, die wir auch schon in unserem Artikel dargelegt haben, daß während der Stillzeit keine Östrogene gegeben werden sollen. Östrogene werden auch nicht gebraucht: kontrazeptive Wirksamkeit kann auch erreicht werden durch Gestagene allein und in einer niedrigen Dosierung.

Um die wichtige Frage nach möglichen Wirkungen außerhalb der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse und mögliche Langzeitnebenwirkungen zu klären, sind wir gerade dabei, eine Studie an 6–7jährigen Kindern durchzuführen, deren Mütter während der Stillzeit orale Kontrazeptiva erhielten. Mit einer Minipille von 30 μ g d-Norgestrel pro Tag an die Mutter erhält das vollgestillte Kind eine Menge von ungefähr 1 μ g pro Monat, was 1 Minipille innerhalb von 1–2 Jahren entspricht. Wenn wir diese extrem niedrige Menge von Gestagen und das bisher nichtberichtete Vorliegen von Nebenwirkungen betrachten, können wir keinen Grund finden, den Gebrauch von niedrig dosiertem Gestagen während der Stillzeit für kontraindiziert zu halten, wenn nicht-hormonale Methoden unakzeptabel sind.

Dr. Staffan Nilsson
Dr. Karl-Gösta Nygren
Geburtshilfliche und Gynäkologische Abteilung der Universität Uppsala, Schweden.

Egalia für alle



Gerd Brantenberg
Die Töchter Egalia
240 Seiten, DM 19,80.-

Für Feministiker

„Das Buch widerspricht diametral den Erkenntnissen der Frauenbewegung, zu der die Autorin angeblich gehört. Es kommt bei den männlichen Lesern schlecht an, denn die Frauenbewegung hat bereits so viele Männer von ihrem Anliegen überzeugt, daß dieses Buch auch für sie wie ein Schlag ins Gesicht wirkt.“

Ernest Borneman / *Der Spiegel*

Für Superlativisten

„Ich erkläre mir den enormen Erfolg damit, daß **Die Töchter Egalia** ein Lesebedürfnis befriedigt, das im Allgemeinen von feministischer Literatur eher frustriert wird. Selten hatten wir bisher was zu Lachen; hier aber wird feministische Theorie und Erfahrung in Form einer ungeheuer witzigen, bissigen und scharfsinnigen Satire auf's Patriarchat vermittelt. Ein kluges und geistreiches Buch, voll überraschender und entlarvender Einfälle und Beobachtungen, voll konstruktiver Phantasie. Uneingeschränkt zu empfehlen, ja ein **Meilenstein des Feminismus**, finde ich, wie Beauvoirs „Das andere Geschlecht“, Millets „Sexualität und Herrschaft“ und Schwarzers „Der kleine Unterschied“.“

Dr. F. Luise Pusch / *Linguistische Berichte*

Verlag
OLLE & WOLTER

GmbH, Postfach 4310, 1000 Berlin 30

4. Andere Methoden

Vielversprechender kontrazeptiver Ring

Intercom – herausgegeben vom Population Reference Bureau in den USA – berichtet, daß ein kontrazeptiver Vaginalring (CVR), der von der medizinischen Fakultät der Universität Südkalifornien erprobt wird, der Pille möglicherweise an Wirksamkeit überlegen ist, weniger Nebenwirkungen hat und weniger kostet.

Der CVR, der mit Silikonplastik umhüllt ist, wird von der Trägerin am 5. Tag des Zy-

klus eingesetzt und nach 3 Wochen wieder herausgenommen, damit die Menstruation nicht behindert wird. Wenn der Ring mit der Vaginalwand in Berührung kommt, beginnt eine langsame Freisetzung der Hormone Norgestrel und Oestradiol, welche die Ovulation in derselben Weise blockieren wie die Pille.

Intercom, Januar 1980

Medical file, Nr. 4, April 1980

5. Sexualität bei Behinderten

Die Europa-Region der IPPF hat die Publikation eines Büchleins über die Sexualität bei Behinderten unterstützt, das von Norman Rea (Universität New York) verfaßt wurde.

Das Büchlein hat zum Ziel, den Gedankenaustausch zu fördern, praktische Zusammenarbeit innerhalb der Teams der Familienplanungsgesellschaften anzuregen und vor allem, die Vorstellung zu entwickeln, daß Behinderte dynamische Partner bei zukünftigen Aktivitäten auf diesem Gebiet sind.

Schon im Jahre 1973 waren in einem regionalen europäischen Beratungsseminar die sexuellen Nöte der Behinderten dargestellt worden. Von dieser Zeit an unternahmen die europäischen Familienplanungsgesellschaften, besonders die Schweden, Niederländer, Briten und Iren, um nur einige zu erwähnen, konkrete Schritte auf diesem Gebiet, indem sie Publikationen herausgaben und Seminare und Projekte mit speziellen Behindertenorganisationen veranstalteten.

Norman Rea, *Sexuality and the Handicaped*, Sept. 1979
Medical file, Nr. 1, Januar 1980

Sexualität und die Behinderten

Ein Handbuch über Sexualerziehung und Beratungsdienste für Behinderte wurde von der George-Washington-Universität herausgegeben.

Dieses Handbuch ist das Ergebnis eines Projektes der Uni über Sexualität und Behinderte, welches

- zeigte, daß diese Personengruppe Sexualerziehung und Beratungsdienste nötig hat,
- die Möglichkeiten der bisher existierenden Sexualberatungsdienste untersuchte,
- die Lücken zwischen den Diensten und den Bedürfnissen aufzeigte und Mittel empfahl, diese Lücken zu schließen.

Das Handbuch stellt in einer leicht verständlichen Weise die Entwicklungselemente dar, die für einen Beratungsdienst mit Behinderten nötig sind.

Who Cares?

Ein Handbuch über Sexualerziehung und Beratungsdienste für Behinderte, George-Washington-Universität, Washington DC, 1979
Medical file, Nr. 1, Jan. 1980

6. Vermischtes

Ersatzmutter-Gesellschaft, eingetragener Verein in den USA

Kinderlose Paare in Amerika, die der Meinung sind, daß künstliche Befruchtung einer „Ersatzmutter“ die einzige Möglichkeit ist, ihr Problem zu lösen, haben jetzt eine Organisation, die ihnen hilft.

Nach der „Medical News“ (ein britisches Magazin) wurde der eingetragene Verein „Surrogate Parenting Associates“ von Dr. Richard Leving aus Louisville, Kentucky, gegründet. Dieser Verein überprüft und testet freiwillige Ersatzmütter und bringt sie mit passenden kinderlosen Paaren zusammen, die ein Baby mit der Hälfte ihrer Gene haben wollen.

Dr. Leving machte Werbung für seinen Verein bei einem Treffen der American

Fertility Society. Das Projekt wurde von Dr. Alvin Paulsen, dem Präsidenten der Gesellschaft, als im höchsten Maße kontrovers bezeichnet.

Er sagte: „Wir meinen, daß es erlaubt sein sollte, weil die Mitglieder unserer Gesellschaft wissen sollten, was sich da entwickelt. Wir unterstützen es durchaus nicht.“

Es werden verheiratete Frauen, die schon Mütter sind, ausgewählt. Das kinderlose Paar zahlt alle medizinischen und gesetzlichen Gebühren und die Krankenhauskosten. Auch die Ersatzmutter wird bezahlt.

Surrogate child bearing a reality in US
Medical News, London, Band 1, Seite 23, 12. Juli 1980

Aus Zeitschriften

Vorbemerkung: Mit dem Hinweis auf einzelne wichtige Beiträge in meist internationalen Fachzeitschriften will die Redaktion versuchsweise einen zusätzlichen Leserservice verbinden: Gegen Erstattung der Kosten für Kopie und Versand können die Artikel von der Bundesgeschäftsstelle der Pro Familia, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1, zur Verfügung gestellt werden.

Inzwischen im neunten Jahrgang und auch in einer deutschen Ausgabe erscheint die Informationsdienst der Region Europa der International Planned Parenthood Federation (IPPF). Während die Region aus zwanzig Ländern Europas Familienplanungsorganisationen zu Mitgliedern hat, sind immer noch eine Reihe von europäischen Ländern ohne Mitgliedsorganisation. Ihnen gilt die spezielle Aufmerksamkeit der letzten Ausgabe, und hier soll besonders auf einen Beitrag hingewiesen werden:

Mikolaj Kozakiewicz, Familienplanung in Nicht-Mitglieds-Ländern: UdSSR. In: Familienplanung in Europa – Regionale Informationen. Jahrgang 9, Nr. 2, Oktober 1980, S. 9–12.

In jüngster Zeit zeichnet sich in Buchveröffentlichungen so etwas wie ein neues Modell von Sexualpädagogik in der UdSSR ab. Darin scheint sich gegenüber früherer rigider Doktrinen eine liberalere, mehr sachbezogene und an den Bedürfnissen der Jugendlichen orientierte Haltung auszudrücken.

„Der wichtigste Nachteil des Kondoms ist vielleicht, daß es nicht in Kalifornien im Jahr 1973 erfunden wurde!“ Diese provozierende These findet sich in:

Malcolm Potts, Male Contraception Today. In: IPPF Medical Bulletin. Volume 14, No. 6, October 1980, S. 3–4.

Potts nennt das Kondom eine sehr wirkungsvolle Methode ohne Nebenwirkungen, die billig und einfach anzuwenden ist. Mit vielen anderen stimmt er darin überein, daß eine „Pille“ für den Mann trotz hoffnungsvoller Entwicklungen für die Praxis der Familienplanung bis auf weiteres noch nicht zur Verfügung stehen wird. Er sieht aber darin keinen Grund für den Mann, seine familienplanerische Verantwortung nicht zu praktizieren; denn erstens stehen mit Kondom und Vasektomie brauchbare, verlässliche Methoden zur Verfügung und zweitens ist die Beteiligung des Mannes an der Entscheidung über Fragen der Kontrazeption bei jeder Methode entscheidend wichtig.

Eines der wichtigsten Merkmale der Sterilisation (chirurgische Kontrazeption) ist, daß sie in der Praxis als irreversibel gelten muß. Dennoch wird allenthalben daran gearbeitet, den sterilisierenden Eingriff wieder rückgängig machen zu können. Einen sorgfältigen, umfassenden Überblick über den Stand dieser Bemühungen, sofern er die Frau betrifft, findet sich als:

Population Reports, Series C, Number 8: Reversing Female Sterilisation. Volume 8, No. 5, September 1980, S. C-97–C-124.

Unter besonders günstigen Bedingungen und nach entsprechender Vorauswahl gelingt eine Refertilisierung in bis zu sechzig Prozent der Fälle.

Kuba, dessen Familienplanungsorganisation 1980 als Mitglied in die IPPF aufgenommen wurde, zeigt einen typischen Verlauf der Entwicklung: Während von 1968 bis 1978 (das Jahr, für das die letzten Zahlen vorliegen) die Zahl der Geburten einigermaßen stetig von 252.000 auf 148.000 abnahm, ist die Zahl der legalen Schwangerschaftsabbrüche bis 1974 auf 132.000 gestiegen, um bis 1978 auf 110.000 wieder zurückzugehen. Beide Verläufe deuten, bei zunehmender Bevölkerungszahl, auf eine stark zunehmende Verwendung kontrazeptiver Maßnahmen hin:

Paula E. Hollerbach, Recent Trends in Fertility, Abortion and Contraception in Cuba. In: International Family Planning Perspectives, Volume 6, No. 3, September 1980, S. 97–106.

Vom World Fertility Survey, also der weltweiten Erhebung und Analyse der Faktoren, welche die menschliche Fruchtbarkeit beeinflussen, liegen erste Ergebnisse aus zwanzig Ländern vor. Ihnen ist eine Ausgabe der IPPF-Zeitschrift gewidmet, worin sich ein Beitrag mit dem Einfluß des Stillens auf die Fruchtbarkeit beschäftigt:

Benoît Ferry und Susheela Singh, Breast-Feeding: A Vital Factor in Birth Intervals. In: People, Volume 7, No. 4, 1980, S. 19–20.

Es ist dank der Ergebnisse des World Fertility Survey möglich, den Zusammenhang zwischen Stillen und Fruchtbarkeit quantitativ anzugeben: Für jeden Monat, in dem ein Kind gestillt wird, verlängert sich der Abstand zur Geburt des nächsten Kindes im Durchschnitt um 0,4 Monate. Es muß allerdings angemerkt werden, daß Stillen nicht als eine sichere Methode zur Verhütung einer Konzeption gelten kann.

Jürgen Heinrichs

Dienste in Übersee



Bald nach Beginn der Spendenaktionen von „Brot für die Welt“ machten Kirchen in Übersee deutlich, daß für Aufbau- und Entwicklungsprogramme nicht nur Geld, sondern auch die Mitarbeit von Menschen benötigt wird: Fachkräfte, die ihre Kenntnisse weitergeben, die aber auch solidarisch sind mit den Zielen, die von den Projektträgern in Übersee verfolgt werden.

Daher gründeten verschiedene landes- und freikirchliche Organisationen 1960 die Arbeitsgemeinschaft „Dienste in Übersee“ (DÜ). Um neuen Kolonialismus und Paternalismus zu vermeiden, betreibt DÜ keine eigenen Projekte und entsendet Menschen nicht nach eigenem Ermessen, sondern vermittelt – seit Gründung mehr als 1.200 – Fachkräfte auf konkrete Anforderung für einen befristeten Zeitraum (Dreijahresverträge) an kirchliche und gemeinnützige Einrichtungen in Afrika, Asien und Lateinamerika.

DÜ beteiligt sich auch an der entwicklungspolitischen und ökonomischen Bildungsarbeit daheim. Dazu tragen die Erfahrungen und Eindrücke der DÜ-Rückkehrer erheblich bei. Wochenend-Seminare für Interessenten werden angeboten.

Der größte Bedarf an Fachkräften besteht zur Zeit in technischen, kaufmännischen und landwirtschaftlichen Berufen. DÜ vermittelt jedoch auch qualifizierte Bewerber aus dem Gesundheits- und Sozialbereich – allerdings liegen immer nur einzelne Anfragen aus Übersee vor.

In letzter Zeit kommen auch kurzfristige Tätigkeiten (2 bis 6 Monate) in Flüchtlings- und Nothilfe-Programmen in Nordafrika infrage. Interessenten können sich in unsere Vormerkkartei eintragen lassen.

Die Bearbeitung Ihrer Anfragen wird erleichtert, wenn Sie einen kurzgefaßten Lebenslauf (beruflicher und persönlicher Werdegang, Familienstand, Konfession, evtl. Vorerfahrungen in Übersee oder in der Ausländerarbeit) beifügen.

Mehr Information durch:

Dienste in Übersee, Gerokstraße 17, 7000 Stuttgart 1.

Bereits 1964 hat sich *Pro Familia* dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband auf Bundesebene angeschlossen. Das war damals für beide Seiten kein ganz leichter Schritt. Die Vorstellung, daß Beratung in Fragen der Sexualität und der Familienplanung soziale Arbeit sein könne, war im beiderseitigen Selbstverständnis und Fremdverständnis erst in Ansätzen angelegt. Daß soziale Arbeit im Kern „persönliche Hilfe“ sei und sein müsse, war in den Vorstellungen der Denkenden und Handelnden im sozialen Bereich im großen und ganzen erst im Entwicklungsstadium. Immerhin war aber 1961 schon sogar in der grundlegenden rechtlichen Regelung für die soziale Arbeit, dem Bundessozialhilfegesetz, die entsprechende Richtung gewiesen.

Für *Pro Familia* war es damals offenbar vorteilhaft, in den Verbund der Freien Wohlfahrtspflege eingegliedert zu sein und sowohl die Förderungsmöglichkeiten (Bundesmittel, Landesmittel, Lotteriemittel) als auch die Vertretungsmöglichkeiten (Parlamentsausschüsse, Ministerien, Arbeitsgemeinschaften für Jugendhilfe, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge) des konfessionell und politisch neutralen Spitzenverbandes der Freien Wohlfahrtspflege (gegründet: 1924; wiedergegründet: 1949) zu nutzen. Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die koordinierte, regelmäßige Zusammenarbeit mit den anderen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland) in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

An der Formulierung der grundlegenden Zielsetzung des DPWV im Rahmen einer großen Satzungsreform 1966/1967 hat *Pro Familia* (insbesondere durch Frau Dr. Eva Hobbing) bereits mitgearbeitet. Folgende Grundaufgabe haben die Mitgliedsorganisationen damals dem DPWV in der Satzung mit- und vorgegeben:

„Er repräsentiert und fördert seine Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.“

Die Förderung und Vertretung hat naturgemäß bei den einzelnen Mitgliedsorganisationen im zeitlichen Ablauf und in den fachlichen Schwerpunkten unterschiedliche Akzente. Das kann bei der Größe und Verschiedenheit der heute fast 3.000 Mitgliedsorganisationen des DPWV auch kaum anders sein, zumal die Respektierung und Förderung der Eigenständigkeit der Organisationen zu den grundlegenden Prinzipien des Zusammenwirkens im DPWV gehört. Dieses Prinzip wirkt auf die

Unser Verbandsportrait



Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)

vielen freien sozialen Initiativen in unserem Land offenbar anziehend. Die Zahl der Mitgliedsorganisationen, die angesichts der föderalistischen Struktur sozialer Arbeit und des DPWV im wesentlichen bei den Landesverbänden angeschlossen sind, hat sich folgendermaßen entwickelt:

1951	377	1974	1.842
1955	556	1975	2.133
1960	723	1976	2.225
1965	1.031	1977	2.400
1970	1.473	1978	2.460
1972	1.695	1980 (10. 12.)	2.946

So ist der DPWV nach Zahl der Mitarbeiter, Einrichtungen und des Platzangebotes nach den beiden kirchlichen der drittgrößte Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege geworden, ohne daß dieses Faktum immer ausreichend in das Bewußtsein der Mitglieder und Mitarbeiter der Mitgliedsorganisationen getreten wäre.

Das geschieht deutlicher durch einzelne Bereiche von Förderung, Vertretung und besonders enger Zusammenarbeit. Im Hinblick auf *Pro Familia* seien hier genannt:

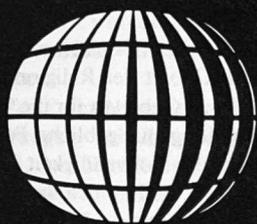
1. Im Bereich der *fachlichen* Förderung gilt die gemeinsame Aufmerksamkeit der Fortbildung der Mitarbeiter. Der DPWV hat sich bemüht, dafür finanzielle Möglichkeiten zu vermitteln. Konkretere Formen der Begegnung waren und sind dadurch gegeben, daß *Pro Familia* mit ihren Lehrgängen regelmäßig im Wilhelm-Polligkeit-Institut, der zentralen Bildungs- und Begegnungsstätte des DPWV, zu Gast ist. Inhaltliche Mitarbeit hat die Partnerorganisation des DPWV im Bildungsbereich, das Paritätische Bildungswerk, über Jahre hin geleistet.
2. Für die *wirtschaftlichen* Belange von *Pro Familia* setzt sich der DPWV neben

der Vermittlung und Bereitstellung von Zuschüssen für einzelne Projekte in der Form ein, daß er eine Förderung der Beratungsstellen entsprechend den möglichen Eigenleistungen vertritt, sich also für modifizierte Zuschüsse anstelle einer rechnerisch einheitlichen Förderung aller Träger einsetzt. Der Weg zur Erreichung dieses Zieles erscheint allerdings leider noch ziemlich weit und beschwerlich.

3. Bei der Beratung in *Rechtsfragen* standen oft Gestaltungen der Satzungen, also letztlich Strukturfragen im Mittelpunkt. Da der DPWV-Gesamtverband bei jedem Aufnahmeantrag in einen Landesverband ein Satzungsgutachten erstellt, liegen nach den oben genannten Zahlen für die Zeit zwischen 1960 und 1980 Erfahrungen aus 2.223 Satzungen vor. Diese Erfahrungen kann der DPWV in die Beratung über die Strukturen sozialer Organisationen einbringen und Ratschläge geben, wie in einem bestimmten Entwicklungsstadium der Arbeit organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden können, die sowohl praktikabel sind als auch vereinsrechtlichen und steuerrechtlichen Vorschriften genügen. Das gilt insbesondere für Verbände, die das Verhältnis von regionalen Vereinen, Landesverbänden und Bundesorganisationen ordnen wollen und müssen.

4. Förderung und Vertretung *gesellschaftlicher Belange* versucht der DPWV für seine Mitgliedsorganisationen durch Eintreten für Pluralismus. Die Grundvorstellung ist, daß es Menschen möglich sein soll, ihr Leben nach selbstgewonnenen Überzeugungen zu gestalten und in das Zusammenleben mit anderen Menschen einzubringen. Wenn diese Möglichkeit des Menschen beeinträchtigt (z. B. durch Krankheit, Behinderung), gescheitert (z. B. durch Straffälligkeit, Suchtabhängigkeit) oder gefährdet (z. B. durch bedrohlich empfundene Lebensumstände) sind, soll soziale Arbeit einsetzen – auch sie aber ihrem Ziel entsprechend nach den Wünschen und Überzeugungen des Rat- und Hilfesuchenden.

Die Beispiele für Förderung und Vertretung, für Zusammenwirken des DPWV mit seinen Mitgliedsorganisationen weisen auf, daß der DPWV nur unter solchen Bedingungen arbeitsfähig und notwendig ist, in denen freie soziale Initiativen gefragt und möglich sind. Ihre Entfaltungschancen durch Einbringen des gemeinsamen gesellschaftspolitischen Gewichtes abzusichern, haben diese Initiativen dem DPWV als Kernaufgabe zugewiesen. *Klaus Dörrie*



Der IPPF- Plan 1982- 1984

Die International Planned Parenthood Federation legt ihren Arbeitsplan für 1982–1984 vor

Auf der alle drei Jahre stattfindenden IPPF Mitgliederversammlung wird ein Dreijahresprogramm beraten und verabschiedet. Diese Dreijahrespläne berücksichtigen die praktischen Erfahrungen der verschiedenen IPPF Mitglieder. Es ist daher nicht erstaunlich, daß die von etwa 100 IPPF Mitgliedern verabschiedeten Arbeitsprogramme mehr oder weniger nur den „kleinsten gemeinsamen Nenner“ ihrer Aktivitäten widerspiegeln können.

Dennoch sind sie nicht ohne Nutzen. Zum einen informieren sie über wesentliche Entwicklungen in der internationalen Familienplanungsarbeit und können damit neue Impulse für die Weiterentwicklung der eigenen Arbeit geben. Zum anderen sind sie ein hilfreiches Mittel in der politischen Auseinandersetzung um die Einrichtung und den Ausbau von Familienplanungsdiensten. Dies gilt insbesondere für Länder unterentwickelter Regionen mit konservativer Einstellung zur Familienplanung.

Der vorliegende Dreijahresplan 1982–1984 setzt inhaltlich folgende Schwerpunkte:

1. Förderung von Familienplanung als Menschenrecht

2. Förderung der Kenntnisse über den Zusammenhang von Bevölkerungsentwicklung und allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklung
3. Ausbau und Qualifizierung der Familienplanungsdienste
4. Ausbau und Qualifizierung der Beratungsangebote für Jugendliche
5. Entwicklung von Beratungsangeboten für Männer
6. Förderung der Laienarbeit

Diese Schwerpunkte sind für PRO FAMILIA nicht neu. Insbesondere die Punkte 4, 5 und 6 fanden sich beispielsweise in dem neuen zielgruppenorientierten Modellprogramm wieder. Familienplanung als Menschenrecht ist seit jeher eine Forderung der PRO FAMILIA. Das Zusammenspiel von Bevölkerungsentwicklung und sozio-ökonomischer Entwicklung (Punkt 2) ist eine Diskussion, die wir erst mit dem Rückgang der Geburtenzahlen in den letzten Jahren begonnen haben durchzuführen. Hierzu ist der Standpunkt der PRO FAMILIA wie auch der IPPF Europa Region unmißverständlich: Der Zusammenhang wird nicht geleugnet, jeder Versuch, Familienplanung zu einem Mittel der Bevölkerungssteuerung machen zu wollen, wird jedoch abgelehnt.

Elke Thoß

Der IPPF-Plan 1982–84 stellt einen Katalog von Zielen dar, die während dieses Zeitraums verwirklicht werden sollen. Mit ihm verpflichten sich die Mitglieder der IPPF, auf diese Ziele hinzuwirken. Er bietet eine Grundlage für die Planung, Programmerstellung, Finanzierung und Berichterstattung der IPPF, und einen Orientierungsrahmen für die Einschätzung des Geleisteten.

Der Plan für 1982–84 benennt im einzelnen, was die IPPF während dieses Zeitraums verwirklichen will. Die im folgenden beschriebenen sechs Arbeitsgebiete stimmen mit den vom Zentralrat (Central Council) festgelegten Richtlinien und mit den Tendenzen der Länder-Programme überein. Einige Mitgliederorganisationen sind bereits in allen sechs Bereichen tätig, und viele andere

bewegen sich in diese Richtung. Obwohl der Plan eindeutige Prioritäten setzt und die erwarteten Ergebnisse konkret benennt, werden diese notwendigerweise global formuliert.

Da die IPPF regional strukturiert ist, sollten bei den unter der Unterschrift ‚International‘ angeführten Aufgaben beachtet werden, daß zu ihnen sowohl weltweite als auch regionale zu zählen sind. In den einzelnen Ländern wird detaillierter geplant werden müssen, um die Vorschläge in die Praxis umzusetzen. Mannigfaltigkeit ist eines der Hauptmerkmale der IPPF, und die Mitgliederorganisationen werden bei der Festlegung ihrer eigenen besonderen Aufgaben den jeweiligen Randbedingungen Rechnung tragen. Der Plan bildet ein Fundament. Die Steine und der Mörtel müssen den Mitgliederorganisationen geliefert werden.

Arbeitsgebiet 1: Intensivere Förderung der Idee der Familienplanung als ein grundlegendes Menschenrecht

Ogleich die meisten Regierungen internationale Abkommen unterzeichnet haben, in denen sie in Übereinstimmung mit der Menschenrechtsdeklaration der Vereinten Nationen, Familienplanung als grundlegendes Menschenrecht anerkennen, wird die Ausübung dieses Rechts von einigen Regierungen immer noch nicht gefördert, oftmals nicht einmal zugestanden. Auch weiterhin wird Familienplanung aus demographischen, politischen, religiösen, ethnischen oder sozialen Gründen behindert. In vielen Gesell-

schaften kann die Familienplanung als ein Menschenrecht wegen diskriminierender Maßnahmen nicht ausgeübt werden. In verschiedenen Ländern wächst die organisierte Opposition gegen Familienplanung, wodurch die Verfügbarkeit von Familienplanung für jene, die ihrer am meisten bedürfen, gefährdet wird.

Ziel I: Verstärkte Betonung von Familienplanung als einem grundlegenden Menschenrecht.

Aufgaben:**International**

(1) Die Aufmerksamkeit auf jene richten, die an der Ausübung des Menschenrechts auf Familienplanung verhindert sind, und Maßnahmen zu ihrer Unterstützung ergreifen.

(2) Um Verständnis für die medizinischen und sozialen Vorteile der Familienplanung zu gewinnen, sich der Unterstützung internationaler Schlüsselfiguren der Meinungsbildung versichern.

(3) Sich mit anderen internationalen Organisationen zusammenschließen, um organisierter Opposition gegen Familienplanung entgegenzutreten.

(4) Mit dem 'United Nations Fund for Population Activities (UNFPA)' und anderen internationalen Organisationen zusammenarbeiten, um den Zugang der Medien zu wichtigen, einwandfreien und zeitgemäßen Informationen

über Familienplanung zu erleichtern.

National

(1) Die Kenntnis der Menschen über ihr Menschenrecht auf Familienplanung verbessern.

(2) Das Recht aller Gruppen und Individuen auf Informationen und Dienstleistungen verteidigen.

(3) Programme unterstützen, die Frauen zusätzliche pädagogische und ökonomische Möglichkeiten anbieten, entscheidungsfähiger zu werden, auch auf dem Gebiet der Familienplanung.

(4) Verbesserte Möglichkeiten zur Diskussion des Themas Familienplanung durch landesweit und lokal für die Meinungsbildung maßgebliche Personen anbieten.

(5) Die Kontakte mit überregionalen und lokalen Medien verstärken, um eine positive Einschätzung der Familienplanung zu fördern.

(6) Organisierte Opposition gegen Familienplanung beobachten und Bemühungen, deren Auswirkungen zu begegnen, unterstützen.

Erwartete Ergebnisse:

- (1) Umfassendere Anerkennung des Grundrechts auf Familienplanung.
- (2) Systematisches internationales und nationales Vorgehen gegen die Auswirkungen organisierter Opposition gegen Familienplanung.
- (3) Verstärkte Forderung und verbesserte Möglichkeiten, das Recht auf Familienplanung auszuüben.
- (4) Ausweitung frauenfördernder Programme.

Ziel II: Verstärkung der Verpflichtung von Regierungen und anderen Organisationen, Informationen und Einrichtungen der Familienplanung bereitzustellen.

Die Zusammenhänge zwischen Bevölkerungsgröße, Entwicklung, der langfristigen Verfügbarkeit von Ressourcen und der Erhaltung der Umwelt sind schon seit langem erkannt. Internationale Dokumente, wie etwa der 'World Population Plan of Action', der auf der Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest verabschiedet wurde, bringen die Übereinstimmung der Regierungen in bezug auf diese Zusammenhänge zum Ausdruck. Da bevölkerungspolitische Vorhaben und Programme kein Ersatz für sozio-ökonomische Entwicklung sind, können sie nur Bestandteil von Entwicklungsplänen und -strategien auf internationaler und nationaler Ebene sein. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, daß das Interesse an den bevölkerungspolitischen Aspekten von Entwicklung nachläßt.

Ziel I: Schärfung der Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Regierungen für die Wechselbeziehung zwischen Bevölkerungsgröße, Entwicklung, Ressourcen und Umwelt, um sicherzustellen,

Aufgaben:**International**

(1) Die Zusammenarbeit mit den Vereinten Nationen und anderen internationalen Körperschaften verstärken, um innerhalb ihrer Arbeit eine Erweiterung des Familienplanungsanteils sicherzustellen.

(2) Eine von mehr Gemeinsamkeit getragene Bemühung internationaler Entwicklungsorganisationen einleiten, damit Familienplanung als wesentlich für das Wohlergehen des Individuums und der Familie herausgestellt wird.

(3) Weitere nicht-staatliche internationale Organisationen für gemeinsame Programme gewinnen.

National

(1) Sich der Unterstützung von Parlamentariern und anderen einflussreichen Gruppen versichern, um Regierungen zu bewegen, Mittel

für die Familienplanung bereitzustellen und entsprechend Programme durchzuführen.

(2) Gesetzgeber, Politiker, sowie auf dem Gebiet der Religion und auf anderen Gebieten für die Meinungsbildung maßgebliche Personen über die Notwendigkeit informieren, um die Bereitstellung von institutionalisierter Familienplanung zu beschleunigen und Barrieren für den Zugang dazu abzubauen.

(3) Die in den Heil- und Sozialberufen Tätigen davon zu überzeugen, sich aktiv für die Bereitstellung integrierter institutionalisierter Familienplanung für alle, die ihrer bedürfen, einzusetzen.

(4) Sich um Unterstützung von und Zusammenarbeit mit örtlichen Büros internationaler Institutionen bemühen.

Erwartete Ergebnisse:

- (1) Umfassendere Anerkennung der Bedeutung der Familienplanung als eines integralen Bestandteils nationaler und internationaler Entwicklungspläne und einer Strategie zur Förderung der Wohlfahrt des Individuums und der Familie.
- (2) Zusätzliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen der IPPF und relevanten internationalen Institutionen.
- (3) Gemeinsame Aktionspläne der IPPF und wichtiger internationaler und nicht-staatlicher Organisationen.
- (4) Aktivere Unterstützung von Gesetzgebern, Politikern, Fachleuten und gesellschaftlichen Organisationen für die Bemühung, Familienplanung zu einem integralen Bestandteil der sozialen Entwicklung und der Gesundheitsdienste zu machen.

Arbeitsgebiet 2: **Verstärkte Beschäftigung mit Bevölkerungsfragen als ein wichtiger Entwicklungsfaktor**

daß Bevölkerungsfragen in nationale und internationale Entwicklungspläne und -strategien einbezogen werden.

Aufgaben:**International**

(1) Mit anderen Organisationen zusammenarbeiten, um das Wissen um und das Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Bevölkerungsgröße, Entwicklung, Ressourcen und Umwelt zu verbessern.

(2) Sich für die Einbeziehung bevölkerungspolitischer Gesichtspunkte in internationale Strategien, Deklarationen und Aktionspläne, die sich mit Entwicklungsfragen befassen, einsetzen.

(3) Eine umfassende Verbreitung, ein umfassendes Verständnis und eine umfassende Durchführung wichtiger internationaler Deklarationen und Aktionspläne der Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik fördern.

(4) Mit anderen Organisationen zusammenarbeiten, um erfolgreiche Strategien festzustellen und zu fördern, um dazu zu veranlassen, Bevölkerungsfragen in Entwicklungspläne einzubeziehen.

(5) Weltweit Erfahrungen prüfen, die mit der Einbeziehung von Familienplanung in Entwicklungspläne gemacht wurden, und erfolgreiche Beispiele öffentlich bekannt machen.

(6) Zur Erreichung dieses Ziels Bemühungen zur Zusammenarbeit unter den Familienplanungsorganisationen fördern.

National

(1) Verbindungen zu Regierungen, Parlamentariern, anderen einflussreichen Personen und den Massenmedien herstellen, um die Einbeziehung bevölkerungspolitischer Gesichtspunkte in Entwicklungspläne zu fördern.

(2) Mit Forschungsinstituten, Universitäten und anderen Facheinrichtungen zusammenarbeiten, um Entwicklungsplaner in die Zusammenhänge zwischen Bevölkerungsgröße und Entwicklung einzuführen.

(3) Die öffentliche Meinung aufklären über die Zusammenhänge zwischen individuellen Entscheidungen und der Bevölkerungsgröße, der Entwicklung, den Ressourcen und der Umwelt.

(4) Zusammen mit anderen Organisationen Familienplanung in andere Entwicklungsprogramme einbeziehen.

(5) Teilnehmer internationaler Tagungen ansprechen, um ihre Un-

Erwartete Ergebnisse:

(1) Verbessertes Verständnis in der Öffentlichkeit und bei den Regierungen für die Zusammenhänge zwischen Bevölkerungsgröße, Entwicklung, Ressourcen und Umwelt.

(2) Anerkennung von Bevölkerungspolitik als Bestandteil der Entwicklungsplanung durch mehr Regierungen als bisher.

(3) Einbeziehung bevölkerungspolitischer Faktoren in sämtliche wichtigen internationalen Entwicklungsstrategien und Aktionspläne.

Die International Planned Parenthood Federation (IPPF)

ist der weltweite Dachverband der nicht-öffentlichen nationalen Familienplanungsorganisationen. Sie wurde 1952 in Bombay gegründet, und die *Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung* gehört zu ihren Gründungsmitgliedern. Inzwischen sind fast einhundert Familienplanungsorganisationen aus ebensovielen Ländern in Ost und West, in Nord und Süd Mitglieder, die sich zu Regionen der IPPF zusammenschließen. Der *Region Europa* gehören derzeit zwanzig Mitgliedsorganisationen an. Mit einem jährlichen Budget von etwa fünfzig Millionen Dollar führt die IPPF durch ihre Mitgliedsorganisationen Familienplanungsprogramme durch. Die Mittel bestehen überwiegend aus Zuwendungen von Regierungen, und sie werden fast ausschließlich in



Ländern der Dritten Welt verwandt. Die Bundesrepublik Deutschland ist an der Finanzierung der Programme der IPPF mit etwa 2,5 Millionen Dollar im Jahr beteiligt.

Das höchste Organ der IPPF ist die *Mitgliederversammlung*, die in jedem dritten Jahr zusammentritt und deren wichtigste Aufgabe es ist, die Rahmenplanung für die Aktivitäten der nächsten drei Jahre aufzustellen. Über die Programme der IPPF informieren eine Reihe von Informationen; sie gibt eine viel beachtete Zeitschrift *People/Pueblos/Peuples* in drei Sprachen vierteljährlich heraus. Weitere Informationen über die IPPF und ihre Tätigkeiten sind von der Bundesgeschäftsstelle der Pro Familia zu erhalten.

terstützung für die Einbeziehung bevölkerungspolitischer Gesichtspunkte in internationale Entwicklungsstrategien und -pläne zu sichern.

(6) Die Umsetzung internationaler bevölkerungspolitischer Deklarationen und Aktionspläne durch die Regierungen überwachen und fördern.

(7) Einbeziehung von Familienplanern in nationale Bevölkerungspolitik-Gremien anregen.

Ziel II: Die Aufwendung zusätzlicher Mittel für bevölkerungspolitische Programme auf nationaler und internationaler Ebene anzulegen.

Aufgaben:

International

(1) Internationale und nationale Organisationen und Geldgeber dazu bewegen, in ihre Hilfsprogramme Zuwendungen für bevölkerungspolitische Aktivitäten einzubeziehen oder diese zu erhöhen.

(2) Die lang- und kurzfristigen sozio-ökonomischen Vorteile bevölkerungspolitischer und/oder Familienplanungsprogramme kritisch überprüfen und erklären.

National

(1) Auf Regierungen Einfluß nehmen, damit diese mehr Mittel für die bevölkerungspolitischen Bestandteile von Entwicklungsprogrammen aufwenden.

(2) Bemühungen intensivieren, die für Familienplanung zur Verfügung stehenden Mittel zu erhöhen.

Erwartetes Ergebnis:

Erhöhung nationaler und internationaler finanzieller und anderer Mittel, die für bevölkerungspolitische und/oder Familienplanungsprogramme zur Verfügung stehen.

Arbeitsgebiet 3: Ausweitung und Verbesserung institutionalisierter Familienplanung

Die in den späten siebziger Jahren durchgeführte Analyse und Prognose der Arbeit der IPPF* ergab, daß die Regierungen bei der Bereitstellung institutionalisierter Familienplanung für die Menschen, die ihrer bedürfen, langsamer vorgehen, als man angenommen hatte. Noch immer gibt es eine Reihe von Ländern, die gar nicht, oder nur in geringem Umfang institutionalisierte Familienplanung haben. In vielen anderen Ländern sind die Dienstleistungen für all jene, die ihrer bedürfen, besonders für Landbevölke-

rung, Slum-Bewohner, Einwanderer und Minoritäten, nicht ohne weiteres verfügbar. In einigen Ländern hat die Nachfrage nach Familienplanung die Mittel zur Befriedigung dieser Nachfrage weit überholt. Andererseits werden verfügbare Dienstleistungen nicht voll genutzt, und bei anderen ist der Prozentsatz der Aussteiger hoch. Daher ist es von wesentlicher Bedeutung, die Dienstleistungen auszuweiten, den Zugang zu ihnen zu erleichtern und für ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage zu sorgen, wobei die Qualität und Akzeptabilität erhöht werden müssen. Familienplanungsprogramme sollten pädagogische- und Auswertungskomponenten enthalten. Die IPPF muß auch weiterhin eine be-

* IPPF and its Future, A Forward Look at the Role of the International Planned Parenthood Federation in the next 10-15 Years, 1977.

deutende Rolle bei der Bereitstellung von Dienstleistungen wie auch bei der Unterstützung erweiterter und verbesserter Dienstleistungen von Regierungsseite spielen.

Ziel I: Förderung der Entwicklung von Dienstleistungen in Ländern, wo es solche noch nicht gibt oder wo sie unzureichend sind.

Aufgaben:

International

(1) Bemühungen unterstützen, um eine ablehnende Regierungspolitik und öffentliche Meinung mit dem Ziel zu ändern, den Staat die Verantwortung für Familienplanungsdienste übernehmen zu lassen.

(2) Die notwendigen Mittel bereitstellen, um den Nutzen von Familienplanung zu demonstrieren und institutionalisierte Familienplanung in Ländern zu entwickeln, wo es solche noch nicht, oder nur in geringem Umfang gibt.

(3) Die Gründung von Familienplanungsorganisationen und/oder die Bereitstellung von Dienstleistungen der Familienplanung durch andere Einrichtungen unterstützen, um größtmögliche Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit bei der Versorgung mit solchen Dienstleistungen zu erzielen.

(4) Mit anderen internationalen Organisationen zusammenarbeiten, um die Einbeziehung institutionalisierter Familienplanung in Programme der Entwicklungshilfe zu gewährleisten und zu erleichtern.

National

(1) Bei Entscheidungsträgern und in der Öffentlichkeit die Einsicht in den Nutzen Familienplanung verbessern.

(2) Den Bedarf für institutionalisierte Familienplanung aufzeigen, um die Regierung zu bewegen, eine aktive Familienplanungspolitik einzuleiten.

(3) Hemmnisse für die institutionalisierte Familienplanung feststellen und Strategien zu ihrer Überwindung entwickeln.

Erwartete Ergebnisse:

(1) Geschärftes Bewußtsein der Öffentlichkeit und der Regierung für die Notwendigkeit von und den Bedarf an institutionalisierter Familienplanung.

(2) Entwicklung organisierter Dienstleistungen für Familienplanung in Ländern, wo es solche nicht gibt oder wo sie unzureichend sind.

Ziel II: Verbesserung der Erreichbarkeit institutionalisierter Familienplanung, insbesondere für benachteiligte Gruppen und solche, die kaum Zugang dazu haben.

Aufgaben:

International

(1) Die Familienplanungsorganisationen bei der Entwicklung oder Weiterführung von Dienstleistungen unterstützen, wo staatliche Dienstleistungen dem Bedarf auf Dauer nur unzureichend entsprechen.

(2) Wirksame gemeinwesen-orientierte Strategien der Bereitstellung von Dienstleistungen analysieren, weiterentwickeln und fördern, besonders solche, die Gebiete und Menschen erreichen sollen, die von konventionellen Programmen nicht erreicht werden.

(3) Darauf hinarbeiten, daß Programme finanziell unterstützt werden, für die ländliche Bevölkerung

und für benachteiligte Gruppen, wie Slum-Bewohnern, Einwanderer und Minderheiten.

(4) Mit internationalen Entwicklungsorganisationen zusammenarbeiten, damit in deren Programme für Benachteiligte auch Familienplanung einbezogen wird.

National

(1) Die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Dienstleistungen überprüfen und bisher übergangene Gebiete und Bevölkerungsgruppen feststellen.

(2) Bei Regierungen darauf drängen, daß Dienstleistungen ausgebaut und ihre Erreichbarkeit, besonders für benachteiligte Gruppen, verbessert wird.

(3) Die Gewinnung und Ausbildung paramedizinischen Personals, traditioneller Geburtshelfer, einheimischer Mediziner und im Gesundheitswesen Tätiger, wie auch nicht-medizinischen Personals für die Bereitstellung von Dienstleistungen der Familienplanung beschleunigen.

(4) Auf die Einbeziehung von bevölkerungspolitischen und Familienplanungsthemen in die Lehrpläne der Ausbildungseinrichtungen für Sozialarbeiter, Mediziner und Pflegepersonal hinarbeiten.

(5) Möglichkeiten entwickeln und aufzeigen, wie Familienplanung, insbesondere als Teil der medizinischen Grundversorgung einschließlich Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, bislang vernachlässigten Gruppen zugute kommen kann, sowie andere Bemühungen, den Bedürfnissen eines Gemeinwesens zu entsprechen.

(6) Mit anderen Organisationen der Gemeinwesenarbeit zusammenarbeiten, um zu gewährleisten, daß in alle relevanten Programme Familienplanung einbezogen wird.

Erwartete Ergebnisse:

(1) Planung und Durchführung ökonomischerer Dienstleistungssysteme mit größerer Reichweite.

(2) Größere Unterstützung für Programme, die sich an die Bedürftigsten richten.

(3) Weitergehende Integration der Familienplanung in andere Bemühungen, den Bedürfnissen eines Gemeinwesens zu entsprechen.

Ziel III: Die institutionalisierte Familienplanung annehmbarer machen.

Aufgaben:

International

(1) Auf allen Ebenen Bemühungen fördern, die Benutzer selbst in die Planung, Durchführung und Bewertung gebotener Dienstleistungen einzubeziehen.

(2) Internationale Bemühungen, die Sicherheit von Kontrazeptiva zu überprüfen, verfolgen und Ergebnisse publizieren.

(3) Ergebnisse von Forschungs- und Aktionsprogrammen, um die Akzeptabilität von Dienstleistungen zu verbessern, weitergeben.

(4) Die Notwendigkeit wesentlicher Verbesserungen in der Technologie der Kontrazeption aufzeigen und für eine finanzielle Förderung der notwendigen Forschungsarbeit eintreten.

National

(1) Bemühungen fördern, um Gemeinwesen und Benutzer in die Feststellung von Bedürfnissen und in alle Aspekte der Bereitstellung

von Dienstleistungen einzubeziehen.

(2) Institutionalisierte Familienplanung überwachen, um sicherzustellen, daß sie sicher ist und mit Sorgfalt im Interesse des Individuums betrieben wird.

(3) Darauf hinarbeiten, daß sämtliche Methoden zur Verfügung stehen.

(4) In Zusammenarbeit mit dem Gemeinwesen und mit Fachleuten Faktoren analysieren, welche die Annehmbarkeit von Methoden und Dienstleistungen beeinflussen.

(5) Kommerzielle Praktiken bei der Herstellung, dem Vertrieb und dem Verkauf von Kontrazeptiva überwachen, um sicherzustellen, daß die Interessen der Verbraucher geschützt sind.

(6) Angemessene Beratung in Fällen von Infertilität und Subfertilität anbieten.

Erwartetes Ergebnis:

(1) Stärkere Benutzerbeteiligung an der Planung und Durchführung von Dienstleistungen, die dazu führen soll, daß institutionalisierte Familienplanung annehmbarer wird.

(2) Strategien zur Steigerung der Annehmbarkeit von Methoden und Dienstleistungen mit dem Ergebnis, daß sie umfassender und dauerhafter in Anspruch genommen werden.

(3) Ein Bewußtsein dafür, daß für Familienplanungsorganisationen und die IPPF das Wohlergehen der Benutzer von Dienstleistungen der Familienplanung im Vordergrund steht.

Arbeitsgebiet 4: Eingehen auf die Bedürfnisse junger Menschen

Junge Menschen werden auf ihre spätere Verantwortung als Staatsbürger und Eltern oftmals nur unzulänglich vorbereitet. Heute weiß man, daß das Gebären von Kindern durch Heranwachsende die Risiken für Mutter und Kind erhöht und das Wachstum und die Entwicklung beider beeinträchtigen kann. Die früher einsetzende sexuelle Aktivität vieler junger Menschen wirft eine Reihe gesundheitlicher, sozialer und psychischer Probleme auf. Diese beeinflussen in Verbindung mit dem Mangel an angemessener Schulbildung, Berufsausbildung und Arbeitsmöglichkeiten die Lebensqualität junger Menschen nachteilig. In zunehmendem Maße erkennt man, daß junge Menschen und Heranwachsende besondere Bedürfnisse und Probleme haben, die besondere Aufmerksamkeit erfordern.

Schon seit langem bemüht sich die IPPF junge Menschen auf ihre Rolle als Eltern von Morgen vorzubereiten; sie muß aber noch entschiedener auf deren unmittelbare Bedürfnisse und Probleme eingehen, indem sie ihnen hilft, mit den raschen gesellschaftlichen Veränderungen positiv umzugehen. Dazu sollten auch Anleitung und Unterstützung durch die Eltern, durch Erziehungsmaßnahmen und Beratungseinrichtungen zählen, um jungen Menschen zu helfen, ein verantwortungsbewußtes Sexual- und Familienlebens zu entwickeln.

Ziel I: Verbesserung und Ausweitung pädagogischer Angebote und Beratungseinrichtungen für junge Menschen.

Aufgaben:

International

- (1) Mit der Jugend und mit Organisationen der Jugendarbeit zusammenarbeiten, um bessere Strategien zu entwickeln, mit deren Hilfe man junge Menschen angemessen informieren und beraten kann.
- (2) Kenntnisse über brauchbare Erziehungs- und Beratungsmethoden analysieren und weiterentwickeln.
- (3) Mit Forschungsinstituten zusammenarbeiten, um die Kenntnisse der gesundheitlichen und sozialen Folgen der Frühehe und der Faktoren, die diese Praxis begünstigen, zu verbessern.
- (4) Wege finden und Möglichkeiten fördern, Eltern zu helfen, ihrer Verantwortung nachzukommen, ihre Kinder im Verlaufe der Kindheit und Jugend auf eine verantwortliche Elternschaft vorzubereiten.
- (5) Die Weitergabe von Informationen und Erfahrungen über Erziehung und Beratung von Jugendlichen erleichtern.
- (6) Ein Bewußtsein von und ein Verständnis für die besonderen psycho-sozialen Bedürfnisse heranwachsender Mädchen und Jungen, sowie Unterstützung für Program-

me, um auf diese Bedürfnisse einzugehen, fördern.

National

- (1) Mit Jugend-, Eltern-, Gemeinde- und Fachorganisationen auf nationaler und lokaler Ebene zusammenarbeiten, um die relevanten Bildungs- und Beratungsbedürfnisse junger Menschen und Möglichkeiten, diesen zu entsprechen, kennenzulernen.
- (2) Regierungen bewegen, in die Lehrpläne und die Lehrerausbildung für alle Schulstufen verantwortungsbewußte Elternschafts- und Sexualerziehung und -beratung aufzunehmen.
- (3) Erziehungs- und Beratungsmethoden, besonders für die außerschulische Jugendarbeit, untersuchen und erfolgreiche Aktivitäten ausweiten.
- (4) Wo die Frühehe häufig ist, die Wünschbarkeit eines höheren Heiratsalters in der Öffentlichkeit herausstellen.
- (5) Mit Jugendorganisationen und Einrichtungen der Jugendarbeit zusammenarbeiten, um die zusätzliche Bildungs-, Berufsbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten für junge Männer und Frauen zu schaffen.

Erwartetes Ergebnis:

- (1) Mehr Verständnis und Unterstützung für die besonderen psycho-sozialen Bedürfnisse von Jugendlichen.
- (2) Zusätzliche und bessere Programme, um Bildungs- und Beratungseinrichtungen für Jugendliche innerhalb und außerhalb der Schule und durch die Eltern bereitzustellen.
- (3) Genauere Kenntnisse brauchbarer Erziehungs- und Beratungsmethoden.
- (4) Besseres Verständnis der Gründe und Folgen früher Heirat und Schwangerschaft und der Möglichkeiten, mit diesen Problemen umzugehen.
- (5) Verbesserte Zusammenarbeit mit Jugendorganisationen und Einrichtungen der Jugendarbeit, um Programme zu fördern, die den Bedürfnissen junger Männer und Frauen entsprechen.
- (6) Rückgang der ungewollten Schwangerschaften bei Jugendlichen.

Ziel II: Erkennen und Beseitigen von Hindernissen bei der Bereitstellung von Dienstleistungen für junge Menschen.

Aufgaben:

International

- (1) Mit Fachorganisationen zusammenarbeiten, um soziale, rechtliche und administrative Hindernisse zu erkennen und Strategien der Veränderung zu entwickeln.
- (2) Bei Jugendorganisationen und Einrichtungen der Jugendarbeit Unterstützung für die Forderung erreichen, Dienstleistungen jungen Menschen allgemein zugänglich zu machen.

National

- (1) Praxis und Methoden der Familienplanungsorganisationen überprüfen und gegebenenfalls ändern, um den Bedarf aller jungen Leute nach Information und Dienstleistungen zu entsprechen.

(2) Regierungen, Fachleute und die in der Öffentlichkeit für die Meinungsbildung maßgeblichen Leute dringend auf die ersten Folgen der Schwangerschaft von Jugendlichen hinweisen.

(3) Forschungsinstitute, junge Menschen und Eltern, Fachleute und maßgebliche Personen des Gemeinwesens zusammenbringen, um restriktive Gesetze, soziale Einstellungen und Praktiken festzustellen und Strategien für ihre Veränderung zu entwickeln.

(4) Sich der Unterstützung der Medien bei der Bereitstellung pädagogischer Angebote und Dienstleistungen für Jugendliche versichern.

Erwartetes Ergebnis:

Soziale, rechtliche und administrative Veränderungen, die die Verfügbarkeit und Annehmbarkeit von Dienstleistungen für junge Leute erleichtern.

Ziel III: Ausweitung der Dienstleistungen, um auf die Bedürfnisse junger Menschen einzugehen.

Aufgaben:

International

- (1) Die Zusammenarbeit mit Fachorganisationen wie der Weltgesundheitsorganisation intensivieren, um die Planung und Praxis von Dienstleistungen zu verbessern.
- (2) Erfahrungen mit der Bereitstellung von Dienstleistungen für jun-

ge Leute analysieren und austauschen.

National

(1) Regierungen dazu bringen, in Familienplanungsprogramme und in die Gesundheitsfürsorge für Jugendliche umfassende Dienstleistungen einzubeziehen.

(2) Projekte durchführen, durch die der Bedarf junger Leute an Dienstleistungen in ausgewählten Bevölkerungsgruppen festgestellt und auf ihn eingegangen wird.

(3) Den besonderen Bedarf verheirateter Jugendlicher an für sie geeignete Dienstleistungen und Maßnahmen, feststellen und hervorheben.

Erwartetes Ergebnis:

Bereitstellung umfassender und verbesserter Dienstleistungen für junge Leute durch mehr Regierungen und Familienplanungsorganisationen als bisher.

Arbeitsgebiet 5: Verantwortung und Praxis des Mannes auf dem Gebiet der Familienplanung

Die meisten Methoden und Dienstleistungen der Familienplanung richten sich an Frauen. In einigen Gesellschaften hält die Einstellung des Mannes die Frau davon ab, sich dieser Dienstleistungen zu bedienen. Männer betreiben selbst nur in geringem Umfang Empfängnisverhütung. Es bedarf einer größeren Anstrengung, Männer dazu zu bringen, sich der gemeinsamen Verantwortung für Familienplanung und Empfängnisregelung zu stellen.

Ziel I: Entwicklung von Programmen um Männer über Familienplanung zu unterrichten.

Aufgaben:

International

- (1) Die Auswirkungen überkommener Rechte, Rolle und Verantwortlichkeiten von Männern und Frauen und von gemeinsamen Entscheidungen über die Planung der Familie untersuchen.
- (2) Bemühungen beschleunigen, Familien- und Familienplanungserziehung für Männer mit Hilfe entsprechender Organisationen zu fördern.
- (3) Einen umfassenderen Erfahrungsaustausch hinsichtlich der Erziehungsarbeit für Männer gewährleisten.

National

- (1) Zwischen den für die Meinungsbildung maßgeblichen Leuten, über Informations-Kanäle des Gemeinwesens und Schulen einen Dialog fördern über die Rechte, Rollen und Verantwortlichkeiten von Männern und Frauen und die Notwendigkeit gemeinsamer Entscheidungsfindung in der Familie.

(2) Familien- und Elternschaftserziehungsprogramme für Männer und Frauen ins Leben rufen, in denen die gemeinsame Entscheidungsfindung und Verantwortung hervorgehoben wird.

(3) Die Zusammenarbeit mit Gewerkschaften, Genossenschaften und Unternehmen bei gemeinsamen Erziehungsprogrammen ausbauen.

(4) Die pädagogischen Methoden für die Arbeit mit Gruppen von Männern, wie Wander- und Saisonarbeitern und Angehörigen der Streitkräfte, verbessern.

(5) Männer auffordern, sich voll an Bemühungen zur Förderung der Rechte und zur Verbesserung des Status der Frau zu beteiligen.

(6) In Frauenorganisationen und -gruppen eine Diskussion anregen über die Notwendigkeit gemeinsamer Verantwortung für die Familienplanung und gemeinsamer Praxis der Empfängnisregelung.

Erwartete Ergebnisse:

- (1) Änderung der Einstellung der Männer, die dazu führt, daß mehr Menschen, insbesondere Männer, Familienplanung praktizieren.
- (2) Größeres Engagement nationaler und internationaler Organisationen, einschließlich Männer- und Frauenorganisationen, für Familien- und Familienplanungserziehung für Männer.

Ziel II: Motivation von Männern, Empfängnisregelung zu praktizieren.

Aufgaben:

International

- (1) Bereits bestehende Dienstleistungsprogramme für Männer kritisch überprüfen und erfolgreiche Strategien umfassender anzuwenden.
- (2) Forschungen anregen und Entwicklungen verfolgen, die neue und verbesserte Methoden der Empfängnisregelung für Männer zum Ziel haben.

National

- (1) Familienplanungsprogramme für Männer ausweiten und verbessern.

Erwartetes Ergebnis:

Zunahme der Praktizierung von Empfängnisregelung durch den Mann.

- (2) Mehr Männer, insbesondere zufriedene Klienten dazu gewinnen und ausbilden, für vom Mann anzuwendende Methoden zu werben.
- (3) Programme entwickeln, für Gruppen von Männern, die bislang nicht erreicht wurden oder die Familienplanung nicht akzeptierten.
- (4) Männer und Frauen eingehend über die Empfängnisregelung durch den Mann, insbesondere Sterilisation, informieren und bestehende Mißverständnisse ausräumen.

Ziel III: Die Einstellung von den Männern ändern, die für die Meinungsbildung maßgeblich sind.

Aufgaben:

International

- (1) Erfolgreiche Methoden der Einflußnahme auf Männer, die für die Meinungsbildung maßgeblich sind, feststellen und darüber Erfahrung austauschen.

National

- (1) Mit Forschungsinstituten zusammenarbeiten, um Faktoren festzustellen, die Männer in ihrer Ablehnung der Familienplanung

beschränken, mit dem Ziel, negative Einstellungen zu ändern.

- (2) Unterstützung für Familienplanung durch die Führungskräfte von Männerorganisationen gewinnen.
- (3) Mehr leitende Männer in Gemeinwesen als freiwillige Mitarbeiter gewinnen.

(4) Sich um die Unterstützung der Medien bemühen für die öffentliche Diskussion der Aufgabe und Verantwortung des Mannes bei der Familienplanung.

Erwartete Ergebnisse:

- (1) Neue und wirksamere Kanäle der Werbung für Empfängnisregelung durch den Mann.
- (2) Vergrößerung der Zahl der Organisationen, die sich mit der aktiven Unterstützung der Familienplanung durch den Mann beschäftigen.
- (3) Zunehmende Einbeziehung von Männern als ehrenamtlichen Mitarbeitern in die Familienplanungsarbeit auf Gemeindeebene.

Arbeitsgebiet 6: Stärkung der Rolle der Laien für die Familienplanung

Die Rolle der ehrenamtlichen Mitarbeiter in der sozialen Entwicklung wird auf nationaler und internationaler Ebene in zunehmendem Maße anerkannt. Um in den achtziger Jahren bedeutende Fortschritte hinsichtlich der Verfügbarkeit und Akzeptanz von Familienplanung zu erzielen, wird es nötig sein, in starkem Maße die Allgemeinheit zu mobilisieren und einzubeziehen. Wenn die Abhängigkeit der IPPF-Mitgliederorganisationen von externen Mitteln abnimmt, so kann dies sowohl zu einer Stärkung der Rolle der Familienplanungsorganisationen als Institutionen des Gemeinwesens führen als auch ermöglichen, die ohnehin knappen Mittel Ländern zukommen zu lassen, die ihrer am meisten bedürfen. Diese Faktoren machen deutlich, daß es dringend erforderlich ist, den Anteil der Laien in allen Bereichen der Arbeit der IPPF und der nationalen Organisationen zu vergrößern.

Ziel I: Das Verständnis für die Bedeutung von nichtstaatlichen Organisationen für die Familienplanung verbessern.

Aufgaben:

International

- (1) Die volle Anerkennung der sich ergänzenden Funktionen staatlicher und nicht-staatlicher Institutionen zur Befriedigung von Familienplanungsbedürfnissen erreichen.
- (2) Durch internationale Tagungen, Erklärungen und Pläne umfassendere öffentliche Anerkennung für die Aktivitäten und fachlichen Erfahrungen der IPPF erzielen.
- (3) Den Verband auf Gelegenheiten hinweisen, für die Aufgabe und den Beitrag der IPPF auf nationaler Ebene zu werben.

National

- (1) Nach Möglichkeiten der Beteiligung der Familienplanungsorganisationen an der Formulierung und Durchführung von Richtlinien der Entwicklungs-, Bevölkerungs- und Familienplanungspolitik suchen.
- (2) Sich mit anderen nicht-staatlichen Organisationen zusammenschließen, um das Wissen von und das Verständnis für die Leistungen und das Potential der ehrenamtlichen Mitarbeit zu fördern.

Erwartetes Ergebnis:

- (1) Stärkeres Hervortreten und bessere Arbeitsmöglichkeiten der IPPF innerhalb der internationalen Gemeinschaft.
- (2) Klarere Bestimmung der Rolle und des Beitrags der Familienplanungsorganisationen und dadurch erweiterte Handlungsmöglichkeiten auf nationaler Ebene.

Ziel II: Ausweitung der Mitarbeit von Laien und Aufrechterhaltung ihres Engagements auf allen Ebenen.

Aufgaben:

International

- (1) Wege und Möglichkeiten entwickeln, eine umfassendere Beteiligung von ehrenamtlichen Mitarbeitern an den internationalen Aufgaben und an der Entscheidungsfindung der IPPF zu erleichtern.
- (2) Den Informationsfluß hinsichtlich der Richtlinien und Programme verbessern und den Erfahrungsaustausch unter den ehrenamtlichen Mitarbeitern auf al-

len Ebenen erleichtern, auch unter Benutzung der Publikationen der IPPF.

National

- (1) Wo erforderlich, Satzungen und Strukturen ändern, um die Allgemeinheit stärker einzubeziehen und die Benutzer von Dienstleistungen zu beteiligen an der Formulierung von Richtlinien und an den Programmen selbst.

- (2) Bemühungen intensivieren, Angehörige anderer Gruppen des Gemeinwesens und geeigneter Berufsgruppen als ehrenamtliche Mitarbeiter zu gewinnen.
- (3) Pilotprojekte durchführen, die zusammen mit ehrenamtlichen

Mitarbeitern aus dem Gemeinwesen geplant und in die Praxis umgesetzt werden.

- (4) Partnerschaft mit einer größeren Reihe von Organisationen des Gemeinwesens entwickeln.

Erwartete Ergebnisse:

- (1) Stärkung der Glaubwürdigkeit und des Einflusses der Familienplanungsorganisationen innerhalb des Gemeinwesens.
- (2) Größere Zahl von Programmen, in denen Laien mitarbeiten.
- (3) Im Rahmen der IPPF höhere Zahl von Programmen, die in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen der Gemeinwesenarbeit durchgeführt werden.
- (4) Im ganzen Verband eine umfassendere und effektivere Mitarbeit von Laien.

Ziel III: Stärkung der Selbständigkeit der Familienplanungsorganisationen im Hinblick auf Mitarbeitern, technische und finanzielle Mittel.

Aufgaben:

International

- (1) Seitens der ehrenamtlichen Mitarbeiter dafür werben, damit die Familienplanungsorganisationen den Gedanken der Selbständigkeit verstehen und dessen Ziel verfolgen.
- (2) Erfahrungen darüber austauschen helfen, wie Selbständigkeit erreicht werden kann.
- (3) Die Familienplanungsorganisationen dabei unterstützen ihre technischen Fähigkeiten auszubauen, um die Wirksamkeit des Managements und der Verwaltung zu verbessern.

(2) Gelegenheiten für gemeinsame Aktivitäten mit anderen Organisationen der Gemeinwesenarbeit ausnutzen, wobei Mittel und Kosten geteilt werden.

(3) Beiträge nicht-finanzieller Art, wie zum Beispiel kostenlose Räumlichkeiten und Zugang zu den Medien erschließen.

(4) Kostengünstige Gestaltung von Dienstleistungen der Familienplanungsorganisationen ausprobieren.

(5) In dem Programm der Familienplanungsorganisationen Gebiete feststellen, bei denen Einsparungen möglich sind, und solche, bei denen man finanzielle Unterstützung von außerhalb der IPPF erreichen könnte.

(6) Möglichkeiten feststellen, wie die Wirksamkeit des Managements und der Verwaltung verbessert werden könnte.

National

- (1) Sich in allen Bereichen der Familienplanungsarbeit die Sachkenntnisse und Erfahrungen von Laien in größerem Umfang zunutze machen.

Erwartete Ergebnisse:

- (1) Verstärkter Rückgriff auf Unterstützung durch die Gesellschaft im nationalen Rahmen.
- (2) Zunehmende Anerkennung der Familienplanungsorganisationen als echte Institutionen der Gemeinwesenarbeit.
- (3) Verbesserte Effektivität auf dem Gebiet des Managements und der Verwaltung.
- (4) Die Arbeit der Familienplanungsorganisationen fortsetzen zu können, solange ein Bedarf dafür besteht.

PRO FAMILIA ARBEITSMATERIALIEN

Kretschmann, G., **Vor der Entscheidung steht die Beratung.** Die soziale Beratung als Bestandteil des § 218 StGB und als ein Teil der Schwangerschaftskonfliktberatung. 12 S., DIN A 4, geheftet, 1976, PFA Nr. 5.

Schwangerschaftskonfliktberatung aus europäischer Sicht. Bericht der Arbeitsgruppe »Schwangerschaftskonfliktberatung« der Tagung der IPPF EUROPE im Dezember 1974 in Rotterdam. 70 S., DIN A 4, geheftet, 1976, PFA Nr. 6.

Material-Sammlung zum § 218 StGB. Herausgegeben von der Redaktionsgruppe des Ausschusses »Beratungsprobleme nach der Reform des § 218 StGB« der PRO FAMILIA. 98 S., DIN A 4, geheftet, 3. überarbeitete Auflage 1980, PFA Nr. 8.

Medizinische Materialsammlung zur Empfängnisregelung. Herausgegeben vom Medizinischen Komitee der PRO FAMILIA. 42 S., DIN A 4, geheftet, 3. überarbeitete Auflage 1980, PFA Nr. 11.

Grösch, R., **Interkulturelle Studie über Aspekte der Familienplanung und Sexualpädagogik bei Jugendlichen** – International Planned Parenthood Federation (IPPF) Europa Region – Beitrag über die BRD und West-Berlin. 67 S., DIN A 4, geheftet, 1978, PFA Nr. 13.

Kontrazeptionsforschung – Pille und Depo Provera – Beiträge aus England und den USA (Ergänzung zur PFI 4/77). 56 S., DIN A 4, geheftet, 1978, PFA Nr. 14.

Familienplanungsarbeit in der IPPF Europa Region. Ansätze zur Arbeit mit ausgewählten Gruppen. Bericht der »Regional Travelling Working Group« der IPPF EUROPE 1977. 76 S., Sonderdruck, 1978, PFA Nr. 15.

Tätigkeitsbericht der PRO FAMILIA von Mai 1978 bis Mai 1979. Herausgegeben zur Bundesarbeitstagung der PRO FAMILIA in Hofgeismar im Mai 1979. 84 S., DIN A 4, geheftet, 1979, PFA Nr. 16.

Becker, R., **Analyse der innerverbandlichen Diskussion um die Entwicklungsperspektiven der Aktivitäten der PRO FAMILIA (Perspektivplanung).** 82 S., DIN A 4, geheftet, 1979, PFA Nr. 17.

Hauffe, U., **Erfahrungsbericht über den Versuch, in Aachen alternative Schwangerschaftsgruppen aufzubauen.** 40 S., DIN A 4, geheftet, 1979, PFA Nr. 18.

Buschmann, R./Hauffe, U./Schubert, S., **Bibliographie zur Sexualtherapie.** 10 S., DIN A 4, geheftet, 1979, PFA Nr. 19.

Hauffe, U., **Bibliographie zu Schwangerschaft und Geburt.** 9 S., DIN A 4, geheftet, 1979, PFA Nr. 20.

Menne, K./Moersch, E., **Psychoanalytische Erfahrungen aus der Supervision von Schwangerschaftskonflikt-Beratungen.** 32 S., DIN A 4, geheftet, 1980, PFA Nr. 21.

Tätigkeitsbericht der PRO FAMILIA von Mai 1979 bis Mai 1980. Herausgegeben zur Bundesarbeitstagung der PRO FAMILIA in Kassel im Mai 1980. 73 S., DIN A 4, geheftet, 1980, PFA Nr. 22.

Materialien zu sozialen Voraussetzungen familienplanerischer Entscheidungen. Herausgegeben von Jürgen Heinrichs. 81 S., DIN A 4, geheftet, 1980, PFA Nr. 23.

Leitfaden für die Arbeit mit den PRO FAMILIA Beratungsfragebögen. 66 S., DIN A 4, geheftet, 1980, PFA Nr. 24.

Sexualität in der Partnerschaft mit Körperbehinderten. 110 S., DIN A 4, geheftet, 1981, PFA Nr. 25.

Die PFA erscheinen seit 1976. Die Titel werden in unregelmäßiger Erscheinungsfolge erweitert und können gegen Einsendung von DM 2,50 in Briefmarken pro Exemplar beim Bundesverband der PRO FAMILIA in Frankfurt am Main bestellt werden. Jeder Beratungsstelle und jedem Landesverband der PRO FAMILIA steht je ein Freixemplar für ihre Handbibliotheken zur Verfügung, das auf schriftliche Anforderung beim Bundesverband in Frankfurt am Main übersandt wird. Die fehlenden Nummern der PFA sind vergriffen und werden nicht wieder aufgelegt.

Pro Familia
Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e.V. – Bundesverband
Cronstettenstraße 30
6000 Frankfurt am Main 1
Telefon 55 09 01

Die *Pro Familia Informationen* erscheinen ab 1981 als Teil der Zeitschrift *Sexualpädagogik und Familienplanung* (Herausgeber: *Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung* und *Braunschweiger Verlagsanstalt*). Redaktion der *Pro Familia Informationen* und für den Inhalt verantwortlich: Ausschuß für Informations- und Öffentlichkeitsarbeit (Bernhard Braunschweig, Jürgen Heinrichs, Jutta Neufeldt, Eva Rudolph, Elke Thoß). Anschrift der Redaktion: *Pro Familia*, Bundesverband, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1.

Nach über vier Jahren Erfahrung mit den geänderten
§§ 218 ff. StGB:

Recht und Praxis des Schwangerschaftsabbruchs

Fragen an Professor Albin Eser, Tübingen

In dieser Ausgabe beginnt die Redaktion mit von *Sexualpädagogik und Familienplanung* einem Experiment. Wir wollen Frauen und Männer, die durch ihre bisherigen Aktivitäten und Veröffentlichungen in Bereichen gut ausgewiesen und damit die für unsere Arbeit besonders wichtig sind, eine Reihe von Fragen zur Beantwortung vorlegen. Gerade bei kontrovers diskutierten Themen ist es erforderlich, eine gut fundierte Expertenmeinung zu kennen, auch wenn nicht jeder, sei er Experte oder Laie, die vorgetragene Meinung in allen Punkten teilen wollen. Einer lebhaften Diskussion, zumal wenn sie sich durch Sachlichkeit und Fairness auszeichnet, wird die Redaktion gern Platz einräumen. Die Fragen stellte Jürgen Heinrichs.

In der Öffentlichkeit werden nur wenige Gerichtsverfahren und Aburteilungen nach § 218 StGB bekannt. Wie hat sich die Rechtsprechungspraxis entwickelt? Wieviele Verfahren und Verurteilungen gibt es? Werden Personen wegen Beihilfe verurteilt und sind darunter auch Berater anerkannter Beratungsstellen?

Auf dieses Bündel von Fragen lassen sich leider nur sehr ungenaue Antworten geben. Denn bisher fehlt es noch an einer umfassenden Untersuchung und Auswertung der neueren Rechtsprechungspraxis zum geänderten § 218 StGB. Immerhin läßt sich der Polizeilichen Kriminalstatistik für 1979 entnehmen, daß in der Bundesrepublik insgesamt 151 Ermittlungsverfahren wegen Schwangerschaftsabbruchs durchgeführt wurden und es dabei in 146 Fällen zu einer Aufklärung kam – eine mit 96,7 % überraschend hohe Aufklärungsquote. Inwieweit dies dann freilich auch zu

einer gerichtlichen Verurteilung führte und welche Strafen dabei ausgesprochen wurden, ist leider nicht zu ersehen. Deshalb ist man vorerst auf Zufallserkenntnisse angewiesen. Einer breiteren Öffentlichkeit bekannt wurde der Fall einer Beraterin, die (bevor die Strafrechtsänderung in Kraft trat) einer noch in der Ausbildung befindlichen Polendeutschen die Adresse einer holländischen Klinik vermittelt hatte, in der Meinung, daß es nach deutschem Recht an einer Indikation fehle. In der Revisionsentscheidung des Bayrischen Obersten Landesgerichts wurden dann zwar in der Tat die Voraussetzungen einer Indikation verneint; dies jedoch weniger deshalb, weil in Gefährdung des Ausbildungsabschlusses keine „schwerwiegende Notlage“ zu erblicken sei, sondern weil kurzerhand eine Adresse vermittelt wurde, ohne zunächst unter Einschaltung der Eltern oder der Sozialbehörden nach einer anderweitigen Abwendungsmöglichkeit zu suchen.

Im übrigen wurden noch einige Verfahren gegen Ärzte bekannt, in denen die Staatsanwaltschaft bei Verdacht mangelnder Indikation das Verfahren gegen eine Geldbuße nach § 153a StPO eingestellt hat. Für diese Verfahrensweise ist kennzeichnend, daß es einerseits nicht zu einer gerichtlichen Überprüfung des Tatverdachts kommt, und andererseits die Einstellung gegen Auferlegung einer Geldbuße die Zustimmung des Beschuldigten voraussetzt. Diese Verfahrensart ist aber gerade bei einem Arzt ein zweischneidiges Schwert: Da er in der Regel ein Interesse daran haben wird, daß „sein Fall“ nicht an die große Glocke einer öffentlichen Verhandlung kommt, wird er sich vermutlich selbst dann mit einer Einstellung gegen Geldauflage einverstanden erklären, wenn der Verdacht mangelnder Indikation einer gerichtlichen Überprüfung nicht standhalten würde.

Das gleiche gilt übrigens auch für die Ahndung im sogenannten Strafbefehlsverfahren, wo ebenfalls ohne mündliche Verhandlung eine Geldstrafe verhängt wird und es allenfalls bei Einspruch des Beschuldigten zu einem öffentlichen Strafverfahren kommt. Auch in diesem Fall wird der Arzt – wie einige bekanntgewordene Fälle zeigen – eher stillschweigend zu zahlen bereit sein, als es auf eine gerichtliche Klärung ankommen zu lassen. Diese beiden Verfahrensarten, die freilich von der Staatsanwaltschaft nicht unbedingt gewählt werden müssen, ersparen zwar dem Arzt die öffentliche Verhandlung, bewirken jedoch gleichzeitig, daß über etwaige Verfahren und die zugrundeliegenden Umstände nur wenig an die Öffentlichkeit dringt.

Dies ist nicht zuletzt deshalb ein dauerlicher Zustand, weil damit die an sich erforderliche Konkretisierung der Indikationsvoraussetzungen durch die Rechtsprechung praktisch nicht stattfindet. Deshalb wird es eines meiner nächsten Forschungsvorhaben sein, sowohl die staatsanwalt-

Das Recht auf Abbruch in Italien

Auch Ärzte in Italien dürfen es aus Gewissensgründen ablehnen, eine Schwangerschaft abzubrechen. Es ist aber unzulässig, wenn es pauschale Verbote für ganze Kliniken gibt. Der Krankenhauschef kann wegen „Unterlassung einer Amtshandlung“ angezeigt werden, wenn er nicht dafür sorgt, daß ein Abbruch in seiner Klinik möglich ist. Wenn das gesamte Personal aus Gewissensgründen den Abbruch nicht vornehmen will, muß der Chef dafür sorgen, daß klinikfremdes Personal den Eingriff vornimmt. Im allgemeinen Landeskrankenhaus Meran zum Beispiel, nimmt ein Team aus Padua (250 Kilometer Entfernung) wöchentlich die Abbrüche vor, weil das Meraner Personal von seinem Recht Gebrauch macht, an Abbrüchen nicht beteiligt sein zu wollen. Dies berichtet Dr. Roberto Algranti im *Deutschen Ärzteblatt* vom 19. Februar 1981.

schaftliche wie auch die gerichtliche Handhabung des § 218 StGB so vollständig wie möglich zu erfassen sowie in ihren Grundlagen und Tendenzen auszuwerten.

Was die in Ihrer vorangehenden Antwort bereits angesprochene „schwerwiegende Notlage“ betrifft, wäre dazu eine genauere Bestimmung rechtspolitisch wünschenswert?

Ja und nein. Auf der einen Seite ist es für jeden, der an einer möglichst klaren und einheitlichen Rechtsanwendung interessiert ist, höchst bedenklich, was alles unter „schwerwiegende Notlage“ gebracht wird. Nicht ganz ohne Grund taucht ja immer wieder der Vorwurf auf, daß diese Indikation häufig als „verkappte Fristenlösung“ mißbraucht werde. Soweit dieser Vorwurf freilich mit der ungemein hohen Indikationsquote der „schweren Notlage“ – derzeit rund 75 % aller Indikationen – begründet wird, scheint mir dies nur bedingt schlüssig zu sein.

Gewiß wäre es naiv zu leugnen, daß diese Indikation in der Tat in nicht wenigen Fällen vorgeschoben wird, wo von einer Notlage, die in ihrer Schwere einer gesundheitlichen Beeinträchtigung vergleichbar wäre – so der Wille des Gesetzes –, auch beim besten Willen nicht zu sehen ist: wie etwa dort (so ein tatsächlicher Abbruchwunsch), wo man nur deshalb noch nicht glaubt heiraten zu können (und daher das Kind noch nicht brauchen kann), weil die Wohnung noch nicht so eingerichtet ist, „wie sich das heute gehört“. Umgekehrt werden aber auch nicht wenige Fälle, die bereits nach der „medizinischen“ Indikationsklausel (§ 218a Abs. 1 Nr. 2 StGB) indiziert wären, fälschlich erst unter die „allgemeine Notlagenindikation“ (§ 218a Abs. 2 Nr. 3 StGB) gebracht. Und zwar wohl deshalb, weil sich offenbar bei vielen Ärzten bis heute noch nicht herumgesprochen hat, daß der reformierte Gesetzeswortlaut bereits bei der sogenannten „medizinischen“ Indikation viel weiter geht, als dies bei der früheren „medizinischen“ Indikation der Fall war; denn heute setzt die „medizinische“ Indikation gerade nicht mehr die Feststellung eines bestimmten Krankheitsbildes voraus, sondern läßt bereits die „Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes“ genügen, und zwar „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren“. Das aber bedeutet, daß bereits bei dieser Indikation familiäre und soziale Auswirkungen, und zwar gerade auch aufgrund der Dauerbelastung durch ein weiteres Kind, mitzubeherrschenden sind – somit also bereits die-

se Indikation als eine „medizinisch-soziale“ zu begreifen ist.

Wenn dies so häufig verkannt und demzufolge auf die „allgemeine Notlageindikation“ zurückgegriffen wird, wo in Wirklichkeit bereits jene „medizinisch-soziale“ durchgreifen könnte, so beruht dies vielleicht auch darauf, daß die „allgemeine Notlagesituation“ meist als „soziale“ bezeichnet wird; denn dadurch wird die irrige Vorstellung erweckt, als ob soziale Faktoren nur unter dieser Indikation berücksichtigt werden könnten, und daß dabei die „Notlage“ zudem noch auf den „Sozialfall“ verkürzt wird.

Alle diese Mißdeutungs- und gewiß auch Mißbrauchsmöglichkeiten der „allgemeinen Notlageindikation“ könnten in der Tat dafür sprechen, sie bei einer Neufassung des Gesetzes genauer zu bestimmen. Andererseits habe ich jedoch größte Zweifel, ob dies überhaupt in befriedigender Weise gelingen kann. Denn falls man diese Indikation nicht völlig wieder abschaffen will – eine Vorstellung, die in einem Sozialstaat durchaus Berechtigung hätte, wenn diese Indikation tatsächlich als eine rein wirtschaftliche zu begreifen wäre und demzufolge durch entsprechende soziale Anstrengungen überflüssig gemacht werden könnte und müßte – falls man also auch sonstige, nicht bereits durch die anderen Indikationen erfassbare Notlage anerkennen will, was bleibt dann eigentlich als Alternative? Entweder die Ersetzung der jetzigen Generalklausel durch eine Kasuistik, was den – bereits von anderen Kasuistiken bekannten – Nachteil allzugroßer Starrheit sowie der Nichterfaßbarkeit gesetzlich nicht vorbedachter Notlagen hätte. Oder aber die Ersetzung durch eine andere Generalklausel, die dann freilich ihrerseits Konkretisierungsbedürftig wäre. Zudem würde ich ein Positivum der jetzigen Formulierung nicht zuletzt auch darin sehen, daß sie – wenn richtig gehandhabt – zu einer umfassenden Gesamtwürdigung zwingt und daher nicht schon ein „Abhaken“ vordergründiger Daten genügen läßt.

Statt eine gesetzliche Neuformulierung anzustreben, wäre es daher viel wichtiger, im Wege einer – bereits zuvor angesprochenen – Auswertung und Strukturierung der Rechtsprechung und gesetzessloyalen Handhabungspraxis Schritt für Schritt zu Konkretisierungen zu kommen, wie sie ja auch bei anderen Generalklauseln (wie etwa die von „Treu und Glauben“ oder der „Verwerflichkeit“ von Nötigung) gelungen ist.

Gegenüber der Forderung nach Abschaffung oder erneuter Änderung (etwa im Sinne der „Fristenlösung“) des § 218 StGB wird immer wieder der Einwand er-

hoben, daß dies verfassungswidrig sei. Trifft dies zu?

Das ist jedenfalls dann zu bejahen, wenn eine nochmalige Änderung des § 218 StGB praktisch auf Wiedereinführung einer vorbehaltlosen Fristenlösung hinauslaufen oder gar den Schwangerschaftsabbruch generell freistellen würde. Denn nachdem ja bereits die Fristenlösung von 1974 gegenüber dem Grundrecht und Schutzanspruch des ungeborenen Lebens nicht bestehen konnte, wäre eine noch weitergehende Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs erst recht dem Verdikt der Verfassungswidrigkeit ausgesetzt. Wer demgegenüber damit spekulieren möchte, daß bei einer neuen Verfassungsklage die Richterbank des Bundesverfassungsgerichts anders, nämlich „fristenfreundlicher“ besetzt sein könnte, der scheint mir zu verkennen, daß in einer derart fundamentalen Frage das Bundesverfassungsgericht schwerlich innerhalb kurzer Zeit eine totale Kehrtwendung machen könnte, ohne damit jegliches Vertrauen in die Kontinuität seiner Rechtsprechung zu verspielen.

Damit soll nicht ausgeschlossen sein, daß nicht doch einmal der Zeitpunkt kommen könnte, zu dem das ungeborene Leben auf andere Weise als gerade durch das Strafrecht geschützt werden könnte. Denn das Bundesverfassungsgericht hat ja – was freilich häufig nicht differenziert genug gesehen wird – die Verfassungswidrigkeit der „Fristenlösung“ nicht einfach kurzerhand aus der eigenständigen Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens abgeleitet, sondern erst daraus, daß dieses Schutzgebot gegenwärtig nicht anders als durch ein strafrechtliches Abtreibungsverbot zu gewährleisten sei. Diese Doppelvoraussetzung von Schutzwürdigkeit und Strafbedürftigkeit, wie sie durchaus auch für sonstige strafrechtliche Verbote erforderlich ist, bedeutet, daß eine generelle Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs nur solange von Verfassungs wegen geboten ist, als sich nicht mit anderen Mitteln dem werdenden Leben der gebührende Schutz verschaffen läßt. Würde es also – wie etwa mit Hilfe einer wirklich effizienten Beratung – gelingen, die Selbstverantwortlichkeit der Schwangeren so zu stärken, daß tatsächlich nur aufgrund einer den gegenwärtigen Indikationen vergleichbaren Abwägung abgebrochen wird, so wäre jedenfalls aus verfassungsrechtlicher Sicht der Weg zu einem straffrei(er)en Schutzmodell nicht auszuschließen.

Doch die Umstände, die sind nicht so und werden es wohl auch so schnell nicht werden. Gewiß wird sich die Schwangere den Schritt zum Schwangerschaftsabbruch in der Regel nicht leicht machen. Sobald

man jedoch den Schwangerschaftsabbruch nicht als reine Selbstverfügung, sondern zugleich auch als Fremdverfügung begreift – und daran führt keine Weg vorbei, wenn man auch dem Ungeborenen bereits ein eigenes Lebensrecht zuerkennt, wie dies unsere Verfassung tut – sobald somit über eine reine Selbstbestimmung hinaus der Schwangerschaftsabbruch zu einem Abwägungsproblem gegenüber dem legitimen Lebensinteresse eines anderen wird, muß die Rechtsordnung auch Vorsorge gegenüber jenen treffen, die sich jegliche Abwägung ersparen oder allzu leichtgewichtigen Eigeninteressen den Vorrang einräumen wollen. Und daß es auch dies gibt, das wird man bei etwas Realitätssinn kaum bestreiten können. Wohin eine weitgehende Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs tatsächlich treiben kann, ist neuerdings in den USA zu beobachten, wo die eigentlich zur Feststellung von geschädigtem Nachwuchs gedachte Amniozentese immer mehr zur Geschlechtswahl genutzt wird, um notfalls abbrechen zu können, falls es mit dem erhofften Stammhalter wiedermal nichts war. Obgleich dies als Mißbrauch der Amniozentese empfunden wird, gibt es angesichts der dortigen 6-monatigen Abtreibungsfreiheit keine Handhabe, um dieser Entwicklung entgegenzusteuern. Auch auf „natürliche Instinkte“ ist dann offenbar kein Verlaß; denn wie könnte sich sonst eine Frau zu einer derartigen Diskriminierung ihres eigenen Geschlechts hergeben? Umso schlimmer der Mann, der die Frau dazu treibt.

Auch sonstige Fehlentwicklungen solcher Art wären mit rechtlichen Mitteln kaum zu unterbinden, wenn § 218 völlig abgeschafft würde: Denn mangels anderer Schutztatbestände stünde das Leben zur freien Disposition, und zwar bis zum Beginn der Geburt. Wer dies für zulässig erachten will, weiß offenbar nicht, was er tut.

Im geltenden Strafrecht ist ausdrücklich die Möglichkeit vorgesehen, Einrichtungen zum ambulanten Schwangerschaftsabbruch zuzulassen. Läßt sich, etwa gegenüber der generellen Weigerung der Bayerischen Staatsregierung, die Zulassung solcher Einrichtungen gerichtlich durchsetzen?

Die Zulassung von anderen „Einrichtungen“ zum Schwangerschaftsabbruch ist in der Tat vom Bundesgesetzgeber vorgesehen, wobei die einzelne Zulassung den Ländern überlassen wurde. Ob freilich unter derartigen „Einrichtungen“ nur stationäre oder auch ambulante gemeint sind, läßt sich dem Gesetzeswortlaut nicht eindeutig entnehmen. Deshalb wird man auch

die Zielsetzung dieser Vorschrift, wie sie sich den Ausschlußberatungen entnehmen läßt, zurückgreifen müssen. Danach ging es beim Zulassungserfordernis zum einen darum, daß die Schwangere für den Fall von Komplikationen bestmöglich abgesichert ist, zum anderen soll die Entwicklung gewerbsmäßiger „Abtreibungskliniken“ unter Kontrolle gehalten werden. Daraus folgt, daß gegen die Zulassung von Ambulatorien rechtlich nichts einzuwenden ist, solange dabei eine ärztlich kunstgerechte Durchführung und Nachbehandlung gewährleistet sowie gegen eine gewerbsmäßige Ausbeutung Fürsorge getroffen ist.

Was gegen Länder zu unternehmen sei, die sich der Zulassung von derartigen „anderen Einrichtungen“ bislang generell verweigert haben, dies ist eine recht komplexe Frage. Dazu wird man in aller Kürze vor allem Folgendes auseinanderhalten müssen: Auf der einen Seite gibt es zwar keine Möglichkeit, auf gerichtlichem Wege den Erlaß von Länderrichtlinien zu erzwingen, durch die unter bestimmten Voraussetzungen „andere Einrichtungen“ zum Schwangerschaftsabbruch zugelassen werden. Ebensovienig kann man gegen die generelle Weigerung einer Landesregierung, Ambulatorien zuzulassen, mit gerichtlichen Mitteln vorgehen.

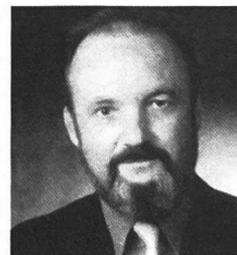
Auf der anderen Seite jedoch setzt die Zulassung derartiger Einrichtungen gar nicht unbedingt entsprechende Richtlinien voraus; denn da sich die grundsätzliche Zulässigkeit bereits aus Bundesrecht ergibt, erschöpft sich die Bedeutung der Richtlinien ohnehin in der bloßen Ausgestaltung des Zulassungsverfahrens. Selbst wenn es also an einer derartigen Regelung noch fehlt, kann der an einer Einrichtung interessierte Träger einen Antrag auf Zulassung stellen, der dann von der Behörde zu bescheiden wäre. Zwar steht dabei die Frage der Zulassung im Ermessen der Behörde (sofern dieses nicht bereits gesetzlich näher konkretisiert ist); doch kann gegen einen abschlägigen Bescheid der Gerichtsweg beschritten werden. In einem solchen Verfahren könnte dann das Ermessen zwar nicht generell, wohl aber im Hinblick auf einen etwaigen Mißbrauch im konkreten Fall überprüft werden. Dabei müßte dann die Behörde ihre abschlägige Entscheidung auch an der gesetzlichen Zielsetzung der Schwangerschaftsabbruchsreform messen lassen, nämlich die Praxis illegaler Schwangerschaftsabbrüche einzuschränken und gesundheitspolitisch eine bessere Versorgung der betroffenen Frauen zu erreichen. Inwieweit es zudem auch das Gleichheitsgebot und das Sozialstaatsprinzip gebieten würden, den betroffenen Frauen die Möglichkeit zu einem legalen Abbruch ohne Gesundheitsgefährdung

und Diskriminierung zu ermöglichen, würde einer eingehenden Prüfung bedürfen, als dies hier möglich ist. Auf jeden Fall wird sich eine Ablehnung nicht schon mit dem – vor allem von den Ländern Baden-Württemberg und Bayern immer wieder ins Feld geführten – „mangelnden Bedarf“ begründen lassen; denn eine solche „Bedürfnisprüfung“ wäre mit der in der Bundesrepublik grundrechtlich gewährleisteten Berufs- und Gewerbefreiheit, wie sie auch für die legale Tätigkeit einer privaten ärztlichen Einrichtung gelten dürfte, unvereinbar.

Über die Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs im Ausland herrschen in der Öffentlichkeit die widersprüchlichsten Meinungen: Während die einen glauben, daß man nur ins Ausland zu fahren brauche, um dem deutschen Abtreibungsverbot zu entgehen, halten andere das Ausweichen ins Ausland für strafbar. Was ist eigentlich daran richtig?

Keine dieser Extremauffassungen ist korrekt. Vielmehr verfolgt das deutsche Recht eine mittlere Linie, wobei vor allem Folgendes wichtig ist: Soweit ein Schwangerschaftsabbruch indiziert ist und nach der vorgeschriebenen Beratung erfolgt, ist es völlig gleichgültig, ob der Abbruch in der Bundesrepublik oder im Ausland durchgeführt wird. Soweit es dagegen an einer Indikation fehlt, bleibt der Abbruch für etwaige Anstifter oder Gehilfen (zum Beispiel durch Vermittlung einer Adresse) auch bei Durchführung im Ausland strafbar. Allerdings bleibt selbst für diesen Fall die Schwangere straffrei, wenn der Abbruch innerhalb von 22 Wochen seit Empfängnis von einem Arzt durchgeführt wird und die Schwangere sich zuvor in der Bundesrepublik der vorgeschriebenen Sozialberatung unterzogen hat.

Dr. Albin Eser ist seit 1970 Professor für Strafrecht, Strafprozeßrecht und Strafrechtsvergleichung an der Universität Bielefeld, 1974 war er mit gleichem Fachgebiet Professor an der Universität Tübingen tätig; nebenamtlich seit 1975 Richter am Oberlandesgericht Stuttgart, seit 1977 Mitglied des Senats der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Publikationen u. a. zu den Themenbereichen „Sexualität in der Strafrechtsreform“, „Freiwillige Sterilisation und Strafrechtsreform“, „Reform der Schwangerschaftsunterbrechung“, „Aspekte zur Abtreibungsreform“, „Kommentierung der §§ 218 ff.“. Herausgeber der im Enke Verlag Stuttgart erscheinenden Reihe „Medizin und Recht“.



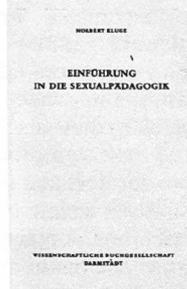


Sexual- pädagogik der 70er Jahre im Spiegel der Literatur

Bücher für Kinder,
Jugendliche, Eltern
und Lehrer

Von Anneliese Knoop

Vortrag im Rahmen einer
„Studienwoche zur Sexualpädagogik“
der Universität –
Gesamthochschule Paderborn
vom 3.- 7. 11. 80



Dieser Beitrag ist eine Fortsetzung aus „Sexualpädagogik“ 4/80. Wer den ersten Teil nicht kennt, kann das Heft kostenlos bei der Braunschweiger Verlagsanstalt, Postfach 45 44, 3300 Braunschweig, anfordern.

Anneliese Knoop befaßte sich im ersten Teil mit der allgemeinen Entwicklung der sexualpädagogischen Literatur für den schulischen und außerschulischen Bereich. Sie weist darauf hin, daß ein Teil der Literatur auch in der Schulpraxis verwendbar ist, wobei allerdings zu klären sei, ob es Ertaß-Grenzen gibt.

Einige Beispiele möglicher Einbeziehung sexualpädagogischer Schriften in einem arbeitsgleichen oder arbeitsteiligen Unterricht seien hier nur angedeutet:

So ließe sich eine vergleichende Analyse über die inhaltliche, sprachliche und bildnerische Darstellung des Zeugungsvorgangs anhand signifikanter Textbeispiele durchführen.

Es könnten auch zum Thema Schwangerschaft und Geburt Informationswert und Prägnanz des Bild- und Wortmaterials untersucht werden. Im Hinblick auf eine medienkritische Erziehung wären Aussagen bestimmter Autoren zu Fragen sexueller Aktivitäten im Jugendalter zu überprüfen.

Auch bei der Elternarbeit könnte man einige Bücher heranziehen und sie bei Elternversammlungen als Diskussionsgrundlagen benutzen. Denkbar wäre es, aufgrund einiger exemplarischer Schriften unterschiedlicher Provenienz die Meinungspluralität sexualpädagogischer Auffassungen offen zu legen; gleichzeitig sollten auch Bücher für eine elternbegleitende Sexualerziehung angeboten, bzw. empfohlen werden.

Mit der Einführung des Sexualkundeunterrichts in allgemeinbildenden Schulen wurden Konzeptionen didaktischer und methodischer Art für die unterrichtliche Gestaltung nötig. In diesen Schriften werden Erkenntnisse über Motive und Voraussetzungen der Sexualerziehung und ihre Konsequenzen für die Schule verarbeitet. Zugleich stützt man sich auch weitgehend auf eine wissenschaftlich-empirische Basis, zudem werden neue Theorien präsentiert und für die Erziehungsarbeit genutzt. In allen schulpädagogischen Fachschriften setzt sich die ganzheitliche Auffassung von Sexualpädagogik durch, d. h. daß eine kontinuierliche geschlechtliche Erziehung in den gesamten Erziehungsprozeß einzugliedern ist. Dies wird auch in den „Empfehlungen der KMK zur Sexualerziehung“ ausdrücklich gefordert.

Diese Empfehlungen und die sich daran anschließenden Richtlinien der einzelnen Bundesländer geben allerdings nur eine theoretische Auskunft darüber, woran sich der Lehrer in seinem erzieherischen Tun halten kann, da sie sich in allgemeinen Redewendungen über den Erziehungsauftrag erschöpfen. Die wirklichen Konfliktsituationen, mit denen es der Lehrer in der Praxis zu tun hat, werden auch von den meisten Buchautoren zu wenig berücksichtigt; sie gehen von idealtypischen unrealistischen Vorstellungen aus und an kritischen Punkten vorbei, nämlich am Befangensein des Lehrers in seinen oft komplizierten und ungelösten Daseinsfragen und an seinen Schwierigkeiten, die Probleme der eigenen Geschlechtlichkeit zu begreifen, bzw. aufzuarbeiten. Bekanntlich werden in kaum einem anderen Fach Lebensweise und Auffassung des Lehrers so stark in den Unterricht mit einbezogen wie in der Sexualkunde.

Unmittelbarer als jede Literatur wirkt auf den Schüler jedoch die Haltung des Erziehers: Wie er auf Herausforderungen reagiert, sich heiklen Themen stellt oder ihnen ausweicht, und wie er bestimmte Verhaltensweisen beurteilt. Wenn auch Schwächen und Unsicherheiten des Lehrers nicht ganz übergangen werden, so wird in der

Fachliteratur doch vorwiegend formuliert, was von ihm verlangt, bzw. ihm zugemutet wird. Dies beinhaltet letztlich die Aufforderung, daß sich jeder Lehrer um ein reflektiertes Verhältnis zu seiner eigenen sexuellen Lebensgestaltung bemühen sollte. Überdies ist angesichts all der Erwartungen, die der Lehrer erfüllen soll, zu bemerken, daß er für eine sach- und sinngerechte Übernahme der sexualpädagogischen Aufgaben, so wie sie sich ihm heute stellt, im allgemeinen weder genug gerüstet noch ausgebildet ist. Trotz der bemerkenswerten Flut an Publikationen, besteht doch eine Lücke hinsichtlich der Frage, wie Erzieher auf diesem Gebiet erzogen werden.

Hier wie auch sonst tritt die Spannung zutage, die sich daraus ergibt, daß der Lehrer durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sexualerziehung von 1977 zwar gehalten ist, „rein wissenschaftlich“ vorzugehen und jegliche Indoktrinierung zu vermeiden, er sich aber doch – seinem pädagogischen Impetus folgend – nicht mit bloßer Wissensvermittlung begnügen kann, sondern Orientierungshilfen anbieten will. Nach diesem einschlägigen Urteil wird die schulische Sexualerziehung und mit ihr das sexualpädagogische Schrifttum mit neuem Konfliktstoff beladen. Es ist damit eine Lage entstanden, die zwar Vermittlung von Fakten ohne Vorbehalt und ohne Rücksicht auf Elternwille erlaubt, Sexualerziehung jedoch nur in bestimmten Fragen und – wie es heißt – nach den Grundsätzen „gebotener Zurückhaltung“ für statthaft hält. Eine Situation, die zweifellos gekünstelt und unreal, ja lebensfremd, folgschwer und praxisfern ist. Denn – so wird man fragen müssen – wo hört Wissensvermittlung auf, wo beginnt erzieherische Wertung und Wirkung, mit Worten, durch Gesten und durch Mimik? Und wann geht eine erwünschte sexualethische Unterweisung in die von allen Seiten so verteilte Indoktrinierung über?

Und was nun das sexualpädagogische Schrifttum betrifft: Wie sollen Lehrer einen engagierten Sexualkundeunterricht geben, wenn ihnen die vorgesetzten Behörden das hierzu erforderliche Handwerkzeug beharrlich verweigern; sei es weil deren Inhalt ihren Vorstellungen nicht entspricht, sei es, weil die Beschaffung solch zusätzlicher Materialien im Etat nicht vorgesehen ist.

Ungeachtet aller administrativen Einschränkungen ist jedoch das Angebot an Materialien für den sexualpädagogischen Unterricht und für die Vorbereitungsarbeit für den Lehrer breit gefächert: psychologische und schulpädagogische Grundsatzüberlegungen zur sexualpädagogischen Unterrichtspraxis – oftmals gepaart mit methodisch-didaktischen Hinweisen, Hilfen und Unterrichtsbeispielen; ferner kon-

krete Unterrichtsmaterialien für alle Jahrgangsstufen – zum Teil mit beigelegten Arbeitsblättern für die Schüler.

In der mehr theoretisch orientierten Literatur werden soziologische und normative Gesichtspunkte vorgetragen, Denkmotive entwickelt, Dokumente und amtliche Verlautbarungen interpretiert, empirische Untersuchungen z. B. zur Jugendsexualität vorgelegt, Erfahrungsberichte kommentiert, didaktische Entwürfe und Curricula vorgestellt, die zuweilen auf bestimmte Fächer, vielfach jedoch auf einen fächerübergreifenden Sexualkundeunterricht hinzielen. Darüber hinaus werden auch Anregungen für die Zusammenarbeit von Elternhaus und Schule gegeben sowie Auseinandersetzungen mit unterschiedlichen Erziehungskonzepten aufbereitet, wobei teils eine ausgewogene Betrachtung der divergierenden Meinungen erfolgt, teils auch – je nach Standort der Autoren entweder traditionelle Wertvorstellungen oder aber progressiv-emanzipatorische Tendenzen mit Nachdruck vertreten werden – nicht ohne entsprechende Seitenhiebe, mal nach rechts und mal nach links.

Die Anzahl der vorhandenen Lehrmittel und Materialien zum Thema *Geschlechterrolle* beweist, daß auch diesem Bereich vermehrte Bedeutung beigemessen wird; es geht vor allem darum, traditionelle Prägungen des herkömmlichen Rollenbilds kritisch zu überdenken und fixierte Vorstellungen über „typisch weibliche“ und „typisch männliche“ Verhaltensweisen und Fähigkeiten im beruflichen, sozialen und sexuellen Bereich zu revidieren.

Dabei werden Probleme familiärer Sozialisation genauso angesprochen wie gesellschaftsrelevante Aspekte, ist Sexualerziehung auch im Sinne von „politischer Bildung“ gemeint. Neben sachlichen Informationen werden unterrichtspraktische Hilfen gegeben (z. B. Stundenentwürfe, Unterrichtseinheiten) überdies wird die ethisch-weltanschauliche Dimension miteinbezogen. In diesem Zusammenhang sind die angebotenen Materialien wie kaum ein anderes Medium geeignet, die Flexibilität des geschlechtsspezifischen Rollenverständnisses bewußt zu machen, indem sie etwa historische oder gegenwartsbezogene Fakten darstellen, festgefahrene Klischees problematisieren oder aber bestimmte, auch bereits verinnerlichte Einstellungen unreflektiert beschreiben. Anhand dieser Texte wird der Schüler andere Lebenssituationen und Auffassungen als den bisher erfahrenen begegnen, sowie die gewohnten aus neuer Perspektive kritisch betrachten.

Von hier aus noch einmal ein Blick auf die Aufklärungsbücher für Kinder und Jugendliche: Auch hier werden – wie wir hörten – Ansätze für ein differenziertes Rollen-

bewußtsein entwickelt. Ebenso werden in Elternbüchern – von denen noch die Rede sein wird – Fragen aufgeworfen, die sich mit geschlechtsspezifischen Unterschieden im Entwicklungsstand und im Verhalten Jugendlicher, aber auch mit Reaktionen, Bewertungsmaßstäben und Erziehungsstil der Eltern befassen.

Auch auf diesem Gebiet erweisen sich manche Autoren als Verfechter herkömmlicher Klischees und Fixierungen. Um mit einem Schlaglicht die sexualpädagogische Szenerie zu beleuchten: Was intime Beziehungen betrifft, so gelten vielfach die traditionellen Rollenfestlegungen, wonach Mädchen sich passiv, abwartend und abwehrend zu verhalten haben. Selbst da, wo dies in der Literatur nicht expressis verbis zum Ausdruck kommt, wird doch unterschwellig dem Mädchen häufig das Recht auf sexuelle Initiative und Eigenständigkeit verwehrt, bzw. wird es nur in wenigen – meist als extrem progressiv etikettierten Schriften – hierzu ermuntert.

So werden also, wenn auch mit gewissen Schattierungen in Vokabular und Suggestion, geschlechtsdifferenzierte Stereotype vermittelt, wonach Aggressivität, Eroberungswille, Draufgängertum als männliche Eigenschaften herausgestellt, hingegen dem Mädchen die Merkmale Zurückhaltung, Anpassungsfähigkeit und Sensibilität bescheinigt werden. Hiermit wird deutlich, welche zwanghafte Belastung es für den Jungen sein muß, immer fordernd und hart sein zu müssen, wie sehr das Mädchen hingegen um sein sexuelles Selbstbewußtsein zu ringen hat.

Nur selten findet die Literatur auf diese Fragen allseits befriedigende Antworten, zu sehr ist dieses Feld von Konventionen umstellt. Die Angebote von Verhaltensmustern, die sich über traditionelle Schranken hinwegsetzen, brechen zwar verkrustete Vorstellungen und Vorbehalte auf; ob sie jedoch dazu verhelfen, sich mit den so festgefahrenen Sozialisationsbedingungen der Umwelt zu arrangieren, bleibt die Frage.

Die Beschäftigung mit sexualpädagogischen *Elternbüchern* zeigt, daß es auf diesem Gebiet nicht ganz so vehement und polemisch zugeht, wie sonst im sexualpädagogischen Schrifttum der 70er Jahre. Abgesehen davon, daß das Angebot in diesem Genre quantitativ geringer ist, sind die Autoren – ohne freilich ihre dezidierte Einstellung zu verleugnen – doch mehr darauf aus, in ihren prinzipiellen Erörterungen, ihren Ratschlägen und Anregungen die sozio-familiären Hintergründe ihrer Leser einzubeziehen.

Die Literatur für die Hand der Eltern zeigt – sozusagen vom andern Ufer her – die gleichen Themen- und Problemstellungen.

gen wie die Kinder- und Jugendliteratur. Mir scheint überhaupt, daß Eltern gut beraten sind, wenn man ihnen die Lektüre einiger prägnanter Kinder- und Jugendbücher empfiehlt, zeigen diese doch das gesamte Spektrum sexualbezogener Sachverhalte und Probleme, die den Jugendlichen und den Erzieher gleichermaßen angehen – will sagen, daß Eltern auf diese Weise unmittelbar mit Fragehaltungen ihrer Töchter und Söhne konfrontiert werden. Zugleich werden Eltern Wege gewiesen, unbefangenen mit ihren Kindern über sexuelle Themen zu sprechen. Gerade die Bilder- und Sachbücher für Kinder im Vor- und Grundschulalter sind vielfach so angelegt, daß sie eine Mittlerfunktion zwischen Eltern und Kindern einnehmen; einige von ihnen enthalten auch Anleitungen zu einem kind- und situationsgemäßen Umgang mit der betreffenden Schrift.

Speziell für Eltern verfaßte Bücher vermitteln – oft aufgelockert durch alltagsbezogene Beispiele – physiologische und psychologische Wissensgrundlagen über die Begegnung der Geschlechter; sie geben Auskunft über die Zusammenhänge von geistiger, seelischer und körperlicher Reifung des Kindes. Sie zeigen überdies Entwicklungsphasen und -stadien samt ihrer pädagogischen Konsequenzen, bieten also Wissen und Erkenntnisse, die dazu verhelfen, die sexuelle Aufklärung und Erziehung in Angriff zu nehmen. Auch wird z. B. über Umfang und Zeitpunkt der schulischen Sexualerziehung diskutiert. Schließlich sind ja genügend Fälle bekannt, wo du-

biose Elternvereine, religiöse Eiferer oder reaktionäre politische Gruppierungen sich zusammenscharen, um gegen den Sexualkundeunterricht Front zu machen.

Im übrigen enthalten die Bücher für Eltern manche konkreten Handreichungen und Hinweise, um speziellen Fragen und Ansprüchen der Kinder hinlänglich zu begegnen. So gibt es z. B. Gesprächsmuster, wie etwa mit Kindern im Grundschulalter über die sexuelle Vereinigung gesprochen werden kann oder soll. Wie auch immer die Autoren sich im einzelnen äußern mögen, insgesamt bekunden sie die Absicht, den Eltern zu helfen, ihre konventionellen oder biographisch bedingten Barrieren zu durchbrechen.

In diesem Kontext werden bisweilen mögliche Verklemmungen und Vorbehalte der Eltern zur Sprache gebracht, sei es hinsichtlich überkommener Klischeevorstellungen, sei es in Bezug auf Verhaltensprägungen, Rollenzuweisungen und Gesprächssituationen.

Oft vertreten jedoch Elternbuch-Autoren – teils mahndend teils anspornend – die Auffassung, daß die häusliche Sexualerziehung nur dann effektiv sein könne, wenn sie auf dem Glück einer heilen und gemütvollen Familienatmosphäre beruhe, die Eltern selber ihre eigene Sexualität bejahen und Lust und Freude miteinander erleben. So erstrebenswert dieser Zustand auch sein mag – mit dem Wissen um seine nachhaltige Bedeutung oder gar mit dem Appell ihn herbeizuführen, ist es jedoch nicht getan. Postulate dieser Art ignorieren m. E.

die diffizilen Probleme sexueller und sozialer Partnerschaft. Sie verunsichern gerade solche Eltern, denen – aus welchen Gründen auch immer – dies Glück versagt bleibt nur noch mehr; außerdem gehen sie über die Situation alleinerziehender Mütter oder Väter achtlos hinweg.

Untersucht man die einschlägigen Elternbücher auf ihre ethisch-sittliche Fundierung hinsichtlich jugendlichen Sexualverhaltens, so gerät man auch hier in das weitverzweigte Gestrüpp ideell überfrachteter Kontroversen um voreheliche geschlechtliche Praktiken und ihre moralische Bewertung. Inmitten der Flut von Publikationen der verschiedenen Richtungen finden Eltern also keinen verlässlichen Halt.

Bei der Darstellung sexualpädagogischer Probleme allgemeiner Art gehen biologische Orientierungen, psychologische Erkenntnisse und pädagogische Wegweisungen meist ineinander über, wobei die Autoren oft nachdrücklich ihre eigenen Erfahrungen und weltanschaulich geprägten Ansichten geltend machen. Es werden aber auch widersprüchliche Auffassungen über die heutige Sexualerziehung analysiert, d. h. es kommen Pädagogen zu Wort, die sich mit einigen Trends extremer Positionen auseinandersetzen und somit zu einer selbstverantwortlichen Urteilsfindung beitragen.

Abschließend läßt sich aus der Sicht einer kritischen Bewertung der in diesem Jahrzehnt erschienenen sexualpädagogischen Literatur feststellen, daß sie im

Literaturauswahl

Bücher für Kinder:

- Becker, A./Niggemeyer, E.: Ich bekomme einen Bruder, Ravensburg 1973.
 Brauer, J./Regel, G.: Tanja und Fabian, Gütersloh 1974.
 Claesson, B.: vom lieben und vom kinderkrigen, Frankfurt 1974.
 Fageström, G./Hansson, G.: Peter, Ida und das Minimum, Ravensburg 1979.
 Knudsen, P. H.: Wie Vater und Mutter ein Kind bekommen, Heidelberg 1978.
 Jacobi, P. u. a.: Sexfibel, Opladen 1974.
 Mc Bride, W./Fleischhauer-Hardt, H.: Zeig mal, Wuppertal 1976.
 Nilsson, L.: So kamst du auf die Welt, München 1977.
 Verch, K.: Oliver und Ulrike entdecken die Geschlechtlichkeit, St. Augustin 1974.

Bücher für Jugendliche:

- Amendt, G.: Das Sexbuch, Dortmund 1979.
 Beer, Ulrich: Mit Lust und Liebe, Tübingen 1973.
 Brauer, J. u. a.: Junge, Mädchen, Mann und Frau, Band II, Gütersloh 1976.

- Brauer, J. u. a.: Frau und Mann, Gütersloh 1976.
 Brender, I. (Hrsg.): Die Sache mit dem Sex, Weinheim 1977.
 Claesson, B. H.: Sexualinformation für Jugendliche, Frankfurt 1976.
 Cousins, J.: Make it happy, Reinbek 1980.
 Goldstein, M./Mc Bride, W.: Lexikon der Sexualität, Wuppertal 1976.
 Fehrmann H./Weismann, P.: Und plötzlich willst mehr, München 1979.
 Hamilton, E.: Sex mit Liebe, Rüslikon/Zürich 1979.
 Leist, M.: Liebe ist kein Gesellschaftsspiel, München 1972.
 Jacobi, P.: Samspel, Weinheim/Basel 1977.
 Jaeggi, E.: Auch Fummeln muß man lernen, Köln 1978.
 Knoop, H. D.: Sag's mir, Gütersloh 1979.
 Kunstmann, A.: Mädchen – Sexualaufklärung emanzipatorisch, München 1976.
 Takman, J.: Zu zweit, Weinheim/Basel 1977.

Bücher für Eltern:

- Affemann, R.: Sexualität im Leben junger Menschen, Freiburg 1978.
 Gademann, L.: Erziehung zur Liebesfähigkeit, Heidelberg 1978.
 Gebhardt, G.: Nach der sexuellen Revolution, Frankfurt 1975.
 Janzig, A.: Ganzheitliche Geschlechtererziehung, Mainz 1977.
 Kentler, H.: Eltern lernen Sexualerziehung, Reinbek 1975.
 Rost, D.: Vom ersten Tag an, Limburg 1973.
 Verch, K.: Lehrmappe Sexualerziehung, St. Augustin 1975.

Hinblick auf den Prozeß einer sexualpädagogischen Zielsetzung neue Wege beschritten und weiterführende Lösungen angeboten hat. Dazu verhalfen Experten, die über empirisch gesicherte Fakten sachlich informierten; dazu brauchte man Köpfe, die uns mit ihrer polemischen Diktion aufschreckten, dazu bedurfte es aber auch solcher Autoren, die kontroverse Prinzipien und Modelle sexualpädagogischen Handelns mit ausgewogener Sachkenntnis interpretierten –.

Es war – und es ist auch heute noch – nötig, daß wir – die Adressaten – viele Tatsachen und Aspekte zusammentragen, verschiedene Meinungen ventilieren, Toleranz üben, Zugeständnisse machen, Kompromisse schließen – auch mit der eigenen Person. Wir dürfen unserer Beunruhigung

über progressive Bewegungen oder unserem Verdruß über restriktive Standpunkte nicht viel Raum geben, daß wir am Nachdenken verhindert werden. Wir sollten viele Möglichkeiten reflektieren und diskutieren, auch wenn wir nicht genau übersehen, wie eine verbindliche Sexualmoral konkret erlebt, erfahren, und vermittelt werden kann. Wir sollten auch den Mut haben, zuzugeben, daß eine letztgültige Klärung und Erklärung dieser Frage nicht möglich ist und dabei immer noch manche Vorläufigkeiten, Eventualitäten und Unwägbarkeiten mit im Spiele sind.

Aus all dem folgert, daß man in eine gewisse Verlegenheit gerät, wenn man brauchbare Schriften für die Praxis empfehlen oder von ungeeigneten abraten soll. Keinem Erzieher bleibt erspart, selber zu

entscheiden und zu erproben, welches Buch seinem Bedarf und seinen Intentionen angemessen ist, und welches er zur Ergänzung seiner eigenen Bemühungen dem Jugendlichen anbieten soll.

Die Sexualpädagogik der 70er Jahre ist in ihren Ansätzen eine Pädagogik der Reformen; ob sie darin fortschreitet, stecken bleibt oder aber ob sie rückwärts geht, bleibt abzuwarten. Die Zeichen sprechen dafür, daß wir uns in einem Entscheidungsraum zwischen diesen drei Möglichkeiten befinden – ein Entscheidungsraum, der allerdings von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen umstellt ist und in dem nicht nur eigne Maßstäbe und individuelle Ansprüche gelten; gleichwohl sind sie es aber, die diesen Raum stützen und mitgestalten.

Bücher für Lehrer:

- Beffart, F. (Hrsg):* Geschlechterziehung interdisziplinär, Düsseldorf 1976.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg): Sexualerziehung, Stuttgart 1974.
Brocher, T.: Psychosexuelle Grundlagen der Entwicklung, Opladen 1971.
Engels, A./Emden, H. (Hrsg): Fortschritt und Engagement, St. Augustin 1980.
Fischer, W. u.a. (Hrsg): Normenprobleme in der Sexualpädagogik, Heidelberg 1971.
Fischer, W. u.a. (Hrsg): Inhaltsprobleme in der Sexualpädagogik, Heidelberg 1973.
Gamm, H. J./Koch, F. (Hrsg): Bilanz der Sexualpädagogik, Frankfurt 1977.
Hamann, B.: Sexualerziehung in der Schule von heute, Bad Heilbrunn 1977.
Hartmann, N. (Hrsg): Beiträge zur Sexualpädagogik, Wiesbaden 1976.
Heid, H.: Praxis schulischer Sexualerziehung, Opladen 1971.
Jöckel, W.: Gesellschaft und Sexualität, Stuttgart 1978.
Kentler, H.: Sexualerziehung, rororo-sexologie, Reinbek b. Hamburg.
Kluge, N.: Sexualerziehung als Unterrichtsprinzip, Darmstadt 1976.
Kluge, N. (Hrsg): Sexualunterricht, Bad Heilbrunn 1975.
Kluge, N.: Einführung in die Sexualpädagogik, Darmstadt 1978.
Knoop, H. D.: Sexualerziehung im Teamwork, Gütersloh 1977.
Knoop, H. D. (Hrsg): Aspekte der Sexualpädagogik, Gütersloh 1978.
Maskus, R. (Hrsg): 20 Beiträge zur Sexual- bzw. Geschlechterziehung, St. Augustin 1979.
Maskus, R. (Hrsg): Sexualität und Sexualerziehung, St. Augustin 1979.
Neugebauer, L.: Sexualunterricht im Sachunterricht der Grundschule, Braunschweig 1973.
Rohr, B.: Sexualerziehung sozial benachteiligter Schüler, Dortmund 1974.
Schneider, D.: Ich werden – Partner werden, Köln 1978.
Smidt, E. und T.: Sexualerziehung in der Grundschule, Starnberg 1974.
Weiss, R. u.a.: Kritische Sexualpädagogik, Wien 1974.
Zitelmann, A./Carl, Th.: Didaktik der Sexualerziehung, Weinheim 1975⁵.

Unterrichtsmaterialien:

- Assig, D. u.a.:* Sexualität ist mehr, Wuppertal 1976.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg): Sexualethik-Atlas, Opladen 1974.
Faßnacht, D.: Schriftenreihe zur Sexualethik Band 1–7, Frankfurt 1971–1976.

- Figge, P. u.a.:* Betrifft: Sexualität, Braunschweig 1977.
Fröhlingsdorf, R. u.a.: Die beiden Geschlechter, Stuttgart 1973–1976.
Herrmann, B.: Sexualerziehung im Religionsunterricht, Gütersloh 1976⁴.
Kattmann, U.: Sexualität des Menschen, Wuppertal 1975³.
Kattmann, U. u.a. (Hrsg): Sexualität des Menschen (Unterrichtseinheit für die Orientierungsstufe), Köln 1974.
Krink, A. (Hrsg): Männlich, weiblich oder menschlich? Hannover 1974.
Kuchta, I./Penne, K. J.: Sexualität und Gesellschaft, Berlin 1973.
Kultusminister des Landes Nordrhein-Westfalen: Nur ein Mädchen, Düsseldorf 1973.
Kutzleb, U. u.a.: Zeit für Zärtlichkeit, Wuppertal 1977.
Neugebauer, L.: Geschlechterziehung, Braunschweig 1975.
Schildt, H.: Sexualerziehung, München 1973.
Schmeken, E. (Hrsg): Frau und Gesellschaft, Düsseldorf 1979.
Schneider, H. (Hrsg): Handreichungen zur Sexualerziehung, Braunschweig, seit 1972.
Piechotta/Metzger, J.: Die Frau I, Die Frau II, Weinheim 1975.
Rockstroh, U./Vergin, H.: Materialien zur Sexualerziehung in der Grundschule, Berlin 1974.
Thomasky, I.: Lernziel Zärtlichkeit, Weinheim 1978.
Verch, K./Stoppe, B.: Sexualethikprogramm (Klasse 4–6), St. Augustin 1977.
Verch, K.: Sexualethik (Klasse 7–13), St. Augustin 1977.
Wagner, A. u.a.: Mann – Frau, München 1978.
Wenzel, R. (Hrsg): Sprache und Sexualität, Frankfurt 1975.
Wolff, J.: Die Frau in der Gesellschaft, Frankfurt 1976².

Materialien zur Erziehung bei Behinderten:

- Hartmann, N. (Hrsg):* Sexualpädagogik bei Behinderten, Rheinstetten 1978.
Heidenreich R./Kluge, K. J.: Befreiende Sexualität – sexuelle Partnerschaft für Behinderte, Bonn-Bad Godesberg 1975.
Hirschfeld, U. M./Kluge K. J.: Selbstlernprogramm, Bonn-Bad Godesberg 1976.
Hirschfeld, U. M./Kluge K. J.: Sexualethikprogramm, um liebesfähig zu werden, Bonn-Bad Godesberg 1978.
Huber, N./Katz, G.: Geschlechterziehung bei geistig Behinderten, Freiburg 1975.
Jung, E./Krenzer, R.: Hilfen zur Sexualerziehung geistig Behinderter, Staufien 1976.
Klöckner, H.: Der Körperbehinderte und seine Sexualität, Rheinstetten, 1976.
Wolfgang, H. (Hrsg): Körperbehinderte und Sexualität, Berlin 1000.

Buchbesprechungen

Albin Eser, Hans A. Hirsch (Hrsg.): *Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch*. Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen.

Einschlägige Bundesgesetze und Länderbestimmungen im Anhang.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1980, 317 Seiten, kartoniert, Preis DM 55,00.



Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen verspricht dieses Buch. Der in irgend einer Form betroffene Leser erwartet mehr, nämlich eine Hilfe zur Abklärung von Unsicherheiten und Unklarheiten mit denen er sich mehr oder weniger häufig herumschlägt.

Diese Erwartungen erfüllen die sechzehn Autoren (darunter nur eine Frau!) in äußerst unterschiedlichem Maße. Um es vorwegzunehmen: die besten Kapitel dieses Buches sind die juristischen. Die schwierigen Sachverhalte werden gut verständlich, praxisbezogen und in einer für den juristischen Laien verständlichen Sprache dargestellt. Die vielen noch immer bestehenden Rechtsunsicherheiten auf den Gebieten der Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruches werden klar aufgezeigt; trotzdem bleibt der Leser nicht ratlos, denn ihm wird vermittelt, wie er sich in einem Konfliktfall sinnvoll verhalten kann.

Doch ohne Fleiß keinen Preis: wer dieses Buch nicht gleich als Nachschlagewerk benutzt, sondern es von Anfang bis Ende durchliest, stößt nach einem kurzen Vorwort auf eine allgemeine Einführung über die üblichen „Methoden zur Geburtenregelung, von Paul A. König“. Das scheint erst einmal nur überflüssig, gibt es doch zu diesem Thema bereits mehr als genug Literatur. Aber das Gefühl der Gleichgültigkeit weicht schnell Unbehagen, wenn man da liest: „Bei einer ärztlichen Beratung werden die individuelle Situation, die körperliche und geistige Entwicklung sowie die sozial-ökonomischen Bedingungen bei jugendlichen, in Partnerschaft und Ehe und bei bewußter Elternschaft *beurteilt* und die eingeführten Methoden . . . *ausgewählt*.“ (Hervorhebung durch die Rezensentin). Hier spiegelt sich – wie leider noch zu oft – das Rollenverhalten eines aktiven Arztes, der „beurteilt“ und „auswählt“, und das ein-

ner in die Passivität gedrängten Patientin (oder Patient) wider, die das Ausgewählte annimmt. Kein Wort über positive oder negative Vorerfahrungen mit Verhütungsmethoden, über bewußte und unbewußte Ängste, mögliche Ressentiments oder Agressionen innerhalb der Partnerschaft, Wut, Verzweiflung, Rollenkonflikte, Identitätskrisen.

Dabei wissen wir doch aus vielen tausend Beratungen, daß ein ohne innere Anteilnahme oder gar mit Widerwillen verwendetes Verhütungsmittel oft fehlerhaft angewandt oder scheinbar kritiklos abgesetzt wird.

Der Autor sieht das alles etwas einfacher: „Das Aufzeigen der Komplikationen neben der sexuellen Emanzipation der Frau führt zu einer allgemeinen ‚Pillenmüdigkeit‘.“

Die sich anschließenden Erläuterungen über medizinische Aspekte verschiedener Verhütungsmethoden sind oberflächlich, unzulässig grob vereinfacht oder weitgehend veraltet; ebenso veraltet wie die dazugehörigen Literaturangaben: von den 33 sind 27 älter als 5 Jahre.

Das Scheidendiaphragma erscheint dem Autor „ . . . bei seltener Empfängnismöglichkeit, wie bei jungen Mädchen, zu empfehlen.“ Vielleicht informiert er sich einmal beim Statistischen Bundesamt über die hohe Zahl von Schwangerschaften und Abbrüchen bei jungen Mädchen.

Die „Pille danach“ wird mit zweieinhalb Zeilen abgetan. Ein Hinweis auf die spätere ausführliche Darstellung dieser „postkoitalen Kontrazeption“ auf Seite 71 wäre hier wichtig.

Die Liste der Mängel in diesem Kapitel über Verhütungsmethoden ließe sich noch verlängern. Schlimm genug, denn es besteht Gefahr, daß sich medizinische Laien daran orientieren.

Auf Seite 21 beginnt endlich das angekündigte Thema. Gute Abbildungen (Ausnahme: Abb. Nr. 8) ergänzen die gelungene Zusammenstellung über Sterilisationsmethoden bei Mann und Frau. Eine Sterilisation muß verarbeitet werden, von dem/der Betroffenen selbst ebenso wie innerhalb der Partnerschaft. Wo Problematik und Risiken liegen, stellt Viola Frick-Bruder übersichtlich dar. Ergänzungsbedürftig ist allerdings ihre These, „daß es sich ungünstig auswirkt“, wenn die Sterilisation in Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch, einem Kaiserschnitt oder im Wochenbett durchgeführt wird. Frau Frick läßt dabei völlig außer Betracht, wie

lange die innere Auseinandersetzung mit der Sterilisation zuvor bereits gedauert hat und wie weit fortgeschritten oder abgeschlossen der Entscheidungsprozeß ist, wenn Spontangeburt, Kaiserschnitt oder Schwangerschaftsabbruch anstehen. Die Empfehlung, einer dieser drei Eingriffe „grundsätzlich“ nicht zusammen mit einer Sterilisation durchzuführen, gilt also nur, wenn die Entscheidung zu diesem Eingriff unter Zeitdruck, akutem Druck psychischer und sozialer Umstände, Druck Außenstehender und ohne Ruhe zur Reifung dieses Entschlusses getroffen wurde.

Über die seelischen Probleme eines Schwangerschaftsabbruches finden sich in dem 317 Seiten starken Buch lediglich vier-einhalb Seiten, wobei eine Seite davon mit einer Fallbeschreibung gefüllt ist; am Ende finden sich ganze drei Literaturhinweise. Der Autor P. Diederichs beginnt: „Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse über die seelische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs liegen noch nicht vor.“ Trotzdem erscheint einige Zeilen später die unrichtige und gefährliche Behauptung, daß Schuldgefühle „zur normalen Erlebnisverarbeitung“ gehören würden.

Weiter heißt es, daß zu den Risikofaktoren, die in der Persönlichkeit der Frau zu suchen seien gehören: „Alter“ (welches?), „Ledigsein, gestörte Partnerbeziehung, mangelnde Entscheidungsfähigkeit und der Wunsch, nur Mutter zu sein.“ „Frauen mit diesen Merkmalen sind also prädestiniert, den Schwangerschaftsabbruch eher negativ zu verarbeiten.“ Simpler geht's nimmer!

Mit dem in der Umgangssprache zu oft verwendeten Begriff „neurotisch“ wird auch hier Mißbrauch getrieben, obwohl dem Autor, der Psychologe ist, eine präzise, für Laien verständliche Definition dieses Begriffes gelingen sollte, bevor er ihn in seinen Text einbaut. „Eine sich nicht im seelischen Gleichgewicht befindende“ Person braucht noch lange keine „sogenannte neurotische Persönlichkeit“ zu sein!

Weiter liest man im Text: „Der Umgang mit der Realität ist bei diesen neurotischen Frauen nicht immer ‚vernünftig‘“. Wo bleibt da Raum für „vernünftige“ Kreativität, Wagemut, Phantasie, Sich-fallen-lassen in Sexualität und Partnerschaft, ohne von Diederich als „neurotische Persönlichkeitsstruktur“ abklassifiziert zu werden.

Weitere Ärgerlichkeiten: Sein „Gutachterverfahren“ wurde bereits 1976 abgeschafft! Und „in der Beratungspraxis“ steht er keineswegs vor der Situation, den Ein-

griff ablehnen zu können. Was er verweigern kann, ist die Indikation zum Eingriff! Auch ohne Indikation kann die Frau aber abbrechen, nach Beratung sogar straffrei.

Orientierungshilfen findet der Leser in denjenigen Kapiteln, die sich mit Rechtsfragen befassen. Die aktuelle rechtliche Situation bei der Sterilisation wird verständlich und umfassend erklärt. Rechtsunsicherheiten werden nicht verschwiegen, dem jeweils Betroffenen (z. B. Klient, Vormund, Berater, Operateur) wird aber aufgezeigt woran er sich halten kann.

Sehr interessant ist die Darstellung der beiden Reformentwürfe zum zukünftigen Sterilisationsrecht. A. Eser diskutiert den Konflikt zwischen der Bevormundung des Staates einerseits und der Überzeugung andererseits, „das nicht wenige Menschen des Schutzes vor sich selbst bedürfen und diese Aufgabe der Staat jedenfalls dort übernehmen kann, ja sogar muß, wo alters- und reifebedingte Unvernunft den Einzelnen zu irreparablen, sein ganzes Menschsein berührenden Fehlentscheidungen hinführen droht.“

Die juristischen Aspekte von Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation werden aus der Sicht der Betroffenen dargestellt: Jugendliche, Erwachsene, geistig Behinderte, gesetzliche Vertreter, Vormundschaftsgericht, Kindsvater, Berater, Arzt, Krankenhausträger, Kostenträger einschließlich Privat-Kassen. Auf Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht vor Gericht wird eingegangen.

Die Rechtslage von deutschen Bürgern, die Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch im Ausland durchführen lassen oder vermitteln, wird dargestellt. Allerdings wäre eine präzisere Überschrift fürs Nachschlagen hilfreich: statt „Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch im Ausland“ etwa: „Die rechtliche Situation bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch deutscher Bürger im Ausland“.

Mitten im Abschnitt „Gemeinsame Fragen zur Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch“ findet sich unerwartet und deplaziert ein medizinisch orientierter Artikel über „Spezialkliniken“ für Schwangerschaftsabbruch in den USA. Glaubt der Leser den Autoren H. Lehfeldt und Chr. Tietze, so ist Welt dort heil, denn: „Die Ärzte und Narkotiseure erwerben in kurzer Zeit eine so große Erfahrung, daß sie selbst Fachgynäkologen auf diesem Gebiet überlegen sind. . . . Die Krankenschwestern in solchen Kliniken haben eine positive Einstellung (fett gedruckt!) zum Schwangerschaftsabbruch“. Den Autoren wird konzediert, daß sie wohl „eine positive Einstellung“ zur Schwangeren mit ihren Konflikten gemeint haben. Von den seelischen Belastungen der Mitarbeiter, eindringlich, von Magda Denes in „Der Eingriff, Berichte aus einer Abtreibungsklinik“ geschildert, fehlt jedes Wort.

Dieses Buch schließt eine Lücke. Trotzdem ließe sich in der zweiten Auflage manches verbessern: 1. Aufheben von Widersprüchen (Seite 141: „... daß eine Schwangere, die noch keine Kinder hat, eindringlich auf eine mögliche spätere, ungewollte Kinderlosigkeit als Folge von Entzündungen hingewiesen wird.“ Seite 88 dagegen: „Zu den nicht gesicherten . . . Spätkomplikationen zählen: Sterilität . . . durch Infektionen“). 2. Herausnehmen von nichtssagenden, veralteten oder nicht zum Thema gehörenden Beiträgen. 3. Ergänzungen des Registers: es fehlen beispielsweise: Aufbewahrungsdauer von relevanten Unterlagen; Verjährung von Straftaten; Blutgruppenbestimmung vor Schwangerschaftsabbruch; Anti-D-Prophylaxe bei rhesus-negativen Frauen.

Trotz mancher Kritik: die Rezensentin, die seit neun Jahren Sterilität- und Schwangerschaftskonfliktberatung macht, wäre froh gewesen, wenn sie dieses Buch einige Jahre früher zu Hilfe gehabt hätte.

Ingrid Barley

„Arbeitsgäste“

Wenn die Zahl der Publikationen über einen Themenbereich etwas mit dem öffentlichen Problembewußtsein zu tun hat, sieht die Sache hoffnungsvoll aus: Die Veröffentlichungen über die Lebens- und Arbeitsbedingungen ausländischer Arbeiterinnen und Arbeiter (Arbeitsmigranten, „Gastarbeiter“) und ihrer Familien in diesem Lande haben ihrer Zahl nach stark zugenommen. Sie befassen sich überwiegend mit dieser Hauptgruppe der Ausländer, also den Menschen, die aus den Mittelmeerländern gekommen sind, auf der Suche nach besseren Arbeits- und Verdienstmög-

lichkeiten. Ihnen gegenüber bilden die anderen Ausländergruppen, nämlich die Studenten, Geschäftsleute und Diplomaten, die politischen Flüchtlinge und Asylsuchenden aus vielen Teilen der Welt, nur verhältnismäßig kleine Anteile an der Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik, die zum Teil andere, zum Teil aber auch dieselben Probleme erfahren, wenn sie in diesem Lande leben wollen und leben müssen.

Die Zahl der ausländischen Beschäftigten hatte 1973 mit 2,6 Millionen ihren Höhepunkt erreicht. Es waren in den Jahren

davor systematisch „arbeitende Gäste“ in ihren Heimatländern angeworben worden, eine Praxis, die 1973 aus Gründen der Konjunktorentwicklung eingestellt wurde. Seitdem hat sich die Lage grundsätzlich geändert: Zwar nahm die Zahl der beschäftigten Ausländer um mehr als 400.000 ab, durch Zuzug von Familienangehörigen ist die Zahl der Ausländer insgesamt auf 4,5 Millionen gestiegen. Wegen dieser Entwicklung muß man auch offiziell mehr und mehr von der bequemen Annahme abgehen, die Mehrzahl der ausländischen Arbeiter werde nach ein paar Jahren in Deutschland wieder in ihre Heimatländer zurückkehren. Inzwischen (nach Zahlen für 1978) leben schon mehr als 60 Prozent der Ausländer aus den Anwerbeländern mehr als sechs Jahre in der Bundesrepublik.

Gut aufbereitete Angaben dieser Art finden sich in überschaubarer Fülle in dem Buch

Verena McRea, Die Gastarbeiter. Daten, Fakten, Probleme. München 1980 (Beck'sche Schwarze Reihe Band 225) 200 S., 19,80 DM.

Einzelne Kapitel dieses Buches befassen sich mit der Anwerbung und Vermittlung ausländischer Arbeitskräfte, mit Ursachen und Folgen der Emigration, mit der wirtschaftlichen Bedeutung der ausländischen Arbeitnehmer, mit ihrer Unterbringung, dem Ausbildungsstand und den Fortbildungsmöglichkeiten. Ferner handelt das Buch von der Problematik des Ausländerrechts, unterrichtet über Sozialleistungen, befaßt sich mit Freizeit und Betreuung sowie der schulischen und beruflichen Ausbildung der zweiten Ausländergeneration. Am Schluß wird die Frage gestellt: Integration oder Assimilation?

Es liegt damit ein handliches, verlässliches Arbeitsbuch für jeden vor, der beruflich mit ausländischen Arbeiterinnen, Arbeitern und ihren Familien befaßt ist, also auch viele Lehrer und Berater, oder an ihrer Situation allgemein interessiert ist.

Wer ganz konkret und in einer Vielzahl von Situationsberichten erfahren will, was es eigentlich bedeutet, als Ausländer in der Bundesrepublik in den Kindergarten, die Schule, zur Lehre zu gehen, zu arbeiten, seine Freizeit zu verbringen, kurz: zu leben, der sei ergänzend auf eine andere Neuerscheinung verwiesen:

Pea Fröhlich, Peter Märthesheimer (Hrsg.), Ausländerbuch für Inländer. Bausteine zum Begreifen der Ausländerprobleme. Frankfurt am Main 1980 (Fischer Informationen zur Zeit 4220) 264 S., 7,80 DM.

In diesem munteren, sehr lesbaren Buch schreiben Ausländer und Deutsche über ihre Erfahrungen. Nur mit dem gelegentlichen Abdruck von „Gastarbeiter-Deutsch“ („Ich auch brauchen eine Freundin, wann ich viel bleib bei Deutschland.“ S. 190) tut man niemanden einen Gefallen. Das mag so authentisch sein, wie es will, gedruckt in einem Buch ist es nur noch diskriminierend.

Ausführlich nehmen sich die Berichte der „zweiten Generation“ von Ausländern an, also der Kinder und Jugendlichen, die hier vielleicht schon geboren sind, zumindest die wichtigsten Jahre ihres bisherigen Lebens verbracht haben. Sie sind noch stärker als ihre Eltern entwurzelt, stehen zwischen zwei Kulturen, Zivilisationen, Sprachen, sollen sich in der Familie oft ganz anderen Normen und Anforderungen fügen, als sie sie außerhalb der Familie erfahren.

Eine Reihe von wichtigen Beiträgen zu unserer Thematik finden sich ebenfalls in:

Kursbuch 62: Vielvölkerstaat Bundesrepublik. (Hrsg. von Karl Markus Michel und Tilman Spengler) Berlin 1980, 192 S., 8,00 DM.

In diesem Heft ist das Thema etwas weiter gespannt, werden Koreaner, Japaner und Exilkroaten berücksichtigt. In einem Beitrag von Christoph Kleßmann über „Polen im Ruhrgebiet“ wird eine historische Parallele gezogen, indem über die Erfahrungen von Arbeitsmigranten Ende des neunzehnten und Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts berichtet wird.

Die „Arbeitsgäste“ sind in die Bundesrepublik gekommen, um leichter und mehr Geld zu verdienen, als ihnen in ihren Heimatländern möglich war. Haben sich ihre Erwartungen erfüllt? Claus Leggewie stellt in seinem Beitrag „Deutschland – Land aus Gold. Zur Ökonomie des Arbeitsemigranten“ dar, wie sich die wirtschaftliche Lage grundsätzlich ändert, wenn aus dem zeitlich befristeten Arbeitsaufenthalt des meist jüngeren Alleinstehenden ein Daueraufenthalt ganzer Familien wird.

Aus allen Beiträgen kann man ablesen, daß „das Ausländerproblem“ seinen Höhepunkt noch keineswegs erreicht hat. Ob es auf Dauer durch Integration wieder verschwinden wird, ob es den Türken in Kreuzberg einmal so gehen wird, wie es den Polen im Ruhrgebiet gegangen ist, diese Frage wird noch lange unbeantwortet bleiben.

Jürgen Heinrichs

Kurz berichtet

Sexbuch-Verbot?

Das *Sexbuch* von Günter Amendt bewegt die Gemüter. Trotz wütender Kommentare der Springer-Presse und einiger CDU-Politiker schnellte die Auflage stetig in die Höhe. Als eine Schülerzeitung in Borken eine Passage nachdruckte, beantragte der Oberkreisdirektor die Indizierung der Zeitschrift. Es ist wohl nur eine Frage der Zeit, wann die ersten Indizierungs- und damit faktisch Verbotsanträge gegen das Buch gestellt werden.

Filmverbot bleibt

Das Medienpaket „Betrifft: Sexualität“ bleibt in Niedersachsens Schulen verboten. Die CDU-Fraktion lehnte einen Antrag der SPD ab, die gefordert hatte, das Verbot von Kultusminister Dr. Werner Remmers aufzuheben.

Pro Pro Familia

Das Frauenzentrum Trier hatte eingeladen und aus 30 Städten kamen Abgesandte von Schwangerschafts-, Verhütungs-, Beratungs- sowie 218-Initiativegruppen nach Köln. Die Versammelten, die für eine Abschaffung des § 218 plädierten, setzten sich für den Erhalt von Modelleinrichtungen ein, die von Pro Familia unterhalten und vom Bund finanziell unterstützt werden.

Sexualmediziner tagen

Die 5. Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin finden vom 22. bis 24. Mai in Heidelberg statt. Themen sind u.a. *Selbstbefriedigung*, *Schwangerschaftsabbruch oder Kontrazeption* und *Beziehungsstörungen und Familientherapie*.

Für Frauenhäuser

Damit Frauen und ihre Kinder der häuslichen Gewaltsituation nicht länger hilflos ausgeliefert sind, fordert die *Arbeiterwohlfahrt* die Länderregierungen und Kommunen auf, umgehend eine auch für Frauenhausinitiativen akzeptable Finanzierungsgrundlage für die flächendeckende Einrichtung und Führung von Frauenhäusern durch Fachkräfte zu finden.

Mehr Adoptionen

Die Zahl der unter zweijährigen Kinder, die in Heimen untergebracht sind, ist von 7.723 im Jahr 1970 auf 1.592 im Jahr 1979 zurückgegangen. Dagegen stieg die Zahl der Adoptionen und Inpflegenahmen im gleichen Zeitraum von 3.304 auf 6.214. Schwieriger sei die Vermittlung von älteren Kindern an Adoptiveltern, teilt das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit mit.

Arbeitskreis tagt

Der Arbeitskreis Sexualpädagogik in der GFSS (Gesellschaft zur Förderung sozialwissenschaftlicher Sexualforschung) setzt seine Arbeit fort, die er während des GFSS-Kongresses begonnen hat. Vom 8. bis 10. Mai treffen sich die Teilnehmer in einem Tagungshaus in Köln. Gäste sind willkommen. Themen sind *Umgang mit Schulbehörden (Richtlinien usw. sowie Lehrerhilfen für Elternabend)*. Anmeldungen an Prof. Dr. Gerhard Glück, Auf der Knag 5, 5108 Monschau.

7 Paragraphen zur Sexualerziehung

Auch die Schulkinder in Baden-Württemberg sollen eine Sexualerziehung in der Schule genießen, die auf gesetzlichen Grundsätzen beruht. Ein Referentenentwurf umfaßt sieben Paragraphen. Kultusminister Mayer-Vorfelder hat einen Zeitpunkt für die Einbringung des Gesetzes noch nicht genannt. Im benachbarten Bayern konnte Kultusminister Maier ein Gesetz nur mit Hilfe von SPD und FDP durchbringen, weil es in der CSU eine Gruppe gab, die auf Druck der katholischen Kirche dem Gesetz ihre Zustimmung versagten.

Weiter nur „Zahlvater“

Väter von unehelichen Kindern werden auch künftig kein Sorgerecht für ihr Kind haben. Das Bundesverfassungsgericht entschied, daß das Sorgerecht ausschließlich für die Mutter gilt. Das betrifft auch Paare, die ohne Trauschein zusammenleben und Kinder haben.

„... mit behindertem Partner“

Siegfried Schröder

Vorbemerkung:

In der Sexualpädagogik haben wir es nicht nur mit Unterrichtsinhalten zu tun, die sich im unmittelbaren Erfahrungsraum unserer Schüler befinden, sondern häufig auch mit Problemen und Fragestellungen, die im allgemeinen außerhalb ihres aktuellen Erlebnisbereiches liegen und so konkret vielleicht auch später nur einigen Schüler begegnen werden. Und doch ist ein Nachdenken darüber und eine entsprechende Auseinandersetzung unerlässlich: einmal können familiär oder nachbarschaftlich betroffene Schüler vielleicht auf diese Weise Beistand bei der Bewältigung eventueller Probleme erhalten, zum anderen sollen die Schüler auch auf ungewöhnlichere Begegnungsmöglichkeiten in ihrem Leben vorbereitet werden, und natürlich gilt es, eine allgemeine Standortklärung anzuregen, Vorurteilsbildungen entgegenzuwirken, bzw. bereits vorhandene aufzuweichen und wieder aufzulösen.

Selbstverständlich muß die Vorbereitung und Durchführung dieser Unterrichtseinheit durchgängig von besonderer Behutsamkeit, Sorgfalt, Redlichkeit und Aufrichtigkeit bestimmt sein, so daß behinderte Schüler, behinderte Eltern oder behinderte Kollegen jeder Zeit an den Erarbeitungen und Diskussionen teilnehmen könnten; – spürbar getragen auch von einer verständnisvollen und solidarischen Haltung des Lehrers, der sich stets der Möglichkeit bewußt sein sollte, plötzlich selbst beruflich, familiär oder persönlich betroffen zu werden.

Zum Bedingungsfeld:

Bei unserem derzeit spezialisierten und separierenden Schulsystem bleibt ein gemeinsamer Schulbesuch von nicht-behinderten und behinderten Kindern und Jugendlichen auf einige wenige Modellprojekte und Systemschulen beschränkt, und auch hier betreffen Integrationsansätze meistens Schüler mit „einfacheren“ Behinderungsformen (Lern-, Seh-, Sprachbehinderte, Schwerhörige und Erziehungsschwierige), was nicht heißen soll, daß auch die behinderungsspezifischen Probleme dort generell „einfacher“ zu bewältigen wären; denn gerade in den Grenzbereichen mit ihren vielen fließenden Übergängen belasten Fehleinschätzungen, Über- und Unterforderungen, Identitätskrisen zusätzlich die Entwicklung des behinderten Schülers! – Behinderte Altersgenossen, besonders, wenn

„Du bist zeitlebens für das verantwortlich,
was du dir vertraut gemacht hast.“

(Antoine de Saint-Exupéry)



Aus einem Grab in Gizeh:

Der Zwerg Seneb und seine Familie. Seneb konnte sich vom „Kleiderzwerg“ zum „Vorsteher der Weberei des Hofes“ hocharbeiten. Er trug den Titel „Freund des Königs“ und hatte das Recht, für sich eine Sänfte zu beanspruchen. Vor dem Vater die beiden Kinder, welche die ungleichen Körperproportionen der Eheleute optisch etwas ausgleichen.

Kalkstein bemalt, Höhe 33 cm, um 2320–2250 v. Chr., Ägyptisches Museum, Kairo

es sich um extremere Behinderungsformen wie Gehörlose, Blinde, Taubblinde, Körper- und Geistigbehinderte, um Mehrfach- und Schwerstbehinderte handelt, sind für viele Schüler, falls sie nicht gerade familiär oder nachbarschaftlich entsprechende Begegnungsmöglichkeiten haben, fast exotische Wesen, über die das Fernsehen hin und wieder berichtet, für die ein UNO-Jahr proklamiert wird und die vielleicht schon einmal Unterrichtsgegenstand des Religions- oder Biologieunterrichtes oder der Sozialkunde waren. – Darum soll in dieser Unterrichtsankregung bewußt die Problematik aufgezeigt werden, die sich aus der Begegnung nicht-behinderter Schüler mit behinderten Menschen und den sich daraus möglicherweise entwickelnden Beziehungen ergeben könnte. Das bedeutet für

die weitere Erörterung eine völlig andere Akzentsetzung, als wenn die angesprochene Thematik mit Schülern erarbeitet würde, die selbst behindert sind; – auf diese Möglichkeit und die sich hieraus ergebenden abweichenden Problemstellungen sei nur hingewiesen.

Die relativ große Altersspanne der Adressatengruppe erfordert eine eher allgemeine Materialaufbereitung in bezug auf die vorausgesetzten Erfahrungs- und Vorstellungsmöglichkeiten, auf die Form der Erarbeitung, das angenommene Abstraktionsniveau und das vorgeschlagene Quellen- und Medienmaterial, so daß ohne weiteres eine konkret-situative Adaptation durch den jeweiligen Kollegen erfolgen kann.

Didaktische Vorüberlegungen:

Die Zahl der Behinderten im schulpflichtigen Alter liegt in unserem hochspezialisierten Schulsystem bei etwa 6%; allerdings gilt weit über die Hälfte dieser behinderten Schüler (Lern- und Sprachbehinderte, Erziehungsschwierige) nach ihrer Schulzeit nicht mehr als behindert und wird nach den allgemeinen Gesellschafts- und Arbeitsnormen eingestuft und beurteilt. Doch macht nach den Mikrozensusuntersuchungen von 1974 die Gesamtgruppe der Behinderten mit 2,75% zusammen mit den Chronisch-Kranken mit 8,64% über 10% der Wohnbevölkerung aus. Das bedeutet, daß etwa jeder 10. Bundesbürger behindert, bzw. akut von Behinderung bedroht ist. Da es, vielleicht abgesehen von der besonderen Situation Geistigbehinder-

ter, allgemein nicht wünschenswert sein kann, daß diese zahlenstarke Gruppe nur innerhalb der eigenen Reihen Beziehungen suchen darf und eingehen kann, sind gemischte Partnerschaften zwischen Nicht-Behinderten und Behinderten als selbstverständliche und übliche Lebensform anzusehen. – Erfreulicherweise geben auch Sonderschulen mehr und mehr ihre einst streng auf Separierung ausgerichtete Haltung auf; Außenkontakte werden zugelassen oder sogar angestrebt. Das setzt sich in außer- und nachschulischen Bereichen wie dem Freizeit- und Fortbildungssektor weiter fort . . . Grund genug, die Schüler der Regelschulen auch auf diese nicht ganz alltäglichen, aber durchaus möglichen Begegnungen, Beziehungen oder Lebensgemeinschaften mit behinderten Partnern vorzubereiten.

Ziele der Unterrichtseinheit:

- Informationsvermittlung über menschliches Sexualverhalten
- Aufspüren, Diskussion und Darstellung allgemeiner und spezieller Probleme menschlicher Sexualität
- Informationsvermittlung über Behinderungen
- Aufzeigen allgemeiner und spezieller Probleme behinderter Menschen
- Ermöglichung und Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, – gegenseitiges Kennenlernen, Tolerieren und Verstehen als Voraussetzung einer nicht nur proklamierten „Integration Behinderter“ in unsere Gesellschaft
- Verhinderung, bzw. Abbau von Vorurteilen; – besonders der Vorstellungen, daß die Sexualität eines Menschen durch seine Behinderung zwangsläufig auch beeinträchtigt ist und daß natürliche partnerschaftliche Beziehungen zwischen nicht-behinderten und behinderten Menschen nicht möglich seien

- Differenzierung zwischen Gruppen, die trotz ihrer Behinderung selbstverantwortlich über ihre Lebensweise bestimmen und Geistigbehinderten, die aufgrund eingeschränkter Verantwortlichkeit gesellschaftlichen Beistand und Entscheidungshilfen benötigen
- Aufzeigen allgemeiner Rollenprobleme, die aber durch die Behinderung schärfer erscheinen können
- Erkennen eigener Bedürfnisse, der Möglichkeiten und Grenzen einer Verwirklichung; – Darstellung, Diskussion und Aufarbeitung möglicher Probleme, die in einer Beziehung mit einem behinderten Partner auftreten könnten
- Ansprechen von möglichen individuellen Schülerproblemen: Erkennen und Abbau von persönlichen Blockierungen und Behinderungen in bezug auf die eigene Sexualität und in bezug auf soziale Kontaktmöglichkeiten
- Behinderten Mitmenschen ihre, Selbstverwirklichung in sozialer Integration' ermöglichen helfen; – Schülern und Lehrern Hilfen geben zur eigenen ‚Selbstverwirklichung in sozialer Integration‘

Sachinformationen, Problemdarstellungen, Auseinandersetzungen:

Zum Begriff ‚Partnerschaft‘:

Es gibt Partnerschaften, die sich auf geschäftliche Verbindungen, auf Wettkämpfe, Liebhabereien oder sonstige In-

teressengemeinsamkeiten beziehen; und natürlich gibt es Partnerschaft als Lebensgemeinschaft, die von gemischt- oder gleichgeschlechtlichen Bedürfnissen getragen wird.

– In dieser Unterrichtseinheit soll eine Auseinandersetzung über heterosexuelle Partnerschaften zwischen nicht-behinderten und behinderten Menschen und den sich möglicherweise daraus ergebenden Chancen und Problemen versucht werden.

Bei der Themenstellung ist bewußt mit der Bezeichnung ‚Partner‘ eine relativ offene Formulierung gewählt worden, was nicht heißen soll, daß Form und Intensität der Partnerbeziehung für unsere Fragestellung von untergeordneter Bedeutung wäre. Im Gegenteil: viele Probleme, die es noch aufzuzeigen gilt, erhalten oft erst ihren zuweilen herausfordernden Charakter, wenn es sich zumindest vom Ansatz her um unbegrenzte Dauerformen wie Lebensgemeinschaften oder Ehen handelt. – Bei einer zeitlich eher flüchtigen Form wie dem ‚Flirt‘ oder bei einem von vornherein als vorübergehend angenommenen Verhältnis lassen sich viele Probleme leichter nehmen . . . Provisorisches und Improvisation können entsprechend eher akzeptiert werden. – Wir sollten uns aber davor hüten, offene Kontakte und Verhältnisse, die zeitlich oder funktional begrenzt angesetzt zu sein scheinen, moralisierend in zwielichtige Bereiche abzudrängen; auch wenn sie vielleicht nicht unseren persönlichen Vorstellungen und Bedürfnissen zu entsprechen scheinen. Diese Toleranz sollte natürlich unsere Beurteilungs- und Bewertungsmaßstäbe allgemein bestimmen, damit wir uns nicht umgekehrt bei Behinderten mit einer ‚Sondertoleranz‘ um die eigentlichen Entscheidungen herumdrücken können, wie es leicht bei Aktionen wie ‚Bordellbesuch auf Krankenschein‘ den Anschein bekommt. Jede Sonderbehandlung führt zwangsläufig zu gesellschaftlichen Isolierungen und Separierungen.

Zum Begriff ‚behindert‘:

Aus der Vielfalt von Behinderungsmöglichkeiten wird eine exemplarische Auswahl vorgeschlagen:

- **Körperbehinderung** als Behinderung mit starken Bewegungs- und Tätigkeitseinschränkungen
- **Blindheit** als Behinderung mit erheblichen Sinnesausfällen, was zu Anschauungs- und Orientierungsschwierigkeiten wie auch bestimmten Kommunikationsproblemen (Körpersprache!) führt
- **Geistige Behinderung** als Behinderung mit erheblichen Lern-, Kommunikations- und Verhaltensschwierigkeiten; Fremdbestimmung ist häufig aufgrund eingeschränkter Einsicht und Verantwortlichkeit und entsprechender Gefährdung erforderlich*

Den zur Verfügung stehenden zeitlichen Möglichkeiten entsprechend kann man eine oder mehrere Behinderungsformen vorstellen; situative Gesichtspunkte, d. h. be-

stimmte Behinderungsformen im Umfeld der Schüler, des Lehrers oder der Schule (z. B. Nachbarschaft mit einer Sonderschule!) sollten selbstverständlich berücksichtigt werden und gegebenenfalls die Auswahl verändern.

(Definitionen des Begriffes ‚Behinderung‘ und erste allgemeinverständliche Informationen über diese Behinderungsformen können über die unter → Medien angegebene Literatur vermittelt werden.)

Ursachen und Zeitpunkt der Schädigung:

Ursachen und Zeitpunkt der erfolgten Schädigung sind im Zusammenhang mit unserer Fragestellung nicht unerheblich. Um aber die Thematik nicht durch breit ausgeführte Seitenprobleme, die zweifellos angedeutet werden müssen, zu sehr zu befrachten, wird vorgeschlagen, die Genese der Behinderung vor oder unmittelbar um die Geburt oder als Krankheits-, bzw. Unfallfolge im Kleinkindalter anzunehmen und beispielsweise auf progressive Krankheitsprozesse mit einsetzender Behinderung im Jugend- oder Erwachsenenalter oder auf eine plötzliche Schädigung und Behinderung während einer bereits bestehenden Partnerschaft und den sich daraus ergebenden Problemen nur hinzuweisen (. . . auch hier, falls sich situativ nicht andere Gesichtspunkte anbieten!). – Die Frage, inwieweit die Behinderung vor, während oder nach der Schwangerschaft der Mutter erworben oder aber genetisch bedingt ist, wird in anderem Zusammenhang noch einmal angesprochen werden müssen.

Einige Gründe, welche die Aufnahme und Entwicklung von Beziehungen sehr erschweren können:

Erotik und Sexualität haben viel mit Ästhetik zu tun, die darstellenden Künste können hier als wichtiger Beleg angeführt werden. Zum Glück ist aber der Schönheitsbegriff nicht so eindeutig, wie es uns die Werbeindustrie suggerieren möchte. Starke Gesichts- und Körperentstellungen als Behinderungs-, Krankheits- oder Unfallfolge können jedoch zu einem schwerwiegenden Handicap bei der Partnersuche werden. Das Wesentliche eines Menschen kann eigentlich nicht in seiner äußeren Erscheinung bestehen, das sagt uns unsere Ratio. . . und trotzdem wird es nicht einfach und auch nicht für jeden Menschen möglich sein, eventuelle emotionale Aversionen anderen Wertssystemen unterzuordnen. (Vgl. Broschüre über ‚Gesichtsversehrte‘.) Auf der Kinoleinwand oder auf dem Bildschirm beschränken sich Partnerschaften zuweilen auf ein durchgängig genitalsexuelles Verkehren. In der Realität hingegen nehmen in einer Partnerschaft die sonstigen sozialen Bezüge und Prozesse natürlich einen weit größeren Raum ein als etwa der Geschlechtsverkehr. – Abgesehen von geistigbehinderten Paaren, bei denen wir sicher nicht selten auch

* Die besondere, von allgemeinen Behinderungserscheinungen abweichende Situation des geistigbehinderten Menschen ist bereits angedeutet worden. Eine gemischte Beziehung zwischen einem nicht-behinderten und einem geistigbehinderten Partner wird hier die Ausnahme bleiben, da beispielsweise die erheblichen Abweichungen im Kommunikationsniveau ständig zu Mißverständnissen und Frustrationen führen müßten. Ja, es scheint gegenüber der Beziehungsaufnahme mit einem geistigbehinderten Partner durchaus Skepsis und Argwohn angebracht zu sein, da die Gefahr der einseitigen Manipulation und skrupellosen Ausnutzung natürlich groß ist. – Bei geistig-

behinderten Menschen wird man also eher Beziehungen *innerhalb* der Behinderungsgruppe antreffen (vgl. SCHRÖDER: Beschützte Ehe bei Geistigbehinderten, 1977). Die Gruppe der geistigbehinderten Menschen ist dennoch mit in unserer Erörterung aufgenommen worden, weil sonst der hier immer wieder indirekt angesprochene Behinderungsbegriff eine unzulässige Verkürzung, Vereinfachung und damit Einseitigkeit erhalte, was bei späteren Diskussionen nicht nur zu ständig neuen Mißverständnissen führen würde, sondern vor allem diese Behindertengruppe (Geistigbehinderte) noch mehr ins Abseits und in die Isolation abdrängen würde.

eheliche oder eheähnliche Beziehungen ohne Koituspraxis annehmen dürfen, sind im allgemeinen die Koitusmöglichkeiten von der Behinderung nicht tangiert, oder die Behinderungen führen zu unwesentlichen und auch sonst durchaus üblichen Abweichungen und Varianten, was gewöhnlich die Sexualität dieser Paare als solche überhaupt nicht beeinträchtigt. – Was es aber bedeuten könnte, im Ausnahmefall in einer ehelichen oder eheähnlichen Beziehung, bedingt durch eine schwere Behinderung des Partners, ganz auf einen Intimverkehr im herkömmlichen Sinne verzichten zu müssen, ist theoretisch sicher leichter zu erörtern als in der Praxis zu verkraften. Sicher lassen sich im partnerschaftlichen Umgang auch ganz andersartige, individuelle Formen und Wege einer sexuellen Bedürfnisbefriedigung finden und entwickeln, aber das läßt sich weder verallgemeinern noch per Ethik verordnen. Natürlich gibt es Menschen, die, aus welchen Gründen auch immer, bewußt auf geschlechtliche, partnerschaftli-

che Beziehungen verzichten. Diese persönlichen Entscheidungen dürfen aber nicht gleichgesetzt werden mit der Situation, daß ein Mensch, der sich nach einem Partner sehnt, niemand findet und allein bleiben muß. – Die Sexualmedizin kennt den Begriff des ‚Surrogatpartners‘. Nicht aus moralischen Erwägungen, sondern eher in Einschätzung der Grenzen der emotionalen Belastbarkeit von ‚Patient‘ wie von ‚Therapeut‘ muß ein ‚therapeutischer Beischlaf‘ als allgemeiner Lösungsvorschlag oder Dauerform sehr kritisch gesehen werden, selbst wenn er ärztlich verordnet und wissenschaftlich begründet sein sollte. – Als besonders anrühlich dürften natürlich Lösungsversuche gelten, die in den Bordellbereich verlagert worden sind, – obgleich womöglich die emotionale Belastung aufgrund des Gelegenheitscharakters und der unzweifelhaften und eindeutigen Intentionen auf beiden Seiten für den Behinderten nicht so groß sein wird?



Konkurrierende Gesichtspunkte zur Konstellation von Behinderung und Geschlecht:

Leider nicht unerheblich ist bei unserer derzeitigen gesellschaftlichen Situation die Frage nach der geschlechts- und behinderungsbezogenen Konstellation in einer Partnerschaft. Ist beispielsweise einer der Partner körperbehindert, so konkurriert sicher die Vorstellung, daß nach unserem Rollenverständnis der Frau eher pflegerische Tätigkeiten liegen (vgl. Verhältnis von weiblichen zu männlichem Krankenpflegepersonal!), die bei schweren Körperbehinderungen in erheblichem Maße erforderlich werden können, mit dem Gesichtspunkt des unterschiedlichen kräftemäßigen Leistungsvermögens bei den Geschlechtern: wenn der körperbehinderte Partner sehr unbeweglich und schwer ist, könnten Hebe- und Transportprobleme sicher einfacher vom Mann bewältigt werden (. . . hier bietet natürlich die Reha-Technik inzwischen ein breites Sortiment an mechanischen Hilfsmitteln an).

In unserer Gesellschaft wird allgemein immer noch dem Mann die Rolle des aktiven, führenden, bestimmenden, stützenden und beschützenden Partners zuerkannt (vgl. die Rollen beim Gesellschaftstanz, die Behauptung des männlichen Familiennamens bei der Heirat, das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Politikern!); eine Körper-, Sinnes- oder Intelligenzbehinderung seitens des weiblichen Partners würde sicher diesem verbreiteten männlichen Selbstverständnis eher entgegenkommen als etwa umgekehrt. Bei Behinderungen seitens des Mannes würden dagegen beim weiblichen Partner vielleicht eher einführende, fürsorgende und bemutternde Begabungen aktiviert. Doch dieses Rollenverständnis ist ja trotz entsprechender Tradierung in der Praxis nie so konsequent durchgehalten worden. Es lag immer an der jeweiligen individuellen Konstellation, wer sich schließlich als der energischere, durchsetzungsfähigere oder aber anpassungsfähigere erwies . . . allerdings wird man es bei einer Beziehung mit behindertem Partner womöglich nicht mehr so einfach kaschieren können, wenn die Rollenverteilung nicht synchron zur gesellschaftlichen Erwartungshaltung erfolgt.

Es kann ein weiterer Aspekt des Rollenverständnisses tangiert werden: ein hübsches Aussehen und eine aufwendigere Gestaltung und Pflege der äußeren Erscheinung erwartet man eher von den Damen (vgl. den auffallend unterschiedlichen geschlechtsbezogenen Sortimentsumfang bei Kosmetik und Bekleidung!) . . . und ein womöglich durch die Körperbehinderung vernarbtes und entstelltes Gesicht des weiblichen Partners würde diesen vermutlich psychisch stärker bedrücken.

Auch die Größenfrage (statistisch gesehen gibt es nicht nur mehr größere Männer als Frauen, die Frauen bevorzugen im allgemeinen auch Männer, die größer als sie selbst sind!) kann die Situation zusätzlich erschweren, wenn beispielsweise durch die Rollstuhlabhängigkeit des Mannes das gewohnte Verhältnis optisch umgedreht wird.

Auch in Bezug auf die außer- oder innerhäusliche Berufstätigkeit zeigen sich im gesellschaftlichen Rollenverhalten bestimmte Tendenzen: nicht selten führt die Behinderung zu einer eingeschränkten Erwerbstätigkeit im außerhäuslichen Bereich, was bedeuten kann, daß sich für den behinderten Partner vielleicht eher die ja ebenfalls notwendige innerhäusliche Tätigkeit anbieten würde. So ließen sich zwar auch gleichzeitig viele Wege- und Transportfragen

leichter lösen, gleichzeitig würde aber auch die gesellschaftliche Isolation, die bereits durch das Faktum ‚Behinderung‘ droht, durch die Beschränkung auf den häuslichen Bereich wesentlich verschärft . . . und der ‚Hausmann‘ ist auch heute immer noch ungewöhnlicher als die ‚Hausfrau‘.

Auch bezogen auf die Art und Weise, seine Umwelt innerlich aufzunehmen, Eindrücke zu verarbeiten und auf die Welt Einfluß zu nehmen, scheint es geschlechtsspezifische Unterschiede zu geben: Während sich Frauen allgemein spontaner, situationsverhafteter, ganzheitlicher, emotionaler, stärker reproduzierender verhalten sollen, werden den Männern eher abstrahierende, systematisierende und analysierende, experimentierfreudigere, kalkulierende, rationalere Verhaltensweisen zugeordnet. Eine Behinderung läßt diese unterstellten, hier völlig wertfrei referierten Eigenschaftszuordnungen natürlich nicht unberührt und führt zwangsläufig immer wieder zu Umkehrungen. Allgemeine Erwartungen in bezug auf ein eher aktives männliches Sexualverhalten sind bereits angedeutet worden, obgleich vom mechanischen Vereinigungseffekt her gesehen es relativ zu sein scheint, ob nun der Mann sein Glied in die weibliche Scheide drückt oder die Frau ihre Scheide über das männliche Glied schiebt.*

Abgesehen von der allgemeinen Kinderfrage, beziehen sich besorgte Bedenken auf die somatischen Probleme einer möglichen Schwangerschaft und Geburt einseitig auf den behinderten weiblichen Partner, besonders, wenn man an schwere Körperbehinderungen denkt. Sehen wir die Fragestellung mehr gesellschaftlich und schließen wir auch den postnatalen Bereich ein, dann beziehen sich die kritischen Fragen und Zweifel mehr auf die Gruppe der Geistigbehinderten.

Partnerschaft und mögliche Elternschaft:

Wie bereits angedeutet muß über die Partnerschaftsfrage hinaus auch die Frage nach einer möglichen biologischen Elternschaft angesprochen und abgeklärt werden. Es ist keinesfalls an eine Koppelung dieser beiden Problembe- reiche gedacht, was ja bedeuten würde, daß etwa die Frage einer möglichen Partnerschaft nur zu bejahen wäre, wenn auch die Frage einer eventuellen Elternschaft positiv beantwortet werden könnte! Selbst konservativere, religiös orientierte Gruppen können sich den heutigen Erkenntnissen und Möglichkeiten gegenüber kaum noch verschließen. Über das ganze Bundesgebiet verteilt gibt es humangenetische Beratungsstellen, so daß das Risiko ei-

* Bevor ich aus einem naiv-redlichen, aber auch leicht mißverstehenden Bemühen um eine möglichst wertneutrale Phänomenbeschreibung heraus den geballten Zorn meiner Kolleginnen auf mich ziehe, sei auf einen ganz entschiedenen geschlechtsbezogenen Unterschied hingewiesen, der zwar bei ‚Männern‘ zuweilen ein verlegenes Achselzucken oder auch mitleidiges Lächeln auslöst, der aber letztlich wie ein ewiger Stachel im Fleisch permanent sein Selbstbewußtsein bedroht: die völlig eindeutige Frage des ‚Kinderkriegens‘ . . . ja, man könnte fast annehmen, daß die ganzen weltweiten und inzwischen sogar interstellaren Aktivitäten der Männer letztlich nichts anderes als eine Überkompensation dieses einen einzigartigen Minderwertigkeitskomplexes darstellen!

ner genetisch bedingten Behinderung und auch die etwaige Risikohöhe durch ein humangenetisches Gutachten abgeklärt werden können (dem Verfasser ist eine verantwortungsbewußte Blindenschule bekannt, die für alle Entlaßschüler ein solches humangenetisches Gutachten erstellen läßt!). Dieses Gutachten ist nicht nur für den Behinderten selbst eine wichtige Entscheidungshilfe, sondern kann auch für die Eltern bei weiteren Kinderwünschen und besonders auch für die Geschwister in bezug auf ihre partnerschaftlichen Bedürfnisse eine Klärung und in den meisten Fällen eine große Beruhigung bedeuten. Aber selbst bei Feststellung eines erhöhten Risikos bei einer genetisch bedingten Behinderung muß ja keinesfalls auf eine Elternschaft allgemein verzichtet werden, – hier würde sich die Frage nach einer eventuellen Kindesadoption stellen, falls die Behinderung des Partners als solche eine Versorgung und Erziehung eines Kindes nicht zu sehr belasten würde. Letzteres wäre besonders bei Menschen mit Intelligenzbehinderungen zu prüfen . . . hier müssen aber die genetischen Gesichtspunkte unbedingt gegenüber mehr anthropologischen Argumentationen zurücktreten: Auch bei einer mit Sicherheit nicht genetisch bedingten geistigen Behinderung wird die Frage nach einer Elternschaft nicht entschärft, da jedes neugeborene Kind einen Anspruch auf eine möglichst ungestörte körperliche, geistig-seelische Entwicklung hat. Gerade bei den vielfältigen Formen erworbenen Schwachsinn besteht erbbiologisch kein erhöhtes Risiko, dafür umso mehr ein soziales und kulturelles (vgl. Hinweise unter → Medien!).

Die Fragen nach Geburtenregelung, bzw. Empfängnisverhütung sollen hier nur kurz angedeutet werden . . . es wäre im Einzelfall mit einem Arzt abzuklären, welche Methoden in Anwendung und Wirkung eventuell mit der bestimmten Behinderungsform kollidieren könnten; Körperbehinderungen können die Funktion mechanischer Mittel beeinträchtigen . . . eine Verhütung auf hormoneller Basis erfordert eine verantwortungsvolle Handhabung, die gerade bei geistigbehinderten Menschen nicht immer vorausgesetzt werden kann. (Vgl. Hinweise unter → Medien).

Heiratsprobleme

Der Standesbeamte hat bei der Eheschließung darauf zu achten, daß die formalen Bestimmungen eingehalten werden. Wenn ein Heiratswilliger aufgrund seiner Behinderung nicht schreiben kann, würde sicher auch ein Kreuzchen genügen (mit welchem ja auch Analphabeten unterschreiben können!), falls sonst keine Zweifel an der Ehefähigkeit der Heiratswilligen bestehen. Wenn aber schwere Spasmen sowohl die Handmotorik als auch die Sprechorgane derart beeinträchtigen, daß für den Außenstehenden eine Verständigung im üblichen Sinne kaum möglich ist, kann eventuell die Anordnung einer Pflugschaft zur Vertretung des Behinderten in persönlichen Angelegenheiten (gemäß § 1910 BGB) notwendig werden; – das könnte auch auf einen geistigbehinderten Heiratswilligen zutreffen, wenn etwa der Standesbeamte erhebliche Zweifel an der Geschäftsfähigkeit und damit an der Ehemündigkeit des behinderten Partners hat. – Die standesamtliche Eheschließung ist nach unserem Recht Voraussetzung für eine gültige kirchliche Trauung. Diese kirchliche Eheschließung setzt einen beiderseitigen Ehekonsens voraus; und

Konsensmängel ließen sich bei einer vorliegenden geistigen Behinderung womöglich geltend machen.

Neben diesen mehr formalen Problemen ist ein sozialrechtlicher Aspekt zu sehen. Nach dem bürgerlichen Recht sind Ehegatten einander unterhaltspflichtig. Bei Unterhaltsberechnungen sind Behindertenrenten voll mit beim Einkommen zu berücksichtigen (mit Ausnahme des Blindesgeldes!). Das heißt praktisch, daß durch die Eheschließung die Unterhaltsansprüche des behinderten Partners an den nicht-behinderten Partner gehen, so daß die materielle Situation des Paares nach der Eheschließung schlechter sein kann als vor der Heirat. In Skandinavien mit seinen relativ hohen Renten raten nicht selten Fachleute von einer Eheschließung Behinderter ab, weil sich dadurch ihre wirtschaftliche Lage fühlbar verschlechtern würde. Angesichts dieser Situation erscheint eine nicht legitimierte Beziehung mit einem behinderten Partner doch in einem anderen Licht, was verunsichert und vielleicht ein vorschnelles moralisches Urteilen verhindern hilft.

Weitere Anmerkungen:

Die Zusammenstellung beachtenswerter Gesichtspunkte ließe sich ohne Schwierigkeiten fortsetzen, doch würden wir mehr und mehr in allgemeine Problembereiche kommen, die überall anzutreffen sind, die sich hier lediglich akzentuierter zeigen: so bei der Frage großer Altersunterschiede und deren jeweiliger Konstellation (. . . ist der behinderte Partner weiblich und älter, bzw. umgekehrt oder ist er weiblich und jünger, bzw. umgekehrt?), so bei der Frage unterschiedlicher wirtschaftlicher Verhältnisse und deren jeweiliger Konstellation, so bei der Frage großer Diskrepanzen beim beruflichen und gesellschaftlichen Status und deren Konstellation, usw. . . .

Es wird deutlich, daß alle Probleme ansatzweise oder in ähnlicher Form auch bei Beziehungen ohne behinderten Partner auftreten können, – wir haben es ja auch nicht mit anderen Wesen oder einer anderen Sexualität zu tun, sondern immer nur mit der menschlichen Sexualität und ihren Erscheinungs- und Variationsformen. Wohl können sich manche Probleme, die sich sonst eher verdrängen oder verdecken lassen, bei Beziehungen mit behindertem Partner direkter, schärfer, polarisierender, herausfordernder zeigen.

Ein Aspekt sollte jedoch nur kurz angesprochen werden: die psychische Belastbarkeit der Partner. Partnerschaften vermitteln ja nicht nur Glückserlebnisse, sondern können ja auch Anlaß für Konflikte sein. Schon bei nichtigen Unmutsäußerungen und Streitigkeiten könnte dann doch plötzlich auf die andersartige Situation angespielt werden . . . nicht selten kommen noch Empfindlichkeiten, leichte Verletzbarkeit und schnelles Mißtrauen hinzu. – Manches wird auch unausgesprochen bleiben: der nicht-behinderte Partner empfindet die eigenen Aggressionen vielleicht als unfair dem anderen gegenüber und verdrängt sie . . . der behinderte Partner könnte eigene Gefühle der Unzufriedenheit als Undankbarkeit dem anderen gegenüber ansehen und ebenfalls verdrängen. Wenn sich die zusammenhaltenden Kräfte nicht immer wieder aus der Zuneigung heraus regenerieren können, dann wird man das innere Zähneknirschen nicht sehr überzeugend hinter einer unerschütterlich freundlichen Gesichtsmaske verbergen können, während die Zerstörungsprozesse ohnehin unaufhaltsam weiter fortschreiten. Die bitteren Gefühle der

Enttäuschung und Verlassenheit werden nach einer zerbrochenen Beziehung mit behindertem Partner für keinen leichter zu ertragen sein.

Zwischenmenschliche Begegnungen ergeben sich häufig spontan, und selbst die Beteiligten können meist nicht begründen und erklären, warum gerade aus dem Zusammentreffen mit diesem bestimmten Menschen eine Beziehung werden konnte; – eine optimale Konstellation als solche gibt es nicht und läßt sich auch nicht per Checkliste ermitteln. – Die Herausstellung und Diskussion so vielfältiger, eine Beziehung mit behindertem Partner möglicherweise berührender Probleme und konkurrierender Gesichtspunkte soll auch nicht mutlos machen oder gar entsprechende Begegnungen verhindern helfen, im Gegenteil: indem man Probleme ansprechen und aufarbeiten kann, nimmt man ihnen ihre diffusen destruktiven Energien und schafft so eine neutrale Ausgangsbasis für Begegnungen und Beziehungen jeglicher Art, auch mit einem vielleicht behinderten Partner. – Außerdem geht es darum, zwei ebenfalls mögliche Beweggründe eliminieren und ausschalten zu helfen: den des vordergründigen Mitleids und den des um jeden Preis Originellseins. So wie man doch eigentlich immer insgeheim hofft, daß der Partner die Beziehung auch dann eingegangen wäre, wenn widrige Umstände und Schicksalsschläge die Situa-

tion belastet hätten, so sollte man bei einer Beziehung mit einem behinderten Menschen gewissenhaft prüfen, ob man diese Beziehung auch ohne die Behinderung des Partners angestrebt hätte, bzw. aufrechtzuerhalten wünschte? – Eine offene Aussprache mit Darstellung der eigenen Bedürfnisse und Erwartungen muß auch hier unbedingt vorausgehen, da die Gefahr, daß sich ein Partner nur gelegentlichsmäßig, einseitig sexuell benutzt und mißbraucht fühlt, ebenso groß ist wie der Argwohn, der nicht-behinderte Partner könnte sich aus Mitleid in Form eines Almosens in die Beziehung eingebracht haben. Hier sei an die eingangs zitierte Ermahnung SAINT-EXUPÉRYs aus dem ‚Kleinen Prinzen‘ und die große Verantwortung erinnert, die wir auf uns nehmen, wenn wir uns einen Menschen vertraut machen und in unseren persönlichen Lebensbereich zu integrieren versuchen.

Wenn die Einmaligkeit und Einzigartigkeit eines Menschen durch seine wie auch immer geartete Behinderung ebenso mitbestimmt wird wie durch das Papillarmuster seiner Fingerbeeren oder durch das komplexe Zusammenspiel seiner Gesichtsmuskeln, dann wird die Sexualität eines Menschen wesentlich durch seine Individualität bestimmt . . . durch die Behinderung erhält sie lediglich eine weitere Facette an individueller Eigenart.

Methodische Aspekte:

Angesichts der Vielfalt unterschiedlicher und teilweise konkurrierender Aspekte bieten sich zwei Erarbeitungsmöglichkeiten an:

1. eine arbeitsteilige Gruppenarbeit
2. ein Planspiel.

Für eine **arbeitsteilige Gruppenarbeit** ist ein Fragen-, bzw. Auftragskatalog aufzustellen, so daß jede Gruppe eine bestimmte Problem- oder Fragestellung erhält. Die Aufgabenstellungen können sich sowohl auf verschiedene Behinderungsgruppen beziehen als auch auf unterschiedliche Teilthemen der Erörterung, z. B.:

- Mögliche Auswirkungen der Blindheit auf eine Partnerschaft
- Alltagsprobleme in einer Ehe mit einem körperbehinderten Partner
- Ein geistigbehindertes Paar möchte heiraten
- Eine körperbehinderte Frau wünscht sich ein Baby
- ‚Ein Mann muß nicht immer schön sein‘ . . . und eine Frau?
- Ein (blinder) Mann sieht die Welt durch die Augen seiner Frau
- Eine Partnerschaft ist mehr als eine ‚gute Tat‘
- usw. . . .

Die Gruppen könnten ihre Diskussionsergebnisse in Form von Thesenpapieren festhalten und dem Klassenverband vorstellen.

Bei einem **Planspiel** wird das Verfahren durch den Lehrer vorgegeben (→ Medien), inhaltlich bleibt alles relativ offen. Die Klasse wird in unterschiedliche Interessengruppen mit entsprechendem Realitätsbezug aufgeteilt. Jede

Gruppe bemüht sich, das Problem von ihrer spezifischen Interessenlage her zu diskutieren und entsprechende Argumente zu finden. Das gemeinsame Thema könnte beispielsweise heißen:

„Hochzeitsreise mit Rollstuhl“

Zu den unterschiedlichen Interessengruppen könnten gehören:

- der behinderte Partner
- der nicht-behinderte Partner
- die Angehörigen des behinderten Partners
- die Angehörigen des nicht-behinderten Partners
- eine Ehe- und Familienberatungsstelle
- ein Verein zur Förderung Körperbehinderter
- der Freundeskreis des nicht-behinderten Partners
- usw. . . .

Die Diskussionsergebnisse der Gruppen werden in Form von Thesenpapieren festgehalten und mit in die große Plenumsdiskussion eingebracht.

Um im Rahmen der Vorbereitung (sowohl bei der arbeitsteiligen Gruppenarbeit wie beim Planspiel) den Schülern viel Gelegenheiten zur Eigentätigkeit zu geben, sind bei den → Medien auch Anschriften aufgeführt, so daß die Schüler verschiedene Informationsunterlagen selbst zusammentragen können.

Möglichkeiten der Realisation:

- a. Einstieg und Problemstellung:
Film, Literatur, Realbegegnungen
- b. Erarbeitung:
Lehrervortrag mit Diskussion, arbeitsteilige Gruppenarbeit, Planspiel, Thesenpapiere, Plenumsdiskussion
- c. Integration:
Film, Literatur, Realbegegnungen

Die Einbettung der Erarbeitungsphase in Film- oder Literaturbeispiele, bzw. Realbegegnungen mit behinderten Menschen und entsprechenden Gesprächen wirkt wie ein vordergründiger Formalaufbau. Doch die Funktionen der Einstiegs- und Integrationsphasen sind unterschiedlich: während beim Einstieg mehr an eine allgemeine Einstim-

mung und Motivation gedacht ist, geht es in der Integrationsphase um Verknüpfungen zwischen dem persönlichen Schülerstandpunkt, der während der Erarbeitungsphase entwickelt, verändert, gefestigt oder zumindest bewußter werden sollte, und einer durch Film, Literatur oder Begegnungen neu angebotenen Lebenssituation.

Medien:

a. Quellenmaterial für die Einstiegs- u. Integrationsphase: Filme:

- „Behinderte Liebe“ (Marlies Graf/Werner Zuber) 1979, 16 mm / Farbe, 120 Min., FT 32 7952
- „Liebes Kindlein, ach ich bitt', bet' für's bucklicht' Männlein mit“ (Der Film zeigt das Familienleben eines körperbehinderten Ehepaares mit nicht-behinderter Tochter.) Best.-Nr. 28, 1974, 16 mm / schwarz-weiß, 23 Min.
- „Touching“ (Film über einen 34jährigen querschnittsgelähmten Mann mit seiner 32jährigen nicht-behinderten Partnerin.) Best.-Nr. 38, 1974, 16 mm / Farbe, 16 Min. Verleih der Best.-Nr. 28 und 38: Bundesarbeitsgemeinschaft ‚Hilfe für Behinderte', Kirchfeldstraße 149, 4000 Düsseldorf, Tel. 02 11/34 00 85/86

Literatur:

- *K. J. Kluge /L. Sparty*: Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten?, Bonn - Bad Godesberg, 1977 (mit Beiträgen über Eheerwartung und Eheerfahrungen Betroffener)
- *H. Saal*: Einen Behinderten kann man doch nicht heiraten, WDR III, 11. 2. 1979, 8.30 Uhr (evtl. Manuskript o. Bandaufnahme?)
- *K. Schroeder-Horstmann*: L(i)eben mit Handicap (Körperbehinderte geben Auskunft über ihre Sexualität) Ullstein-TB, Frankf.-Berlin-Wien, 1980
- *T. Sullivan/D. Gill*: Wenn ihr sehen könntet, was ich höre (ein Blinder besiegt sein Schicksal) rororo-TB, Reinbek/Hamburg, 1979

b. Informationsunterlagen über Behinderungen:

- *R. Meuter-Schröder*: Der behinderte Mensch (Unterrichtshilfe f. d. Sek. I), Caritas-Behindertenwerk, Eschweiler, 1978
- *Diakon. Werk d. EKD* (Referat Öffentlichkeitsarbeit), Staffenberg-Str. 76, 7000 Stuttgart 1
Informationsbroschüren: „sinnesbehindert“
„körperbehindert“
„geistig behindert“
- *Bundeszentrale f. gesundheitl. Aufklärung*, Postfach 93 01 03, 5000 Köln 91
Broschüren (kostenlos): „Menschen wie wir“
„Wir sind Menschen wie Ihr auch“
- *Bundesarbeitsgemeinschaft ‚Hilfe für Behinderte'*, Kirchfeld-Str. 149, 4000 Düsseldorf, Tel. 02 11/34 00 85/86
Broschürenreihe (kostenlos) ‚Kommunikation zwischen Partnern'

- Heft 18: Blinde – Sehbehinderte – Taubblinde
- Heft 17: Gesichtversehrte Menschen
- Heft 29: Geistig Behinderte
- verschiedene Hefte zu Körperbehinderungen (Heft 2, 16, 25)
- *Deutscher Blindenverband e.V.*, Bismarckallee 30, 5300 Bonn 2
- *Bundesvereinigung ‚Lebenshilfe für geistig Behinderte' e.V.*, Postfach 80, 3550 Marburg 7
- *Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V.*, Postfach 81 32, 4000 Düsseldorf
- Verbände u. Vereine auf Ortsebene
- Bundes-, Landes-, Kreis- und Kommunalbehörden
- *Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e.V.*, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt/Main, Tel. 06 11/55 09 01

c. Unterlagen zur Empfängnisverhütung:

- *Bundeszentrale für gesundheitl. Aufklärung*, Postfach 93 01 03, 5000 Köln 91
Broschüren (kostenlos): „Muß-Ehen muß es nicht geben“
„Jedes Kind hat ein Recht erwünscht zu sein“

d. Unterlagen zur genetischen Beratung:

- *Stiftung f. d. behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung*, Bahnhofstr. 7 A, 3550 Marburg/Lahn, Tel. 0 64 21/6 74 77
Broschüre (kostenlos): „Unser Kind soll gesund sein“ (Das Vorsorge-Programm f. werdende Eltern)
mit dem Verzeichnis der Genetischen Beratungsstellen in der Bundesrepublik

e. Sonstiges:

- Bürgerliches Gesetzbuch (unterschiedliche Ausgaben)
- *Freudenreich, Dorothea*: Das Planspiel in der sozialen und pädagogischen Praxis, (Kösel), München, 1979
- *F. Saal*: Ist der Behinderte wirklich bedauernswert? in: *E. Klee*: Behinderten-Kalender 1981, Fischer-TB., Frankf., 1980, S. 123-135
- *S. Schröder*: Beschützte Ehe bei Geistigbehinderten in: *Kluge/Sparty*: Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten? Bonn - Bad Godesberg, 1977, S. 70-81
- „Sexualität und Behinderung“, Zs. „Sexualpädagogik“ 4/80, S. 11-26, Braunschweig, 1980

Die **HANDREICHUNGEN ZUR SEXUALERZIEHUNG** erscheinen als Beilage der Zeitschrift »**Sexualpädagogik und Familienplanung**«. Einzelbriefe sind zum Preis von DM 1,30 (sfr. 1,60, S 10, -) zuzüglich Porto lieferbar. Doppelbriefe: DM 2,10 (sfr. 2,60, S 15, -).

bva Braunschweiger Verlagsanstalt · Theodor-Heuss-Straße · D 3300 Braunschweig · Ruf 05 31 / 8 10 66

Themenübersicht der bisher erschienenen „Handreichungen zur Sexualerziehung“

Die Themen der Handreichungen seit 1972

Nachbestellungen sind möglich (1,30 DM + Versandkosten pro Stück, Doppelausgaben 2,10 DM).

Lfd. Nr.	Handreichungen zur Sexualerziehung AUSGABE A (1.-4. Schuljahr)	Lfd. Nr.	Handreichungen zur Sexualerziehung AUSGABE B (5.-10. Schuljahr)	Lfd. Nr.	Handreichungen zur Sexualerziehung AUSGABE C (ab 11. Schuljahr)	Jahr- gang
1	Geschlechtliche Erziehung in der Grundschule - Vorbereitung eines Elternabends - Mann, Frau und Kind leben zusammen	1	Äußere Veränderungen in der Pubertät	1	Partnerwahl	1972
2		2	Pollution und Masturbation	2	Schwierigkeiten mit dem Freund - mit der Freundin	
3	Junge und Mädchen unterscheiden sich	3	Menstruation	3	Die Pille	
4	Ein Kind wird erwartet	4	Seelische Veränderungen in der Pubertät	4	Möglichkeiten zur Empfängnisregelung	
5	Ein Kind wird geboren	5	Freundschaften zwischen Jungen und Mädchen	5	Abtreibung	
6	Die ersten Lebenswochen	6	Mann und Frau vereinigen sich körperlich	6	Bewahrung oder Erfahrung	
9	Du hast einen Vater	9	Schwangerschaft	9	Homosexualität (Lesbische Liebe)	
10	Meine Freundin hat keinen Vater	10	Die Geburt eines Kindes	10	Die Wandelbarkeit sexueller Normen	
11	Warnung vor falschen Freunden	11	Die Versorgung des Neugeborenen	11	Ehe oder Kommune	
12	Körperpflege und Gesundheitslehre „Wir halten uns sauber“	12	Eltern- und Kindbeziehung bei Mensch und Tier	12	Freizeit - Party - Sex	
13	Müssen Vater und Mutter immer zusammenleben?	13	Ledige Mütter - uneheliche Kinder	13	Lösung aus Vater- und Mutter-Bindung	1973
14	Zeugung, Empfängnis und geplante Elternschaft	14	Keimesentwicklung	14	Heterosexuelles Verhalten bei Jugendlichen	
15	Ich und meine Geschwister	15	Säuglingspflege	15	Neue Moral	
16	Wie erlebe und gebe ich Liebe	16	Formen des Zusammenlebens bei Mensch und Tier	16	Sexuelle Reaktionen und Fehlreaktionen	
17	Ich schäme mich, wenn ich nackt bin	17/18	Rollenverhalten und Rollenverständnis des Kindes in der Familie	17	Sexualität zwischen Tabu und Schamlosigkeit	
18	Sexuelles Verhalten von Kindern	19	Meine Eltern verstehen mich nicht	18	Sexualität als Lusterlebnis	
19	Die Geschlechtsorgane und ihre Funktion	20	Sexualität und Mode	19	Sex in Illustrierten	
20/21	Warum bin ich ein Junge, warum bin ich ein Mädchen? Wie entstehen Zwillinge?	21	Geschlechtskrankheiten	20	Sprache und Sexualität	
22	Zukunftsvorstellungen	22	Begegnungen mit Menschen ungewöhnlichen geschlechtlichen Verhaltens	21	Partnerwechsel - Promiskuität	
				22	Sexualität und Recht	
23	Wir werden erwachsen	23	Sexualhygiene	23	Die gesundheitlichen Risiken der Abtreibung	1974
24	Susanne und Thomas heiraten	24/25	Sexualität als ein Grundprinzip des Lebendigen	24	Wunschkind, ja oder nein?	
25	Ich muß auf mein kleines Geschwisterchen aufpassen	26	Geschlechtliche Erziehung in der Sekundarstufe	25/26	Der Mensch im Kraftfeld der Sexualhormone	
26	In bin ein Junge - ich bin ein Mädchen	27	Zärtlichkeiten als Ausdruck der Zuneigung	27	„Petting“	
27	Ich mag, wenn du mich streichelst	28	Die natürliche und künstliche Säuglingsernährung	28	Geschlechtskrankheiten	
28	Elternmerkblatt zur Sexualerziehung	29	Für ein Leben lang	29	Über die „käufliche Liebe“ (Prostitution)	
29	Immer das Kleine	30	Natürliche und künstliche Unfruchtbarkeit	30	Aus Heinz wird Charlotte	
30	Meine Freundin Petra braucht nicht zu teilen	31	Ehelosigkeit	31	Sex vor der Ehe	
31/32	Ich habe große und kleine Freunde	32	Ein Mädchen wird vergewaltigt	32	Partnerschaft und eheliche Treue	
33	Soziale Probleme beim Erwarten eines Kindes	33/34	Von der Fortpflanzung im Tierreich	33/34	Enthaltensamkeit erwünscht?	1975
34	Sexualmalereien	35	Freikörperkultur - Hygiene - Sport	35	Abtreibung	
35	Nach dem Sport und vor dem Schwimmen duschen wir	36	Das uneheliche Kind - muß das eine Katastrophe sein?	36	Richtige Partnerwahl	
36/37	Nacktheit im Bild	37/38	Chancengleichheit und Erbgut	37	Genetische Grundlagen der Sexualität im Tier- und Pflanzenreich	
38	Mein kleiner Bruder ist ein Trotzkopf	39	Sind Frauen in der Familie gleichberechtigt?	38/39	Emanzipation der Frau	
39	Vera hat keine Eltern	40/41	Aktbilder im Klassenzimmer	40/41	Sexualität in verschiedenen Kulturen	
40	Meine ältere Schwester verstehe ich nicht mehr	42	Sexualität und Sprache	42/43	Sexualität und Eugenik	
41	Beschneidung					
42	Kinder - ein Geschenk Gottes?					
43/44	Vom Jungen zum Mann - vom Mädchen zur Frau	43/44	Empfängnisverhütung	44	Wer ist Schuld an der Tabuierung? (1)	1976
45	Robert hat viele Verwandte	45/46	Sexuelle Witze und Zoten	45/46	Michael ist schwul, Monika geht auf den „Strich“	
46	Partnerschaftliches Verhalten	47	Die Verlobung	47/48	Triebtäter	
47	Mann oder Frau - von den Eigenschaften der Geschlechter	48	Ist denn Liebe Liebe?	49/50	Wer ist Schuld an der Tabuierung? (2)	
48	Situation des Heimkindes	49	Bevölkerungsexplosion			
49/50	Liebe	50	Stiefmutter - Stiefvater			
51	Menschen leben miteinander/beieinander	51	Vorehelicher Geschlechtsverkehr	51	Chromosomenänderungen als Quellen sexueller Fehlentwicklungen	
52	Die geschlechtliche Vereinigung von Mann und Frau	52	Die Ehescheidung	52	Die Ehescheidung - das neue Ehe- und Familienrecht	
53	Sexualität und Kommunikation	53	Wie ist denn das beim Frauenarzt?	53	Wer ist Schuld an der Tabuierung?	1977
54	Familie	54	Familie	54	Familie	
55	Die Geschlechtsrollen	55	Menstruation	55	Die Geschlechtsrollen	
56	Menstruation	56	Hochzeit	56	Ein Mensch verliert seinen Partner	
57	Die Geburt	57	Masturbation	57	Die menschlichen Sexuallsignale im Lichte der Evolution	1978
58	Arbeit mit einem Beckenprofil-Modell	58	Arbeit mit einem Beckenprofil-Modell	58	Gefahren durch Übersexualisierung	
59	„Kinderfreunde“ - eine Gefahr?	59	Jugendliche suchen Kontakte	59/61	Normenprobleme der Sexualerziehung (Teil I)	
60	Familie - Gefängnis der Liebe? (Für alle 3 Schulstufen)					

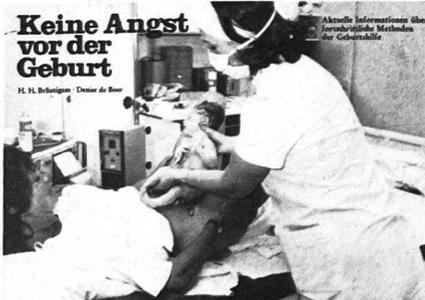
Themenübersicht der bisher erschienenen „Handreichungen zur Sexualerziehung“

Die Themen der Handreichungen seit 1972

Nachbestellungen sind möglich (1,30 DM + Versandkosten pro Stück, Doppelausgaben 2,10 DM).

Fortsetzung

Lfd. Nr.	Handreichungen zur Sexualerziehung AUSGABE A (1.-4. Schuljahr)	Lfd. Nr.	Handreichungen zur Sexualerziehung AUSGABE B (5.-10. Schuljahr)	Lfd. Nr.	Handreichungen zur Sexualerziehung AUSGABE C (ab 11. Schuljahr)	Jahr- gang
61	Zärtlichkeit und Vertrauen	61	Comics-Chance und Gefahr	62/63	Normenprobleme der Sexualerziehung (Teil II) Das Stillen	1979
62	Einsatz von Postern	62	Einsatz von Postern			
63	Gruppenarbeit im Bereich der Sexualerziehung	63	Sich verstehen in der Pubertät			
64	Ich sag dir was, das du nicht hörst	64	Ich sag dir was, das du nicht hörst	64		
65	Wir halten uns sauber	65	„Hilfe, ich bin eifersüchtig“	65/66	Familienplanung und Empfängnisverhütung Zärtlichkeit Homosexualität	1980
66	Familienplanung und Empfängnisverhütung	66	Familienplanung und Empfängnisverhütung			
67	Am Anfang steht die Zärtlichkeit	67	Zärtlichkeit			
68		68	Homosexualität			
		69	... mit behindertem Partner	69	... mit behindertem Partner	1981



Mit diesem Buch werden die „Geheimnisse“ des modernen Kreißsaales gelüftet. H. H. Bräutigam und Denise de Boer schildern in leicht verständlicher Sprache die fortschrittlichen Methoden der Geburtshilfe.

Ein Buch, das sich für den Unterricht in der Sekundarstufe eignet, wenn das Thema „Geburt“ ansteht.

36 Seiten, DIN A 4 quer, broschiert, DM 6,20.



Autoren: Denise de Boer
Heinz Schneider
Karl-Heinz Walter

Fragen und Antworten zu Sexualproblemen.

Ein Buch für Eltern, für Lehrer und Jugendliche.

48 Seiten, Format 21,5 x 28 cm,
21 Farbbilder, broschiert, DM 12,40.



Junge Mädchen schämen sich, zum Frauenarzt zu gehen – warum?

Junge Frauen gehen oft zum Frauenarzt, wenn es zu spät ist – warum?

Mütter klären ihre Töchter nicht über die Untersuchungen beim Frauenarzt auf – warum?

Diesen Fragen geht das Buch nach. Es befreit von Hemmungen und Ängsten, die um das Geschehen beim Frauenarzt kursieren und gibt klare Antwort; in Wort und Bild.

36 Seiten, DIN A 4 quer, broschiert, DM 6,20.



Braunschweiger Verlagsanstalt

Theodor-Heuss-Str. 3 · 3300 Braunschweig · Tel. 05 31/8 10 66