

● Jg. 10 Nr. 1 April 1981

In dieser Ausgabe

SEXUALITÄT UND BEHINDERTE

- Ansichten aus Norwegen, Schweden und dem Vereinigten Königreich
- Belgien : Schwangerschaftsabbruch
- Island : Empfängnisregelung
- Irland : Neues Gesundheits- (Familienplanungs-) Gesetz
- Niederlande : Ein Jahrhundert organisierter Familienplanung
- Polen : Ein Schritt zurück
- Vereinigtes Königreich : Seminar über Informationsvermittlung  
in der Familienplanung
- Jugoslawien : Zusammenarbeit der FPA mit der UNFPA
  
- Ausländische Arbeitnehmer und ihre Bedürfnisse auf dem Gebiet  
der Familienplanung
- Veröffentlichungen

*Diese Zeitschrift wird zweimal pro Jahr von der IPPF Europe Region,  
18-20 Lower Regent Street, London SW1Y 4PW, herausgegeben und ist  
auf Wunsch kostenlos erhältlich.*

# SEXUALITÄT UND BEHINDERTE

## EINE ANSICHT AUS NORWEGEN

In den vergangenen vier bis fünf Jahren hat die Norsk Forening for Familieplanlegging (NFF) Kurse über Alltagsleben und Behinderte veranstaltet. Die Initiative zu dieser Arbeit ging von einem Seminar aus, das die IPPF Europe Region im März 1976 veranstaltet hat. Die Kurse wurden in Zusammenarbeit mit der Norwegischen Organisation für Behinderte veranstaltet und werden von der Regierung finanziert.

Offenheit in Fragen der Sexualität ist in Norwegen nicht immer selbstverständlich gewesen. Zwar sind Kontrazeptiva heute ohne weiteres erhältlich, aber vor nicht allzu langer Zeit konnte man sie nur über den Versandhandel oder aus Automaten beziehen. Heute kann man Kontrazeptiva in Supermärkten und Tankstellen, aber nicht in jeder Apotheke kaufen.

Die Lehrpläne der Schulen sehen Sexualerziehung und Erziehung zum Familienleben vor, doch bleibt es praktisch gänzlich dem einzelnen Lehrer überlassen, ob dieses Fach tatsächlich unterrichtet wird. Sie hängt überdies von den Kenntnissen des Lehrers auf diesem Gebiet und seiner/ihrer Einstellung zur Sexualität ab. Sehr oft tun die Schulbehörden überhaupt nichts, weil sie glauben, dass die Eltern über diesen Aspekt des Lebens mit ihren Kindern sprechen, während die Eltern hoffen und sich darauf verlassen, dass die Schule die erforderlichen Informationen gibt.

Zwar ist es heute sehr viel einfacher, über Sexualität und Empfängnisregelung zu sprechen, doch ist immer noch die Auffassung vorherrschend, dass Behinderte kein Sexualleben haben können. Dies gilt besonders für Einrichtungen für Behinderte, in denen über sexuelle Empfindungen schlicht nicht diskutiert wird.

Die Ignoranz wird noch durch Vorurteile vergrößert, die ihrerseits wiederum durch das heute bestimmende Ideal des 'vollkommenen Körpers' bestärkt werden. Viele Menschen verschliessen ihre Augen vor der Tatsache, dass sowohl körperlich als auch geistig Behinderte dieselben emotionalen Bedürfnisse wie 'normale' Menschen haben. Diese Haltung trifft man überall an, sowohl innerhalb wie auch ausserhalb der Einrichtungen, und bei medizinischem Personal.

Einige behinderte Jugendliche, die seit Jahren in einer Einrichtung ausserhalb von Oslo leben, haben sich zu einer Ortsgruppe der Behindertenorganisation zusammengeschlossen, und in Zusammenarbeit mit diesen Leuten wurde im Januar 1977 der erste Kurs zum Thema Sexualität und Behinderte veranstaltet. Eingeladen wurden alle körperlich Behinderten - sowohl die, die in Einrichtungen, als auch die, die selbständig lebten - und die medizinischen Mitarbeiter, die in Einrichtungen und Beratungsstellen tätig sind. Das Treffen war sehr gut besucht, hauptsächlich von Behinderten, die ausserhalb von Einrichtungen leben. Das

Gesundheitsamt, das die Kosten trug, sandte zwei Vertreter. Der Kurs erstreckte sich über zwei Tage und behandelte Aspekte der Soziologie der Sexualität, der Fortpflanzung und der Empfängnisregelung, wobei man sich in besonderen Sitzungen Problemen widmete, von denen ausschliesslich Behinderte betroffen sind, wie zum Beispiel der Emanzipation von geltenden Standards, den herrschenden Moralvorstellungen und der Einstellung zur Sexualität innerhalb der Einrichtungen.

In der Schlussdiskussion wurde deutlich, dass Behinderte diese Art von Kursen hilfreich finden und das Feld der Teilnehmer, ausser auf geistig Behinderte, medizinische und Sozialarbeiter, auch auf Eltern behinderter Kinder ausgedehnt wissen wollen. Die Medien zeigten grosses Interesse, einer der Referenten wurde interviewt, und im Rundfunk fand ein Gespräch mit einem der Teilnehmer statt.

Die NFF beschloss, auch weiterhin solche Kurse zu veranstalten, und beauftragte drei Vorstandsmitglieder, sich diesem Gebiet zu widmen. Seit 1978 gehören zwei von ihnen einer Familiengruppe an, die für die Planung, Organisation und Auswertung dieser Kurse zuständig ist. Jedes Jahr finden im ganzen Land 7 bis 9 Kurse statt, und 1981 wollen wir 12 Kurse veranstalten, von denen sechs eintägige Kurse innerhalb von Einrichtungen sein werden. Ausserdem wird es drei Aufbaukurse geben für Leute, die einen Grundkurs mitgemacht haben und bestimmte Probleme in kleineren Gruppen diskutieren möchten. Schliesslich wird es Seminare für Referenten und 'Schlüsselfiguren' in den verschiedenen Regionen geben, um diesen die Zuständigkeit für den Kurs in verschiedenen Regionen zu übertragen.

Die Programme selbst haben sich seit 1977 verändert. Teils in Anpassung an die Gegebenheiten vor Ort, d.h. in welchem Ausmass kontroverse Themen diskutiert werden sollten, teils im Hinblick darauf, dass die Programme von den jeweiligen Teilnehmergruppen abhängen. So haben beispielsweise im Jahre 1980 viele Kurse ethische Probleme und Einstellungen zur Sexualität, wie auch technische Hilfsmittel behandelt. Weitere Themen der Kurse waren Vorurteile gegen Behinderte und ihre Sexualität, Ursachen von falschen Vorstellungen darüber und Absichten und Gedanken zu einer Veränderung zum Positiven. Die Gruppe besteht immer noch aus drei Kategorien von Teilnehmern : Behinderten, medizinischen/Sozialarbeitern und Eltern von Behinderten. Je nach den Erfordernissen und den regionalen Gegebenheiten sind die drei Kategorien in unterschiedlichem Masse beteiligt, doch war im wesentlichen immer eine Mischung aus allen dreien gegeben : einige waren ausschliesslich für Eltern, andere für medizinische Mitarbeiter.

Eltern haben ihr grosses Interesse an der Teilnahme an solchen Kursen eindeutig zum Ausdruck gebracht, und es besteht bei ihnen offenbar ein starkes Bedürfnis, ihre Kinder zu verstehen und konkretes Wissen auf dem Gebiet der Sexualität zu erwerben. Die medizinischen Mitarbeiter sind in geringerem Masse darauf eingegangen und haben angeführt, wie schwierig es für sie sei, an Wochenendkursen teilzunehmen (z.B. wegen ihrer Familien).

Unsere Erfahrungen zeigen, dass Leute, die an unseren Kursen teilnehmen, selbst oft Schwierigkeiten haben, in der Öffentlichkeit über Sexualität zu sprechen, und daher meinen, es sei problematisch, dieses Thema in den Einrichtungen aufzugreifen. Am Ende der Kurse bestätigten einige von ihnen spontan deren Nutzen, besonders im Hinblick auf die Veränderung ihrer eigenen Einstellung, und brachten den Wunsch nach mehr und ausgedehnteren Gruppenaktivitäten zum Ausdruck. Die angesprochenen Themen sind in den vergangenen Jahren in die Ausbildung zu den medizinischen

Berufen einbezogen worden, jedoch nicht systematisch und auch nicht in jeder Ausbildungseinrichtung.

Die Behinderten selbst haben uns sehr beeindruckt, besonders die Jugendlichen, die selbständig leben. Sie haben sich in vielfältiger Weise am Ablauf des Kurses beteiligt, indem sie sich während der Diskussion als Referenten, Gruppenleiter und 'Therapeuten' betätigten. Wir sind der Meinung, dass die Kurse von grossem Nutzen gewesen sind, sowohl für den Einzelnen als auch für die Einrichtungen, wie auch im Hinblick auf eine Veränderung der allgemeinen Einstellung gegenüber Behinderten und ihrer Sexualität.

*Kari Kromann,  
Institut für Sozialmedizin,  
Rikshospitalet, Oslo*

## *EINE ANSICHT AUS SCHWEDEN*

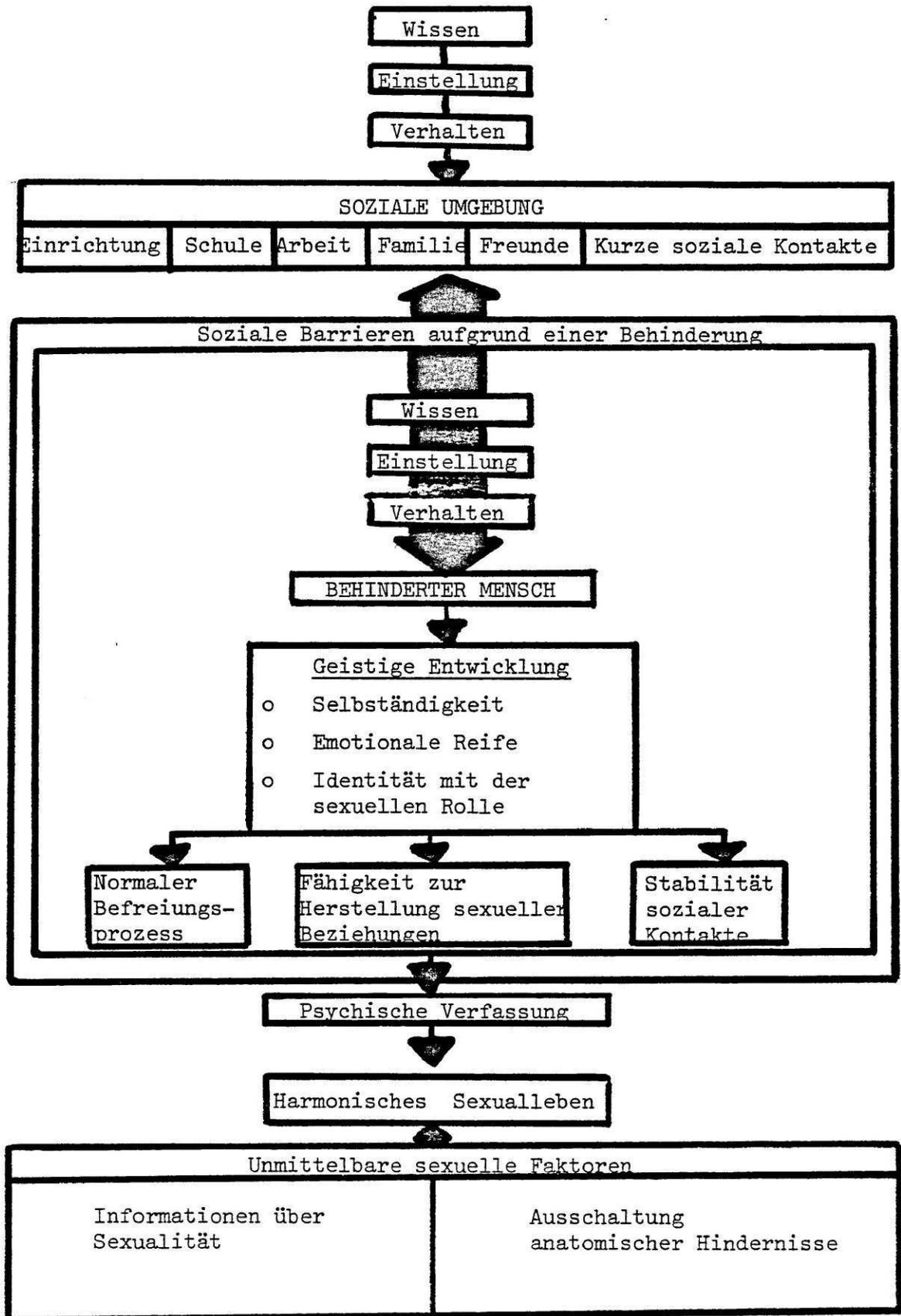
### Sexualität und Behinderung

Jeder Mensch hat ein Recht auf Sexualität, ist ein sexuelles Wesen und kann ein Sexualleben führen. Wenn man darauf besteht, dass auch Behinderte ein Recht auf Sexualität haben, so impliziert dies, dass ihre Rechte nicht so selbstverständlich sind wie die anderer Menschen. Menschen, die sich nicht als sexuelle Wesen sehen können, sind ihres Rechts auf Sexualität beraubt, weil es ihnen selbst oder der Gesellschaft an Wissen mangelt oder wegen der bestehenden Auffassungen, Mythen und Wertvorstellungen. Die einzigen Menschen, die kein Sexualleben führen können, leiden unter einer hormonellen Entwicklungsstörung, die man behandeln kann.

Sexualität bedeutet weit mehr als nur Geschlechtsverkehr. Sie umfasst Signale und Kontakte, Fürsorge und Rücksicht. Behinderte können auf unterschiedliche Art und Weise (einschliesslich technischer Hilfsmittel) in die Lage versetzt werden, ein Sexualleben zu führen.

Die Sexualität Behinderter ist lange unbeachtet geblieben. Es ist dringend erforderlich, Kenntnisse hierüber zu vermitteln und die Einstellung sowohl der Gesellschaft als auch der Behinderten zu diesem Thema zu ändern.

Das umseitige Diagramm stellt den Versuch dar, die hierbei bestimmenden Faktoren zu analysieren. Welche Bedingungen tragen zur Entwicklung einer harmonischen Sexualität für Behinderte bei? Der Behinderte ist umgeben von sozialen Barrieren aufgrund bestimmter Einstellungen (z.B. fehlender sozialer Kontakt mit Behinderten), finanziellen Problemen



(z.B. Kosten für Reisen), wenig Kommunikation, Arbeits- und Lebensbedingungen.

Selbstvertrauen, emotionale Reife und Identität mit der sexuellen Rolle sind für die psychische Entwicklung von wesentlicher Bedeutung und werden stark beeinflusst von den Beziehungen der Menschen zu ihrer Umwelt. Selbstvertrauen ergibt sich aus der möglichst früh im Leben zu machenden Erfahrung, dass man ein wertvoller Mensch ist, dem Liebe und Vertrauen entgegengebracht werden, und wird durch die Schuldgefühle des Behinderten und seiner Eltern und durch die Einstellung der Gesellschaft beeinträchtigt. Unsere Tendenz, dem behinderten Kind Ziele zu setzen, die von der Nicht-behinderten-Perspektive bestimmt sind, anstatt ihm Lob und Anerkennung zuteil werden zu lassen, untergräbt dieses Selbstvertrauen.

Behinderte Teenager sollten die gleichen Pubertätskrisen durchmachen dürfen wie nichtbehinderte Heranwachsende. Für Teenager mit angeborener Behinderung, die man der Aufsässigkeit bezichtigt, werden häufig psychologische Behandlung oder Tranquillizer in Anspruch genommen, bloss weil sie sich wie andere Teenager benehmen. Tatsächlich brauchen behinderte Teenager, die sich mit ihrer Lage abfinden, am meisten Hilfe.

Um emotionale Reife zu erlangen, muss man sich der schwierigen Aufgabe stellen, seine eigenen Gefühle zum Ausdruck zu bringen und die anderer zu interpretieren. Wenn man mit einander widersprechenden Vorstellungen konfrontiert wird, die auf dem verbreiteten Glauben basieren, die Gefühle Behinderter sollten nicht verletzt werden, dann wird es schwieriger, das, was man ist, mit dem, was man sein möchte, in Übereinstimmung zu bringen. Das gleiche gilt für die Identität mit der sexuellen Rolle, obwohl hier die gesellschaftlichen Ideale und die wenige Zeit, die Behinderte allein mit ihresgleichen verbringen, in Betracht gezogen werden müssen. Ausserdem macht das elterliche Unwissen, wie die Behinderten ihre sexuellen Wünsche erfüllen können, es schwierig, in den Behinderten das Streben nach einem Sexual- und Familienleben zu fördern, wie es andere Menschen gemeinhin wünschen.

Es ist wichtig zu erkennen, dass sich Behinderte von ihren Eltern unabhängig machen und die geistige Fähigkeit erlangen können, sexuelle Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten. Dieser Befreiungsprozess sollte unter praktischen wie auch emotionalen Gesichtspunkten gesehen werden. Eltern sollten darauf abzielen, nicht gebraucht zu werden, was für sie (und für die Mitarbeiter von Einrichtungen) schwer zu akzeptieren ist. Die geistige Fähigkeit, sexuelle Kontakte herzustellen, hängt von der früheren Entwicklung und der Stabilität sozialer Kontakte aufgrund ehrlichen und offenen Umgangs ab. Dieser Befreiungsprozess und die geistige Entwicklung bilden die Grundlage eines harmonischen Sexualebens.

Für Menschen, deren Behinderung ihre Sexualität beeinflusst, ist es wichtig, dass sie die erforderlichen Informationen bekommen und dass anatomische Hindernisse ausgeschaltet werden. Beide Partner sollten angesprochen werden, ob nun beide behindert sind oder nicht.

Behinderte Schulabgänger sollten in der Lage sein :

- o Verantwortung für ihr Sexualeben zu tragen;
- o Informationen darüber zu beschaffen, wie ihre Sexualität funktioniert;
- o mehr Gelegenheiten für soziale Kontakte wahrzunehmen, um einen Partner wählen zu können;

- o Gelegenheit zu bekommen, ein ihren Wünschen entsprechendes Sexualleben zu führen.

Welche Forderungen sind an Nichtbehinderte zu stellen, damit Behinderte diese Ziele erreichen ?

- o umfassendes Wissen über Sexualität;
- o die Fähigkeit, Behinderten zuzugestehen, ein befriedigendes Sexualleben zu führen;
- o die Fähigkeit, nichtkoitale Sexualität zu akzeptieren, ohne den Behinderten verbreitete Hemmungen aufzudrängen;
- o die Fähigkeit, sich in die Situation eines Behinderten zu versetzen und so für das Recht der Behinderten, als Menschen behandelt zu werden, einzutreten.

*Inger Nordqvist  
Schwedischer Zentralausschuss für Rehabilitation,  
Stockholm*

#### *EINE ANSICHT AUS DEM VEREINIGTEN KONIGREICH*

Sexualität und Behinderung ist in der ganzen Welt ein publizistisches Wachstumsgebiet. Meine eigenen Aufzeichnungen enthalten mittlerweile viele hundert Literaturangaben und nehmen immer noch rapide zu. Dies deutet auf ein in der Tat weltweites Interesse am Thema hin und ist keineswegs ein Phänomen der westlichen Kultur. Aktives Interesse zeigt man in Südostasien, im Mittleren Osten, in Amerika, wie auch in ganz unterschiedlichen Teilen Europas. Von besonderem Interesse ist vielleicht, dass es nicht einfach in Fachzeitschriften behandelt wird (und es gibt inzwischen Fachzeitschriften, die sich einzig diesem Thema widmen), sondern es wurde auch in Büchern, Theaterstücken, Filmen und im Fernsehen aufgegriffen und so einer breiteren Öffentlichkeit nahegebracht. Es mag daher seltsam erscheinen, wenn man die Ansicht äussert, dass Annahmen, die auf der Vorstellung beruhen, diese beiden Begriffe würden von einer breiten Öffentlichkeit klar verstanden, auf einer falschen Vorstellung beruhen. Ich glaube jedoch, dass dies der Fall ist, und bin der Meinung, dass es dafür gute und auch neuere Belege gibt. Wenn das Internationale Jahr der Behinderten nichts weiter bewirkt (und es gibt doch einige, die den Wert solcher einmaliger, einjähriger Kampagnen in Zweifel ziehen), so könnte es doch mindestens das Problem klären : Wer ist behindert ?

Am 1. Januar veröffentlichte die Zeitschrift *New Society*, um das Internationale Jahr der Behinderten einzuläuten, die Ergebnisse einer Untersuchung von Einstellungen gegenüber Behinderten: "Unser Bild von Behinderten und wie bereit wir sind zu helfen" von Stuart Weir. Die erste Tabelle dieser Untersuchung führt die Ergebnisse einer offenen Frage an: Was bedeuten für sie die Begriffe 'behindert' und 'invalide'? 54% verbanden mit 'invalide' Verlust der Bewegungsfähigkeit, Paralyse, Amputation, im Gegensatz zu 37%, die diese Begriffe auf 'behindert' bezogen. 12% meinten, 'behindert' beziehe sich auf geistige Zurückgebliebenheit, während 3% diesen Begriff mit 'invalide' verbanden. Stuart Weir hebt hervor, dass "die Leute 'Behinderung' eher als geistige oder angeborene Befindlichkeit sehen und 'Invalidität' als etwas, dessen Ursache ein Unfall oder eine Krankheit ist." Eine eingehende Analyse einer Reihe von Fragebögen ergab, dass viele diese Unterscheidung explizit äusserten: "Wenn man behindert ist, dann ist man nicht im Vollbesitz seiner geistigen Fähigkeiten. Wenn man invalide ist, so ist man nicht im Vollbesitz seiner Gliedmassen". "Behinderung ist etwas psychisches, wie z.B. Mongoloidie oder Zurückgebliebenheit, Invalidität ist etwas physisches".

"Der Hauptunterschied besteht darin, dass man zum Invaliden wird, aber nicht als solcher geboren wird".

"'Behindert' heisst, mit einer Behinderung geboren zu werden; 'Invalidität' wird eher durch einen Unfall oder eine verkrüppelnde Krankheit verursacht".

"Das Bild, das die Wahrnehmung der Menschen von Invalidität und, in geringerer Masse, von Behinderung beherrscht", sagt Weir, "ist der Rollstuhl". Man kann nur dankbar sein, dass die Untersuchung nicht ausserdem noch den Begriff Beschädigung einbezog, was das Problem noch komplizierter gemacht hätte.

Um das Problem etwas klarer zu machen, sollte ich mich vielleicht auf die Definitionen beziehen, die vor einigen Jahren in einer vom British Office of Population Censuses and Surveys durchgeführten Untersuchung verwendet wurden:

*Impairment:* (Beschädigung) teilweises oder völliges Fehlen eines Gliedes oder eines Körpermehanismus.

*Disablement:* (Invalidität) Verlust oder Einschränkung einer körperlichen Funktion.

*Handicap:* (Behinderung) Verlust oder Einschränkung der Aktivität aufgrund von Behinderung.

Man kann mit Recht fragen, was solche Unterscheidungen eigentlich sollen. Ich kann darauf nur antworten, dass meine Falluntersuchungen auf dem Gebiet Sexualität und Behinderung in bestimmten Mitgliedsländern der IPPF Europa nahelegen, dass es sich hier um wichtige Unterscheidungen handelt. Wer beschädigt ist, ist nicht immer behindert, und der Grad von Invalidität bestimmt nicht immer den Grad der Behinderung:

*Sehr ernste Behinderung:* bedarf besonderer Pflege

*Ernste Behinderung:* bedarf erheblicher Unterstützung

*Nennenswerte Behinderung:* bedarf einiger Unterstützung

*Geringe odernichtnennenswerte Behinderung:* 'impaired', bedarf jedoch im Alltagsleben nur geringer oder keiner Unterstützung

Nur wenn man auch die Sexualität ins Alltagsleben einbezieht, wird der Grund für diese Unterscheidungen klar. Man denke nur an ein Problem wie Psoriasis : Eine nicht ansteckende Hautkrankheit, die sich durch rote schuppige Flecken äussert. Man überlege sich die Not eines jungen Mannes oder einer jungen Frau, die stark an dieser Krankheit leiden. Nach jeder gängigen Definition wären sie nicht 'impaired' : Es fehlt ihnen weder teilweise noch völlig ein Glied, noch liegt ein Defekt eines Gliedes oder eines Körpermechanismus vor. Noch auch können sie als 'disabled' angesehen werden, denn im strengen Sinne liegt bei ihnen kein Verlust oder eine Einschränkung einer körperlichen Funktion vor. Und doch können diese jungen Leute sehr wohl 'handicapped' sein, weil sie in ihrer Aktivität beeinträchtigt oder eingeschränkt sind. Im Hinblick auf fehlende Akzeptanz, fehlende Beziehung zu einem Partner, Fehlen von Nähe, fehlende Wärme einer Beziehung, kann ihre Sexualität sehr wohl als behinderte gelten, weil sie meinen, sie müssen sich zurückziehen, ihre Haut bedeckt halten, jeden Kontakt vermeiden. Was den intimen Bereich der Sexualität angeht, sind sie in der Tat behindert, und zwar in einer Weise, die psychologisch destruktiv wirken kann. Eine mir bekannte Frau, die an dieser Krankheit litt, war davon so besessen, dass sie jeden körperlichen Kontakt vermied und sogar soweit ging, alles, was ihr gehörte, zu desinfizieren, falls einmal etwas von jemand berührt werden sollte. Nicht verwunderlich, dass sie jede Art von sozialem Kontakt auf ein absolutes Minimum beschränkte und keinerlei Beziehungen, es sei denn höchst formeller oder beruflicher Art, unterhielt. Umgekehrt ist auch klar, dass jemand, der durch körperliche Behinderung ernsthaft 'impaired' ist und unter dem Verlust einer Körperfunktion leidet, gleichwohl eine warme, enge, von Liebe bestimmte und dauerhafte sexuelle Beziehung haben kann, wo die Partner in ihrer Beziehung zueinander mit ihrer Sexualität und ihrer Behinderung zurechtkommen. Wer diese Möglichkeit bezweifelt, wäre gut beraten, sorgfältig das bei Little and Brown, Boston, erschienene Buch '*Sexual options for Paraplegics and Quadriplegics*' von T.O. Mooney, Theodore Cole und Richard Chilgren zu studieren. Das Buch ist eine Quelle expliziter Informationen über Sexualität mit vielen Photographien, in der der Paraplegiker und der Quadriplegiker praktische Methoden zur Entwicklung sexueller Kompetenz und Entdeckung sexueller Ausdrucksformen finden kann. Es sei nachdrücklich jedem empfohlen, dem das Sexualleben der Behinderten ein echtes Anliegen ist.

Interessanterweise berührte die Untersuchung der *New Society* auch die Einstellung gegenüber dem Problem Heirat und Behinderte : wenn Ihr Sohn, Ihre Tochter oder ein enger Freund ankündigen würde, er/sie werde einen behinderten Menschen heiraten, wäre das ein guter oder schlechter Gedanke, wenn dieser Mensch wäre :

	<u>guter Gedanke</u>	<u>schlechter Gedanke</u>
körperlich behindert durch Verlust eines Gliedes	46%	19%
geisteskrank	8%	68%
blind	49%	20%
taub	54%	15%
geistig behindert	8%	64%

Dieselbe Frage wurde auch Leuten vorgelegt, die einen behinderten Menschen kannten, und obwohl es hier Änderungen in den Prozentsätzen gab, so doch keineswegs in eine Richtung, d.h. hin zu "guter Gedanke" :

	<u>guter Gedanke</u>	<u>schlechter Gedanke</u>
körperlich behindert	52%	16%
geisteskrank	8%	69%
blind	55%	16%
taub	60%	12%
geistig behindert	10%	64%

In seiner Analyse kommentiert Stuart Weir : "Viele Menschen konnten jedoch zu diesem Problem nicht eindeutig Stellung beziehen - bei den fünf Fragen etwa ein Viertel bis ein Drittel der Befragten. Frauen stehen dem Gedanken einer Heirat mit einem tauben, blinden oder behinderten Menschen (in dieser Reihenfolge) aufgeschlossener gegenüber als Männer, und weniger aufgeschlossen gegenüber einer Geisteskrankheit oder geistigen Behinderung. Ebenso befürwortet die Mittelklasse eher den Gedanken einer Heirat mit einem tauben, blinden oder körperlich behinderten Menschen, und weniger den Gedanken einer Heirat mit einem geistig behinderten Menschen (hier meinten nur 4%, dies sei ein 'guter Gedanke'). Die Klasse der Facharbeiter ist am tolerantesten gegenüber Blindheit und Taubheit, die ungelerten Arbeiter gegenüber einer geistigen Behinderung". Auch sind regionale Unterschiede festzustellen - Schottland ist im allgemeinen weniger aufgeschlossen als der Rest des Landes, am deutlichsten gegenüber dem Gedanken einer Heirat mit einem geisteskranken oder geistig behinderten Menschen. Eine Analyse der Aufschlüsselung nach Alter ergibt die konsistenteste Antwort. Die Altersgruppe der 16-24jährigen befürwortet am stärksten den Gedanken einer Heirat mit einem geisteskranken oder geistig behinderten Menschen, und die Altersgruppe der 25-34jährigen am ehesten die Heirat mit einem tauben, blinden oder körperlich behinderten Menschen. "Daraus ergibt sich", sagt Weir, "je älter die Menschen sind, desto weniger aufgeschlossen sind sie".

Die Ergebnisse dieser Untersuchung scheinen mir wichtig zu sein. Zwar wäre es töricht, aus diesen besonderen englischen Antworten auf Antworten im übrigen Europa zu schliessen, doch kann man nicht umhin zu glauben, dass die Ergebnisse in einer Anzahl europäischer Mitgliedsländer ähnlich ausfallen würden. Man vermutet, dass, obgleich bestimmte Prozentsätze natürlich anders sein könnten, die allgemeinen Tendenzen doch in etwa die gleichen sind. Ein Blick auf die Ergebnisse unserer Fallstudien in den vergangenen fünfzehn Monaten deutet jedenfalls stark darauf hin. Für mich unterstreicht diese Untersuchung die nachweisbare Notwendigkeit der Informierung und Aufklärung der Öffentlichkeit, um ein klareres Verständnis der Bedürfnisse zu gewinnen und, vielleicht noch wichtiger, ein Entwicklungsprogramm hinsichtlich Erziehung, Aufklärung und Beratung über die sexuellen Bedürfnisse von Behinderten zu entwickeln, und zwar für Behinderte und für die, die sich mit ihnen beschäftigen. Genau darum geht es in dem von der IPPF Europa finanzierten Forschungsprojekt über Fallstudien im Bereich Sexualität und Behinderte.

*Norman Rea*  
*Universität York*

## SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH IN BELGIEN

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Belgien auch weiterhin illegal. Ein Gesetz von 1923 verbietet den Schwangerschaftsabbruch bei einer Strafandrohung von zwei bis fünf Jahren Gefängnis. Sogar die bloße Information, wohin eine Frau sich wegen eines Schwangerschaftsabbruchs wenden kann, wird mit sechs Monaten Gefängnis bedroht.

Trotz dieses Gesetzes, der Römisch-Katholischen Kirche und anderer konservativer Kräfte, führen einige Krankenhäuser und nichtklinische Einrichtungen, die von den Frauen- und Familienplanungsbewegungen gegründet worden sind, Schwangerschaftsabbrüche durch. Dieser Artikel beschäftigt sich mit dem Hintergrund.

### Der erste Schritt : ein Wagnis eingehen

Wenn Frauen sich um einen Schwangerschaftsabbruch bemühten, so pflegte man ihnen diskret Adressen von Kliniken in den Niederlanden, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich zu geben.

1973 wurde Dr Willy Peers angeklagt, in einer gynäkologischen Klinik in Namur 300 Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen zu haben. Dr Peers wurde verhaftet, jedoch aufgrund der grossen Empörung in der Öffentlichkeit bis zum Prozess auf freien Fuss gesetzt. Es folgte eine umfassende Debatte in der Öffentlichkeit.

Andere Krankenhäuser begannen, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Im Juli 1973 legalisierte die Regierung die Information über Empfängnisregelung und rief einen Ausschuss ins Leben, der sich mit dem gesamten Problem der Regelung der Fertilität befassen sollte. 1975 bezog ein studentisches Zentrum für Familienplanung der *Université Libre* in Brüssel in seine Leistungen auch Schwangerschaftsabbruch mit ein.

Im März 1976 beschloss eine Gruppe von Frauen, gegen das Gesetz zu verstossen. Das Brüsseler Kollektiv für Kontrazeption begann offen, in einem Privathaus sachgerechte Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Ihr Ziel war, die Regierung, die Mediziner und die öffentliche Meinung zu einer Reaktion herauszufordern und so eine Reform des Gesetzes zu bewirken; und zu einer Lösung des Problems der unsachgemäss durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche beizutragen. Ausserdem wollten sie eine Gesundheitsversorgung fördern, die es den Menschen erlaubt, ihren eigenen Körper zu verstehen und selbst für ihn verantwortlich zu sein.

Die verschiedenen nichtklinischen Zentren arbeiteten von einem feministischen Standpunkt aus : allein der Wille der Frau war entscheidend. Andererseits lag in Krankenhäusern die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch bei den Medizinerinnen.

Im Oktober 1976 hielten die Information und Anleitung für Paare (IOC) und das Brüsseler Kollektiv für Kontrazeption, obgleich sie sich der Risiken bewusst waren, eine Pressekonferenz ab, um ihre Position deutlich zu machen; auch drei klinische Zentren (Baudour, Brüssel und Namur) nahmen daran teil. Die Staatsanwaltschaft klagte nur die Frauen an, die im Fernsehen gesprochen hatten, und die Zentren setzten ihre Arbeit unbehindert fort.

## Die Zunahme nichtklinischer Zentren

Die Nachfrage überstieg rasch die Kapazität der bestehenden Zentren. Die Frauen wurden durch Krankenhäuser, Ärzte oder mündliche Empfehlung an die Zentren verwiesen. Die meisten Zentren der Fédération Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle (FBPFES) verwiesen die Frauen gewöhnlich an Privatkliniken in den Niederlanden oder dem Vereinigten Königreich.

Die erste Welle der Repression und die darauf folgenden Presseerklärungen trugen dazu bei, diese Zentren bekannt zu machen. Weitere Kollektive für Kontrazeption entstanden in Charleroi, Liège und Verviers; und vor kurzem in Ghent (das erste im holländischsprachigen Teil Belgiens).

1977 begannen zwei neue Zentren für Familienplanung in Arbeitervierteln von Brüssel, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.

Gleichfalls 1977 beschloss die FBPFES, um ihre Betroffenheit deutlich zu machen und Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch in Belgien anstatt im Ausland zu verhelfen, ihre eigene Klinik für Schwangerschaftsabbruch zu eröffnen. Heute arbeitet sie als autonomes Zentrum, das der FBPFES lose verbunden ist. (Die FBPFES hat mittlerweile 39 Zentren, von denen 12 Schwangerschaftsabbrüche durchführen.)

Es wurden zwei Arten von Zentren gegründet : Wie die Zentren an den Universitäten, führen einige Einrichtungen für Familienplanung auch Schwangerschaftsabbrüche durch, befassen sich jedoch hauptsächlich mit Aufklärung und Empfängnisregelung; andere hingegen konzentrieren sich auf Schwangerschaftsabbruch und Empfängnisregelung.

Bis 1973 nahmen die Kliniken in den Niederlanden pro Jahr mehrere tausend Schwangerschaftsabbrüche an belgischen Frauen vor. Die Zahl beläuft sich mittlerweile auf unter 10 000, von denen die meisten aus dem holländischsprachigen Teil Belgiens kommen. Es gibt in Brüssel acht nichtklinische Zentren für Schwangerschaftsabbruch, vier in Wallonien und eines im holländischsprachigen Teil, jedoch keines in Flandern.

In Ghent hat es sich als schwieriger herausgestellt, holländischsprachige Ärzte zu gewinnen, die bereit waren, ihre Karriere aufs Spiel zu setzen, da in Flandern mit seinen stärker ausgeprägten katholischen Traditionen die Repression spürbarer ist. (Jedoch wurden die ersten Zentren für Kontrazeption im holländischsprachigen Teil des Landes eröffnet : 1960 in Ghent und 1961 in Antwerpen.)

Im Juli 1978 durchsuchte die Staatsanwaltschaft zwei Zentren und beschlagnahmte die Krankenblätter von Frauen, die sich dort einem Schwangerschaftsabbruch unterzogen hatten und angezeigt worden waren. Durch diese frühzeitig stattfindenden Razzien wurden die Zentren überrascht, doch konnten sie sich darauf einstellen, versteckten alle Aufzeichnungen, die einen Schwangerschaftsabbruch bewiesen, und erklärten öffentlich, diese nicht aushändigen zu wollen.

Zwischen Juli 1977 und Juni 1978 wurden im Parlament zehn Reformvorschläge eingebracht. Für die nichtklinischen Zentren war nur die vollständige Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs akzeptabel. Gleichwohl wurde, als die Regierung stürzte, eine sehr restriktive Vorlage beraten.

Um ihre Sache voranzubringen, Gedanken zur Praxis gemeinsam zu diskutieren und ihre Einstellung zur Repression zu koordinieren, schlossen sich acht (bereits bestehende oder in der Aufbauphase befindliche) Zentren zur 'Aktionsgruppe nichtklinischer Zentren für Schwangerschaftsabbruch' (GACEHPA) zusammen. Sie gaben sich folgende Satzung :

Die Ziele der nichtklinischen Zentren sind :

- o Frauen praktische Informationen über Empfängnisregelung und sexuelle Probleme zu vermitteln.
- o den unsachgemässen Schwangerschaftsabbruch dadurch zu bekämpfen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter guten medizinischen und psychologischen Bedingungen durchführen.
- o die vollständige Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs zu erreichen.

Folgende Prinzipien gelten für alle Zentren der GACEHPA :

- o Freie Entscheidung der Frau : die Entscheidung, die Schwangerschaft zu beenden, wird von der Frau getroffen.
- o nicht-direktive, von Schuldgefühlen befreiende Aufnahme : die individuelle und/oder kollektive Aufnahme erlaubt es der Frau, sich nach einer Diskussion, frei von moralischem Druck, zu entscheiden.
- o Kontinuität der Versorgung : nach einem Schwangerschaftsabbruch ist medizinische Nachbehandlung erforderlich. Vertiefende Information und Diskussion über Empfängnisregelung sind wesentlich.
- o Arbeitsweise der Zentren : jedes Zentrum wird von den dort Beschäftigten kollektiv verwaltet. Die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs belaufen sich auf das zur Deckung der laufenden Kosten erforderliche Minimum. Die Zentren führen einheitliche Aufzeichnungen, um eine landesweite Statistik zusammenzustellen.
- o Die bestehenden Zentren versuchen, die Bildung neuer Zentren zu fördern, deren Ziel die Gesundheit der Frau und die völlige Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ist.

## Praxis

In den Zentren werden Arbeit und Verwaltung kollektiv betrieben. Angehörige der Heilberufe entschliessen sich, für ein symbolisches Gehalt mitzuarbeiten, weil sie sich ideologisch angesprochen fühlen.

Schwangerschaftsabbrüche werden bis zur zehnten Woche seit der LMP mit der Absaugmethode durchgeführt. Man heisst jede Frau einzeln willkommen und kümmert sich bis nach dem Schwangerschaftsabbruch um sie. Der Schwangerschaftsabbruch wird nicht am ersten Besuchstag durchgeführt, damit die Frau die gegebenen Informationen aufnehmen und ggf. ihre Meinung ändern kann.

Die Nachsorge erfolgt bis zu drei Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch. Alle Zentren legen Wert auf Empfängnisregelung. Laien werden im Zuhören, in der Kontrazeptionsberatung und Assistenz bei einem Schwangerschaftsabbruch geschult. Ärzte werden in Krankenhäusern und Zentren ausgebildet.

## Zusammenfassung

Seit sechs Jahren bieten alle Zentren vielen Frauen *praktische* Hilfe an. Sie haben die Heimlichtuerei in Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch bekämpft und sie anderen medizinischen Behandlungen gleichgestellt. Durch ihre kollektive Struktur, von Schuldgefühlen befreiende Aufnahme und entspannte Atmosphäre versuchen sie, die Einsamkeit der in Schwierigkeiten geratenen Frauen zu durchbrechen und Kontakte zwischen ihnen zu fördern.

Im Laufe der Zeit wird es zunehmend schwieriger, ihre Bedeutung zu leugnen, die von Gynäkologen in Krankenhäusern öffentlich anerkannt worden ist und deren sich ein grosser Teil der Öffentlichkeit bewusst ist :

- o entweder weil sie selbst einen Schwangerschaftsabbruch hinter sich haben;
- o oder weil sie durch Demonstrationen der GACEHPA, durch Komitees für die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs (1973 entstanden) oder die FBPFES informiert worden sind.

Was die Zentren ausserdem ins öffentliche Bewusstsein gerückt hat, sind Presseberichte, die Verständnis für die äusserten, die man beschuldigte, sich einem Schwangerschaftsabbruch unterzogen zu haben, oder die, die Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch verholfen hatten. 20 Leute aus nichtklinischen Zentren wurden angeklagt, doch wurde noch kein Verhandlungsdatum festgelegt. Diese Schuldvermutung besteht nun schon seit 1973.

Das französischsprachige Fernsehprogramm *à suivre* ('Fortsetzung folgt') hat gleichfalls zur Bekanntheit der Zentren der GACEHPA beigetragen. Dem Film folgte eine Diskussion, die beträchtliches Aufsehen erregte, er wurde jedoch einen Tag nach der Ausstrahlung von den Behörden beschlagnahmt.

Die GACEHPA verfügt mittlerweile über 13 Zentren, die den täglichen Kampf der Hilfe für Frauen fortsetzen, öffentlich demonstrieren und versuchen, mehr zu werden, um so in Belgien eine irreversible Lage zu schaffen.

*Dominique Chartier*  
FBPFES Dokumentationszentrum  
Brüssel

## FERTILITÄTSREGELUNG IN ISLAND

Die Gesundheitsdienste in Island sind in den letzten Jahrzehnten nach ähnlichen Grundsätzen geplant worden wie in den anderen nordischen Ländern. Einige Fakten in Zusammenhang mit der Familienplanung sind jedoch anders.

In den Jahren 1947 bis 1964 war die Geburtenrate sehr hoch (27-28 auf 1000). Da die Sterberate niedrig lag (6,8 - 7 auf 1000), betrug das jährliche Bevölkerungswachstum 2%. Seit 1964 nahm die jährliche Geburtenrate ständig ab, liegt gegenwärtig bei 16 bis 17, wobei die Sterberate stabil blieb.

Das Sinken der Geburtenrate nach 1964 fiel zusammen mit der Einführung oraler Kontrazeptiva und IUDs in den Jahren 1961-63. Der Verbrauch oraler Kontrazeptiva stieg nach 1964 erheblich an, und nach wenigen Jahren bedienten sich bereits über 40% der isländischen Frauen dieser Methode. In den letzten Jahren war ein leichtes Absinken des Gebrauchs dieser Methode festzustellen, hauptsächlich bei Frauen über 35 Jahre.

1963 begann in enger Zusammenarbeit mit der IPPF und dem Population Council in kleinem Umfang das Einlegen von IUDs.

Nach den ersten fünf Jahren, in deren Verlauf diese Methode erprobt wurde, stieg der Gebrauch von IUDs rapide an. Gegenwärtig benutzen über 30% der Frauen verschiedene Arten.

Diaphragmen, Spermizide und Kondome sind seit Jahrzehnten erhältlich und im ganzen Lande immer noch sehr verbreitet. Informationen über Empfängnisregelung, wie auch die Mittel dazu sind leicht zu beschaffen. Man darf annehmen, dass dies die recht niedrige Schwangerschaftsabbruchsrate in Island erklärt.

Das Parlament erliess 1975 ein neues Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch und die Sterilisation. Die Häufigkeit des induzierten Schwangerschaftsabbruchs betrug zu diesem Zeitpunkt etwa 5% der Anzahl der Geburten. Trotz einiger Unterschiede zu den Gesetzen in den anderen nordischen Ländern und im Vereinigten Königreich kann das Gesetz als liberal gelten.

Der Zeitraum von fünf Jahren seit 1976 zeigt eine ständige Zunahme der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche auf annähernd 10% der Anzahl der Geburten, eine Zahl, die weit unter dem liegt, was man erwartet hatte, als das Gesetz in Kraft trat.

Die Anzahl der Frauen über 30, und besonders über 35 Jahre, die sich sterilisieren lassen wollen (hauptsächlich durch Laparaskopie) hat seit 1975 jedes Jahr zugenommen.

Diese Daten belegen die Auffassung, dass die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ihren Höchststand erreicht hat und künftig abnehmen wird.

*Gunnlaugur Snaedal*  
Staatliches Krankenhaus,  
Reykjavik

'OH, WHAT A TANGLED WEB WE WEAVE WHEN FIRST WE PRACTISE TO CONCEIVE'\*

Das erste Gesetz über Familienplanung, das in Irland jemals in Kraft getreten ist, gilt seit nunmehr drei Monaten. Unter dem neuen Gesundheits- (Familienplanungs-) Gesetz von 1979 dürfen Kontrazeptiva aller Art nur von Apothekern auf Vorlage eines ärztlichen Rezepts verkauft werden, das nur solchen ausgestellt werden darf, die Kontrazeptiva *bona fide* für Zwecke der Familienplanung wünschen.

In der Woche vor dem 1. November 1980, als das Gesetz in Kraft trat, machten die Menschen in Irland ihr geringes Vertrauen in das Gesetz dadurch deutlich, dass sie in Scharen in die Zentren für Familienplanung strömten. Immer länger wurden die Schlangen derer, die nach Kontrazeptiva anstanden, und die Panikkäufe waren ein Zeichen für die Angst und Verwirrung, die das neue Gesetz stiftete.

Zu diesem Zeitpunkt gab die katholische Hierarchie eine Erklärung zur Familienplanung ab, in der sie auf das 'Gewicht wissenschaftlicher Erkenntnisse' in Bezug auf die abortive Wirkung von IUDs hinwies. In allen Zeitungen erschienen Berichte, in denen es hiess, das Gesundheitsministerium werde die Einfuhr von IUDs ganz verbieten. Der Gesundheitsminister dementierte diese Berichte unverzüglich. Diese Art von Verwirrung war angesichts der Vagheit des Gesetzes typisch.

Die Reaktionen auf das Gesetz erfolgten prompt. Viele verschiedene Gruppen und Individuen protestierten lauthals gegen den restriktiven und diskriminierenden Charakter des Gesetzes. Hunderte nahmen an einer eintägigen Veranstaltung in Dublin teil, die von der Initiative *Kontrazeption für jedermann* organisiert wurde. Studenten, Ärzte, Mitarbeiter von Zentren für Familienplanung, politische Parteien, Frauengruppen, Einzelpersonen und sogar ein Senator fanden sich ein. Am selben Tag fanden erfolgreiche Protestmärsche und -veranstaltungen in Cork, Limerick und Dundalk statt.

Die erste wesentliche Schwierigkeit für die Zentren für Familienplanung bestand darin, dass sie, selbst um weiterhin über Familienplanung informieren, beraten und betreuen zu können, um eine ministerielle Genehmigung nachsuchen mussten; die Genehmigung, diese Tätigkeit ausüben zu dürfen, wurde jeweils für ein Jahr erteilt, danach musste man sie erneut beantragen. Unter dem neuen Gesetz durften die Zentren für Familienplanung keine Kontrazeptiva verkaufen. Alle Zentren hängen in starkem Masse von dieser Einnahmequelle ab, da sie keinerlei staatliche Unterstützung beziehen. Dieses Problem überwandene einige Zentren dadurch, dass es ihnen gelang, sich die Konzession eines Apothekers zunutze zu machen, was aber finanzielle Belastungen mit sich brachte. Auch mussten die Zentren die Haltung der Irischen Apothekervereinigung überwinden, die ihren Mitgliedern strenge Weisung gab, dass es "ihrer Politik total

\* Bei der Überschrift handelt es sich um ein abgewandeltes Zitat aus einem Werk von Sir Walter Scott, deutsch etwa : 'Oh, welch ein verwickeltes Netz weben wir, wenn wir uns zum ersten Mal anschicken zu empfangen'.

zuwiderlaufe, wenn ihre Mitglieder für Zentren für Familienplanung tätig werden." Andere Zentren sind noch dabei zu versuchen, ein solches Arrangement zu organisieren. Zentren, die sich weigerten, die Genehmigung zu beantragen, holten Rechtsgutachten über die Möglichkeit ein, den Gesetzesentwurf aus verfassungsrechtlichen Gründen zu Fall zu bringen.

Was die Frage der Bereitstellung von Kontrazeptiva angeht, so herrschte während der ersten Monate auch hier Konfusion. Firmen, die Kontrazeptiva importieren wollten, mussten beim Minister eine Importlizenz beantragen. Lizenzen waren erst für die Zeit nach dem ersten November vorgesehen. Einige Monate lang hatten sogar die Apotheker, die Kontrazeptiva auf Lager nehmen wollten, grosse Schwierigkeiten, Ware zu bekommen. "Die Nachfrage nach zusätzlichen Mengen bei den Importeuren bewies, dass den Menschen Kontrazeptiva zur Verfügung standen und dass das Gesetz zufriedenstellend arbeitete", meinte Gesundheitsminister Dr. Woods. Seit November wurden vier Dubliner Firmen Lizenzen für den Import von mehr als sieben Millionen Kondomen erteilt, und in England wurden Aufträge im Wert von über einer Million Pfund plaziert. Der Minister erwähnte nicht, dass die Importeure öffentlich gesagt hatten, sie bestellten extrem überzogene Mengen, um nicht ständig die 100 Pfund Gebühr für die ministerielle Lizenz entrichten zu müssen, die sie für jede importierte Bestellung benötigen. Die Importeure stimmten auch darin überein, dass nur einer von zehn Apothekern im Lande beabsichtigte, Kontrazeptiva zu vertreiben. Von den Medien durchgeführte Untersuchungen ergaben, dass von 85% der befragten Apotheker auf dem Lande, selbst auf ärztliche Verschreibung, nur durchschnittlich 11% Kondome vertrieben oder auf Lager hatten. In einer der grössten Städte Irlands hatten drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes nur zwei von einundvierzig Apothekern Kondome vorrätig oder verkauften sie. Drei der grössten Ambulanzen von gynäkologischen Kliniken gaben an, es stünden nur natürliche Methoden zur Verfügung. 200 Ärzte (20% aller praktischen Ärzte in der Republik) gaben Ende Januar 1981 an, sie gäben selbst Kontrazeptiva aus, weil sie der Meinung seien, die grosse Mehrheit der Apotheker kooperiere nicht mit dem Gesetz. Ein Arzt war der Meinung, dass nur etwa 20% der Bevölkerung Zugang zu Kontrazeptiva hätten. Dementsprechend fühlten sich die Ärzte verpflichtet, selbst Kontrazeptiva an Patienten auszugeben und die Klausel 'bona fide für Zwecke der Familienplanung' liberal zu interpretieren, so dass Allein-stehende nicht ausgenommen sein würden. Der Irische Ärzteverband stellte fest, dass viele seiner Mitglieder das Gesetz für katastrophal hielten. 60% der Mitglieder der IMA gaben an, sie würden sich an das Gesetz halten, 39% würden sich aus Gewissensgründen nicht daran halten und 10% deshalb nicht, weil sie es für ein "dummes" Gesetz hielten. Da jedoch nur ungefähr 200 irische Ärzte in Methoden der Familienplanung ausgebildet sind, hat es den Anschein, als stehe die Absicht der 60% in keinem Verhältnis zu dem Sachverstand, den die weite Verbreitung der verschiedenen Methoden erfordert.

Im Februar führte die Initiative *Kontrazeption für jedermann* eine landesweite Untersuchung der Auswirkungen des Gesetzes durch, deren Ergebnisse auf einem im April stattfindenden Tribunal diskutiert werden. Bereits jetzt gibt es Probleme. Von 160 Ärzten, denen man einen Fragebogen geschickt hatte, antworteten weniger als die Hälfte. Auch die Apotheker waren unwillig oder hatten Angst, Fragen zu beantworten wie 'Führen Sie Kontrazeptiva?'

## Gesundheitsämter

Das Gesetz sah vor, dass die Gesundheitsämter die Arbeit der Ärzte und Apotheker ergänzen sollten. Ein Erlass des Ministers verfügte, dass die Gesundheitsämter nur beratend und informierend tätig sein und in keinem Fall Kontrazeptiva verkaufen würden. Die meisten Gesundheitsämter im Lande waren so schlecht informiert, dass sie nichts weiter tun konnten als ihre Einstellung zu IUDs und darüber zu debattieren, ob Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommen, deren medizinische Versorgung vom Staat finanziert wird, ihre Kosten für Kontrazeptiva erstattet bekämen. Dr. Woods machte klar, dass der Steuerzahler die Kosten für Kontrazeption bei einkommensschwachen Leuten nicht mitfinanzieren würde.

Der Irische Ärzteverband und das Gesundheitsministerium haben sich darauf geeinigt, dass Ärzte im staatlichen Gesundheitsprogramm für eine Konsultation über Familienplanung für einkommensschwache Patienten das übliche Honorar erhalten. Falls ein Arzt dies verweigert, kann der Patient sich an einen anderen wenden, der dann das doppelte Honorar erhält. Da jedoch keiner der Ärzte, die in einem Zentrum für Familienplanung arbeiten, diesem Programm angehört, gibt es auch für keinen eine Rückerstattung für die Beratung der vielen einkommensschwachen Patienten, mit denen sie zu tun haben. Anstatt also die Zentren, die die Sachkenntnis besitzen und bereits tausende von Patienten betreuen, mit staatlichen Geldern zu unterstützen, macht das neue Gesetz es den Zentren tatsächlich schwerer, finanziell zu überleben. Nicht nur zielt das Gesetz darauf ab, sie um die Einnahmen aus dem Verkauf von Kontrazeptiva zu bringen, sondern Kontrazeptiva werden mittlerweile auch mit Mehrwertsteuer belegt und sind dadurch um 25% teurer.

Im Gegensatz dazu hat der Minister, als direkte Folge des Gesetzes, zunächst einmal Gelder in Höhe von 70 000 £ zur Förderung 'natürlicher Methoden der Familienplanung' bereitgestellt. 35 000 £ gingen an einen Verein 'The National Association for the Ovulation Method in Ireland'. Das Gesetz fordert weder, noch sieht es irgendwelche Teststandards oder Kanäle, durch die die verschiedenen Methoden bereitgestellt werden, vor.

Auf Anfragen im Irischen Parlament stellte der Minister für Industrie, Handel und Tourismus im Dezember fest, die Regierung beabsichtige keine Kontrolle der Preise für Kontrazeptiva. Dies betrifft nicht die Zentren für Familienplanung, die gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung sind.

Das Gesetz sieht keine Ausbildung oder Schulung vor. Die Rechtslage in Bezug auf IUDs ist immer noch unklar.

Es hat den Anschein, als werde das verwickelte Netz unserer "irischen Lösung für ein irisches Problem" erst dann entwirrt, wenn das Gesetz von den Gerichten überprüft worden ist.

*Christine Donaghy*  
*IFPA*  
*Dublin*

## 1881 - 1981 ; EIN JAHRHUNDERT ORGANISIERTER FAMILIENPLANUNG IN DEN NIEDERLANDEN

Die Organisation eines eigens dieser Aufgabe gewidmeten Netztes der Familienplanung in den Niederlanden geht auf den Einfluss der 1878 gegründeten British Malthusian League zurück. Der holländische Nieuw-Malthusiaanse Bond (Neo-Malthusianischer Bund - NMB) wurde 1881 von C V Gerritsen, einem Getreidehändler aus Amersfoort, B H Heldt, einem Amsterdamer Möbeltischler, und J M Smit, einem Lehrer aus Apeldoorn, gegründet. Bis 1882 lagen 125 Anträge auf Mitgliedschaft vor.

Sowohl die britische als auch die holländische Organisation nannten sich zu Recht nach Thomas Robert Malthus. Zwar unterschieden sie sich von dessen Auffassung insofern, als sie längere sexuelle Enthalttsamkeit (die Malthus den unteren Klassen aufzwingen wollte) für schädlich hielten, doch generell unterstützten sie Malthus' Theorie; die, kurz gesagt, darauf hinausläuft, dass, wenn die Anzahl der 'relativ inferioren' Menschen die verfügbaren Subsistenzmittel, insbesondere die natürlichen Ressourcen, übersteigt, Massenarmut, Rückschritt, Krankheiten und Kriege die Folge sind.

In ihrem Grundsatzprogramm von 1881 schrieb Smit unter Punkt 6 : "Überbevölkerung ist die Hauptursache von Armut, Unwissenheit, Verbrechen und Krankheiten". Artikel 2 der Satzung des NMB stellte fest : "Ziel des Bundes ist die Verbreitung von Wissen über das Bevölkerungsgesetz, seine Konsequenzen und Auswirkungen auf das Verhalten und die Gewohnheiten der Menschen".

Die Neo-Malthusianer waren der Meinung, dass im Interesse 'unserer heutigen Gesellschaft' ein allzu rasches Bevölkerungswachstum verhindert werden müsse. Im Gegensatz zu Malthus jedoch befürworteten sie Empfängnisregelung und suchten diese zu verbessern. Von Anfang an versuchten sie, sexuelle Aufklärung mit praktischer Hilfe, nämlich indem sie Kontrazeptiva zur Verfügung stellten, zu verbinden. Doch war es nicht der NMB, der als erster Zentren zu diesem Zweck ins Leben rief, sondern vielmehr Leute, die entweder Mitglieder oder Sympathisanten des NMB waren. Die erste war die Ärztin Aletta Henriëtte Jacobs, die, wie es heisst, weltweit die erste Frau war, die in ihrem Amsterdamer Zentrum kostenlos mittellose oder arme Frauen über den Gebrauch von Kontrazeptiva aufklärte. Sie eröffnete ihr Zentrum am 17. Januar 1882.

Die Mitglieder und Sympathisanten des NMB fühlten sich stets persönlich betroffen vom Schicksal der Unterdrückten und Unterprivilegierten und traten beispielsweise für die Emanzipation der Frau und das allgemeine Wahlrecht ein. Zu den führenden Pionieren der ersten Tage des NMB gehörten der Prediger und Arzt Johannes Rutgers und seine Frau Maria W H Hoitsema.

Innerhalb wie ausserhalb des NMB begannen Sozialisten (insbesondere Marxisten) Malthus' politische und ökonomische Ansichten, und damit die Grundlage des Bundes, in Frage zu stellen. Gé Nabrink (*Sexuele Hervorming in Nederland* / Die Sexualreform in den Niederlanden / 1881-1971) merkt an, dass es für die Theoretiker der Arbeiterbewegung klar war, "dass die Ursache sozialen Elends nicht im Bevölkerungswachstum gesehen werden kann, sondern in der kapitalistischen Produktionsweise, die sich nicht zugunsten der Bedürfnisse des Volkes auswirkt, sondern

ausschliesslich zur Erzielung von Profiten für eine kleine Gruppe von Eigentümern aufrechterhalten wird". Doch erst im zwanzigsten Jahrhundert trennte sich die Nachfolgeorganisation des NMB (die Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming - NVSH) emphatisch und systematisch von Malthusianischen ökonomischen und politischen Auffassungen.

Während sozialistische Kritiker an sich nichts gegen Geburtenkontrolle und Empfängnisregelung einzuwenden hatten, stiess der NMB auf hartnäckigen Widerstand seitens einiger Kirchen und der holländischen Regierung, und zwar genau deshalb, weil er für Geburtenkontrolle durch Empfängnisregelung eintrat. Eine holländische Regierung nach der anderen weigerte sich, den NMB als legale Institution für den Fall von ihm gemachter Schulden anzuerkennen. Gleichwohl nahm der NMB an Grösse und Bedeutung zu, veröffentlichte Zeitschriften und Broschüren und konnte Aufklärungs- und Informationszentren einrichten. Dadurch gab er medizinischen Laien Gelegenheit, sich an praktischer Hilfe unter medizinischer Aufsicht zu beteiligen.

Besonders nach dem Ersten Weltkrieg beabsichtigten einige Mitglieder des NMB, die Aufklärungs- und Hilfeleistungen so zu ändern, dass sie nicht mehr vorwiegend darauf abhoben, Menschen in der richtigen Anwendung von Kontrazeptiva zu unterweisen, sondern auf eine umfassendere sexuelle Reform abzielten, zu der der Kampf gegen Vorurteile gegenüber bestimmten Phänomenen wie z.B. Homosexualität oder sozial nicht akzeptierte Formen des Geschlechtsverkehrs gehörte. Diese Entwicklung erfuhr 1940 eine abrupte Unterbrechung, als die deutschen Faschisten die Niederlande besetzten und Organisationen wie den NMB verboten.

Der NMB erstand aus den durch die Besatzung verursachten Trümmern neu, nachdem die holländische Regierung die von den Deutschen verhängten Verbote aufgehoben hatte. Da jedoch die NVSH erst 1958 als gesetzliche Körperschaft anerkannt wurde, bedurfte es einer Organisationsform, auf der die verschiedenen Zentren für praktische Hilfeleistung betrieben werden konnten.

Solange der Verkauf und die Werbung für Kontrazeptiva in den Niederlanden verboten blieben, wurde die NVSH zu einer Organisation mit einer Mitgliederzahl von über 200 000, von denen 5% eine aktive Rolle spielten. Die heutige Mitgliederzahl beläuft sich auf 35 000, aber die Vereinigung hat nichts von ihrem Elan verloren.

Eindeutiger als im NMB ergaben sich in der NVSH Differenzen zwischen den Befürwortern alternativer Formen des Sexuallebens - die hauptsächlich aus relativ gutgestellten Kreisen kamen - und den Verfechtern der Interessen der Massen hartbedrängter Lohnarbeiter. Erstere setzten sich durch, als die NVSH entscheiden musste, ob sie Sexualreform und praktische Hilfeleistung von einander trennen sollte: 1969 stellte der NVSH-Kongress seine Aufklärungs- und Informationszentren unter den Slogan *Sexuelle Revolution*. Seither unterstehen diese Zentren der Dr J Rutgers Stichting. Später jedoch setzte sich bei der NVSH die Überzeugung durch, dass die Trennung von sexueller Reform und praktischer Hilfeleistung für beide Bereiche von Nachteil sei, worauf man wieder eigene Zentren für praktische Hilfe einrichtete, die hauptsächlich Schwangerschaftsabbruch und Telephonberatung machen, während die Kliniken der NVSH, die gleichfalls Schwangerschaftsabbrüche durchführen, beispielsweise noch künstliche Inseminationen und Sterilisationen vornehmen.

Die NVSH, 1953 Gründungsmitglied der IPPF, hält für eine ihrer Hauptaufgaben die Bekämpfung neomalthusianischer Tendenzen, wie sie in der Familienplanung und bei der Sexualreform sowohl in den Niederlanden als auch im Ausland wiederholt auftauchen.

Die Dr J Rutgers Stichting und die NVSH gehören zu den wichtigsten Organisationen für Familienplanung in den Niederlanden, aber sie sind keineswegs die einzigen. Andere sind beispielsweise die 'Unabhängige Organisation für Geburtenkontrolle und Sexualität' (Medewerkersraad '70), die 'Stichting voor Medisch verantwoorde Zwangerschapsoderbreking' (Organisation für medizinisch verantworteten Schwangerschaftsabbruch - Stimezo), die eine Reihe von Zentren betreibt, die J A Schorer Stichting, die Homosexuelle berät, die Protestantische Organisation zur Förderung verantwortungsbewusster Familiengründung (PSVG) und eine Reihe römisch-katholischer Eheberatungsstellen.

*Jules de Leeuwe*  
*NVSH,*  
*Den Haag*

#### POLEN : EIN SCHRITT ZURÜCK

In Polen haben eine seit langem bestehende Tradition nichtstaatlicher institutionalisierter Familienplanung und eine mächtige katholische Kirche stets Seite an Seite existiert, doch erst in den vergangenen Monaten ist der Widerstand der Kirche dagegen stark in den Vordergrund getreten. Mit wachsender politischer und ökonomischer Unruhe und mit dem Entstehen der freien Gewerkschaft Solidarität haben katholische Kreise die Gelegenheit ergriffen, aktiv und offen gegen institutionalisierte Familienplanung aufzutreten, die infolgedessen ernsthaft bedroht scheint.

Früher manifestierte sich die katholische Opposition gegen Familienplanung, insbesondere gegen das Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch von 1956, eher etwas im verborgenen. Ihre Aktivitäten konzentrierten sich weitgehend auf die Veröffentlichung kritischer Artikel, Predigten und den Aufbau katholischer Organisationen für Jugendarbeit, wie z.B. 'Oazy' und 'Gaudium Vitae'. Diese Gruppen verfügten über den finanziellen Hintergrund zum Aufbau eines extensiven Netzes von Zentren für voreheliche und Eheberatung, die mit der Towarzystwo Rozwoju Rodziny (TRR) nicht nur zahlenmässig - sie haben über 12 000 Zentren gegenüber den 64 der TRR - sondern auch im Hinblick auf die Ebene und den Umfang ihrer Aktivitäten konkurrieren.

Trotz des Drucks der katholischen Abgeordneten im Sejm weigerte sich die Regierung bis Mitte der siebziger Jahre, als sich die Lage änderte, standhaft, eine Parlamentsdebatte über das Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch zuzulassen. Für die dann stattfindende Veränderung war zweierlei massgeblich : der Pronatalismus von Edward Gierek, Erster Sekretär der Partei, der eine demographisch starke und einige Nation wollte; und die wachsende Unzufriedenheit der Menschen, die daher rührte, dass die Regierung die Gdansker Krise von 1970 ungeschickt handhabte und im folgenden ökonomische Fehler beging. Als die Stimmung in der Öffentlichkeit immer unruhiger und antagonistischer wurde, war Gierek der Meinung, er benötige die Unterstützung der einflussreichen Kirche.

1975-6, im Gefolge wachsender Schwierigkeiten im Import- und Investitionsbereich, ergriff der Staat die Gelegenheit, Geld zu sparen - und der Kirche einen Gefallen zu tun -, indem er die Herstellung von Kontrazeptiva einschränkte.

Darüberhinaus gab es bis 1980 häufig Versuche im Parlament, das Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch enger zu fassen. Aufgrund von Expertengutachten, besonders medizinischen, die die Regierung in Auftrag gab, wurden jedoch irgendwelche Beschlüsse zu diesem Gesetz stets vertagt.

1980 liessen Arbeiterunruhen und ökonomische Krisen der Regierung die Unterstützung durch die Kirche immer dringlicher erscheinen. Die Solidarität wurde zur bekannten öffentlichen und legalen Institution, und der Staat machte, zum Teil aufgrund ihrer Forderungen, den Katholiken einige wichtige Zugeständnisse. Dazu gehörten unter anderem die Berücksichtigung der Messe in den Medien und die Anerkennung und Einräumung von mehr Zeit für Aktivitäten von Gruppen wie Oazy.

Indem sie sich diese neue Freiheit zunutze machen, sind gewisse rechte katholische Gruppen mit Unterstützung des populären Kardinals Wyszynski, des Primas von Polen, nunmehr in der Lage, offen vorzugehen. Sie sind regional als autonome Gruppen unter verschiedenen Bezeichnungen organisiert, doch haben sie alle das gleiche Anliegen - Bewegung für den Schutz des ungeborenen Kindes. Sie geben Literatur heraus, organisieren Seminare über 'natürliche' Methoden der Empfängnisregelung, verteilen Photographien, auf denen ein Foetus abgebildet ist, und Informationsblätter von Gruppen, die gegen den Schwangerschaftsabbruch sind, suchen staatliche und TRR-Kliniken auf und versuchen, die Menschen, die sich dort über Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch beraten lassen wollen, zu beeinflussen.

Im November 1980 veröffentlichte die TRR ihren 'Standpunkt des TRR-Vorstandes zur Frage der Empfängnisregelung in Polen'. Dieser war gedacht als Waffe gegen die katholische Agitation, und die TRR bekräftigte darin ihre Position im Hinblick auf institutionalisierte Familienplanung, wobei sie klare und überzeugende Argumente dafür vorbrachte, warum diese auch weiterhin zur Verfügung stehen sollte.

Die TRR merkt an, dass die Geburtenrate immer noch eine der höchsten in Europa ist und 1979 bei 19,5 auf 1000 lag. Polen ist daher demographisch gesehen in einer ausgezeichneten Lage, und die Gefahren für diesen positiven Trend liegen nicht im Weiterbestehen der herrschenden Bedingungen hinsichtlich Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch, sondern in einer drastischen Verschlechterung der materiellen und sozialen Lage der Familien. Der Staat sollte nur bemüht sein, günstige Bedingungen für gewollte Kinder zu schaffen, und die Empfängnisregelung sollte dazu

dienen, die Anzahl und den Zeitpunkt der Geburt der Kinder zu bestimmen. Der Schwangerschaftsabbruch sollte als Notlösung gelten, wenn die Kontrazeption versagt hat oder wenn ernsthafte medizinische oder soziale Kontraindikationen bestehen; Schwangerschaftsabbruch ist nicht mit Empfängnisregelung gleichzusetzen. Die meisten westeuropäischen Länder folgten dem sozialistischen Block bei der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, und die Schwangerschaftsabbruchraten bleiben im wesentlichen stabil. Die unerwünschten Auswirkungen des illegalen Schwangerschaftsabbruchs zeigen sich im Gegensatz dazu in Rumänien. Die einzig wirksame Massnahme gegen den Schwangerschaftsabbruch sind umfassende Information über Empfängnisregelung und ausreichende Qualität und Quantität der empfängnisregelnden Mittel.

Die Verfügbarkeit von kontrazeptiven Mitteln ist in Polen jedoch nach wie vor alarmierend schlecht. Der totale Mangel an Kontrazeptiva in den Jahren 1975-76 hat es mit sich gebracht, dass selbst heutzutage noch grosse Mängel hinsichtlich Quantität und Auswahl bestehen. Es gibt keine Pillen mit niedrigem Östrogengehalt, und die Qualität der polnischen Kondome ist unzureichend. Nur 61% der gebärfähigen Frauen in der Stadt und 50% der gebärfähigen Frauen auf dem Lande bedienen sich überhaupt irgendeiner Methode der Kontrazeption. Die neueste Untersuchung (Jaczewski und Roadmoski, 1979) ergab, dass nur 7% der Frauen und 17% der Männer sich verlässlicher (d.h. nicht 'natürlicher') Methoden bedienen. Es ist daher nicht überraschend, dass eine von drei Frauen in der Stadt mindestens schon einen Schwangerschaftsabbruch hinter sich hat.

Die TRR verzichtet taktvollerweise darauf, Unterschiede zwischen bestimmten Arten von Kontrazeptiva zu machen, hebt jedoch hervor, dass die im öffentlichen Gesundheitswesen Beschäftigten umfassend über alle Methoden informiert sein sollten und garantieren, dass diese, seien es 'natürliche' oder andere, allen Frauen zur Verfügung stehen. Alle Ärzte, nicht nur Gynäkologen, sollten in Familienplanung ausgebildet werden, und man sollte an leicht zugänglichen Orten, wie Bahnhöfen, Restaurants und Toiletten, Kondomautomaten aufstellen.

Das Papier endet mit der Feststellung, dass Kontrazeption auf das engste mit der Gesundheit der Frau und der Familie verknüpft ist und daher genauso behandelt werden sollte wie jeder andere Zweig der medizinischen Vorsorge. Wenn die Regierung den Schwangerschaftsabbruch, besonders bei sehr jungen Frauen, eindämmen will, dann sollte sie nicht das Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch restriktiver fassen, sondern vielmehr dafür sorgen, dass Einrichtungen für Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption leichter zugänglich sind.

Der Hauptgrund der TRR für die Veröffentlichung dieses Standpunktes wird unter Punkt 3 angeführt; es ist die Befürchtung, dass der Druck konservativer Kreise zunehmen und man versuchen würde, die Regierung dazu zu zwingen, die liberalen Gesetze über Familienplanung zu revidieren. Diese Voraussage bewahrheitete sich im Februar 1981, als der Gesundheitsminister gezwungen war, eine Liste mit Vorschlägen zur restriktiveren Gestaltung des Gesetzes zu veröffentlichen: Nur Gynäkologen sollten Schwangerschaftsabbrüche durchführen dürfen; die Beendigung der ersten Schwangerschaft sollte nur möglich sein nach besonderer Beratung, wodurch ein Schwangerschaftsabbruch schwerer zu bekommen sein würde; Schwangerschaftsabbrüche sollten nur in Krankenhäusern durchgeführt werden dürfen; und Ärzte sollen sich aus moralischen Gründen weigern können, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen.'

Gewiss kann man nicht sagen, dass die Bewegung gegen den Schwangerschaftsabbruch eine Bewegung der Solidarität ist, denn obgleich diese Bewegung die Zustimmung der Solidarität behauptet, gibt es seitens der Gewerkschaft keine offizielle, befürwortende Aussage. Die Solidarität besitzt jedoch starke katholische Unterstützung, und katholische Gruppen - ob Mitglieder der Solidarität oder nicht - sind darauf vorbereitet, noch extremere Forderungen durchzusetzen. Ganz offensichtlich werden diese Gruppen, wenn die politische Unruhe andauert, ihre Position stärken. Denn immer leichter ist eine Situation denkbar, in der der Staat, zu Konzessionen gezwungen, Veränderungen auf dem für ihn naheliegendsten Gebiet vornehmen wird - indem er die Verfügbarkeit von Schwangerschaftsabbruch und Empfängnisregelung einschränkt und dadurch die von der TRR in den vergangenen Jahrzehnten geleistete Arbeit zunichte macht.

#### SEMINAR ZUM THEMA 'INFORMATION ÜBER FAMILIENPLANUNG'

Am 8. und 9. Oktober 1980 veranstaltete die British Family Planning Association als Teil des Regionalen 1980 Arbeitsprogramms der IPPF Europa in ihrem Zentralbüro in London ein Seminar für 15 Mitarbeiter europäischer Organisationen über ihre Informationseinrichtungen für Familienplanung.

Die britische FPA betreibt ihre Informationseinrichtungen mittels eines jährlichen Zuschusses der Regierung in Höhe von £ 160 000 (1980) mit dem Auftrag zu gewährleisten, dass die Leute 'die Einrichtungen für Familienplanung kennen und nutzen, die über den National Health Service zur Verfügung stehen'. Die Einrichtungen stellen ein breites Angebot von Informationsmaterial und Dienstleistungen bereit. Dazu zählen die Herstellung von Broschüren über sämtliche Methoden der Empfängnisregelung und damit zusammenhängende Themen wie etwa durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, Selbstuntersuchung der Brust, Zystitis und Fakten über die Sexualität von Teenagern, sowie die Herausgabe einer Vierteljahresschrift, die an 29 000 praktische Ärzte im ganzen Lande verschickt wird. Ausserdem werden für Journalisten, Fachleute und Studenten 'Faktenblätter' und 'Informs' hergestellt. Eine Bibliothek und ein jedermann zugängliches Informationszentrum stehen der Öffentlichkeit an fünf Tagen in der Woche von 9.00 bis 17.00 Uhr offen, und ein jedermann zugängliches Beratungsbüro von 11.00 bis 15.00 Uhr, wo man vertraulich persönliche Probleme mit einem einfühlsamen und ausgebildeten Berater diskutieren kann. Ein telefonischer Informationsdienst arbeitet an fünf Tagen in der Woche von 9.00 bis 17.00 Uhr, hier kann man sich über Klinikadressen und Öffnungszeiten, über Methoden der Kontrazeption und eine breite Skala damit zusammenhängender Themen informieren und sich an andere Organisationen verweisen lassen, die helfen können. Letztes Jahr gaben diese Einrichtungen, einschliesslich der regionalen Büros der FPA, Auskunft auf über 100 000 Anfragen, die brieflich, telefonisch oder im Verlauf eines persönlichen Besuchs an sie gerichtet wurden.

Das Seminar wollte den auf dem Gebiet der Information und der Verwaltung tätigen Mitarbeitern anderer FPAs demonstrieren, wie diese Einrichtungen betrieben werden, um den Austausch von Informationen und Erfahrungen zu fördern und neue Ideen zu dieser Art von Arbeit zu entwickeln. Ausgefüllte Bewertungsbögen, die am Ende des Seminars eingesammelt wurden, deuteten darauf hin, dass diese Ziele weitgehend erreicht wurden.\*

Das Seminar wurde in Vierergruppen durchgeführt, die mit den Mitarbeitern des FPIS in deren Büros arbeiteten, wobei sie im Detail die Arbeit der Einrichtungen kennenlernten, und grösseren Diskussionssitzungen, die sich mit der Presse und den Aktivitäten von 'pressure groups' beschäftigten. Diese gemischte Arbeitsform erwies sich als gute Methode, einander kennen zu lernen, bestimmte Fragestellungen aufzuwerfen, wie auch den allgemeinen Austausch von Ideen und Erfahrungen zu ermöglichen. Die Teilnehmer fühlten sich aufgrund dessen besser orientiert, an wen sie sich in ihren Schwesterorganisationen um Informationen wenden und mit wem sie sich über bestimmte Ideen besprechen sollten.

Die Diskussionen waren weitgespannt und anregend, und es war faszinierend, die Probleme zu diskutieren, mit denen beinahe alle europäischen FPAs zu kämpfen haben, als da sind finanzielle Engpässe, der politische Trend nach rechts und Probleme mit bestimmten Methoden der Kontrazeption. Auch wurden weitverbreitete falsche Vorstellungen hinsichtlich der Arbeit anderer FPAs korrigiert. Dilys Cossey's lebhafter Vortrag über den Kampf um verschiedene Gesetzesänderungen und die Einflussnahme auf die Medien und Politiker war anregend, besonders für die, die im eigenen Lande auf die Veränderung der Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch hinarbeiten, und es wurde umfassend über bestimmte Bereiche der Pressearbeit diskutiert, z.B. darüber, wie man in der Kontroverse über Depo-Provera und dem ständigen Kampf um eine ausgewogene Berichterstattung über Themen wie Sexualerziehung vorgehen sollte.

Das Seminar endete mit einem Besuch des FPA-Jugendprojekts *Grapevine* in Islington. Daraus ergab sich ein faszinierender Meinungs-austausch, in dem viele falsche Vorstellungen über das Projekt geäußert und diskutiert wurden, was sowohl für die, die ähnliche Projekte ausprobiert hatten, als auch für das Projekt *Grapevine* selbst von Nutzen war. Ausserdem wurden die Mitarbeiter der verschiedenen FPAs gebeten, ein 'Länderprofil' zu erstellen, in dem sie Auskünfte über ihre FPAs und die Situation der Familienplanung in ihrem Land gaben; diese werden von den Mitarbeitern des FPIS zusammengestellt und als 'Inform' über die europäischen FPAs Anfang 1981 herausgegeben.

*Maggie Jones*  
*London*

\* Von 13 am Ende des Seminars ausgefüllten Bewertungsbögen:

Fanden 13, der Kurs habe sich gelohnt; 10, sie seien in der Lage gewesen, ihre eigenen Erfahrungen mit Informationsarbeit sinnvoll einzubringen; 13, das Seminar habe ihre eigenen Bedürfnisse hinsichtlich Informationsarbeit deutlicher gemacht; und 12, die Teilnahme am Seminar werde dazu beitragen, die Informationstätigkeit ihrer eigenen FPAs zu verbessern.

Es gab herzliche und lebhaftere Kommentare, z.B.: "Das Seminar war gut organisiert" ... "Es war aufrichtig und freundlich" ... "Es war praktisch" ... "Es hat wichtige Impulse gegeben" ... "Mir wurden praktische Ideen vermittelt, die für unsere Organisation nützlich wären".

## ZUSAMMENARBEIT DER JUGOSLAWISCHEN PPA UND DER UNFPA IN DER WISSENSCHAFTLICHEN FORSCHUNG

In der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien fordert der Rat für Familienplanung der Bundeskonferenz der Sozialistischen Allianz der Arbeitenden Menschen Jugoslawiens Mittel aus dem Fonds der Vereinten Nationen für Bevölkerungsaktivitäten an, mit denen zwei Projekte aus den Gebieten 'Humanisierung der Beziehungen zwischen den Geschlechtern' und 'verantwortungsbewusste Elternschaft' gefördert werden. Diese Tätigkeit des Rates ist mit den zuständigen föderativen Bundes- und Provinzbehörden abgestimmt worden, so dass der Rat die Durchführung der Projekte koordiniert, die bei den Fakultäten verschiedener Universitäten liegt.

Die jugoslawische PPA unterstützt nicht nur die Durchführung dieser Projekte, sondern arbeitet auch mit anderen Einrichtungen bei der Formulierung der Projektanträge mit.

Im März 1977 übernahm der UNFPA mit eigenen Mitteln die Schirmherrschaft über folgende Projekte: 'Programm zur Berufsausbildung von Gesundheitsarbeitern in der Familienplanung' durch das Institut für Familienplanung in Ljubljana und das Institut für Sozialpolitik in Belgrad, und 'Evaluierung früherer Familienplanungsaktivitäten in Jugoslawien' durch das Zentrum für demographische Forschung beim Institut für Sozialwissenschaften in Belgrad.

Ende 1979 wurde die Arbeit an diesen Projekten erfolgreich abgeschlossen, und der UNFPA äusserte sich anerkennend über die erzielten Ergebnisse.

Im März 1979 nahm das Institut für Pädagogik der philosophischen Fakultät von Zagreb die Arbeit an einem 'Programm für die Fachausbildung und Zusatzausbildung von in der Familienplanung tätigen Lehrern' auf. Dieses Projekt endete 1980.

Anfang 1979 übernahm der UNFPA die Schirmherrschaft über fünf neue Dreijahresprojekte, die verschiedene Aspekte der Familienplanung umfassen:

- o Humanisierung der Beziehungen zwischen den Geschlechtern und verantwortungsbewusste Elternschaft (Institut für Pädagogik und Psychologie der philosophischen Fakultät Sarajewo)
- o Inhaltliche Einbeziehung der Humanisierung der Beziehungen zwischen den Geschlechtern in die Erziehung auf allen Ausbildungsstufen und Unterrichtung junger Menschen in verantwortungsbewusster Elternschaft (Lehrerseminar in Niksić, Montenegro)
- o Evaluierung früherer Untersuchungen auf dem Gebiet der Familienplanung, um die Einstellung der Leute zur Familienplanung festzustellen, und ein Programm der Fachausbildung von in der Familienplanung Beschäftigten (Provinz Kosovo, Institut für Sozialmedizin und Regionalinstitut für Gesundheitsversorgung, Pristina)
- o Familienplanung in den unterentwickelten Gebieten Serbiens (Institut für die Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind, Belgrad)
- o Einige Aspekte des demographischen Verhaltens der Menschen in Krisenzeiten (z.B. während des Erdbebens in Montenegro) (Medizinisches Institut in Titograd)

Die Arbeitsbeziehungen zwischen der PPA und dem UNFPA sind gut. Seit 1971 haben Vertreter des Fonds Jugoslawien verschiedentlich besucht, um den Umfang und die Durchführung der Projekte zu diskutieren, und Angehörige des UNFPA European Field Staff haben die Einrichtungen, die die Projekte durchführen, besucht.

Diese Aktivitäten haben das Gesichtsfeld verschiedener jugoslawischer Universitäten erweitert, da wegen des interdisziplinären Charakters der Methode der Projektdurchführung Experten verschiedener Disziplinen zusammengelassen sind. Das in Sarajewo durchgeführte Projekt ist zudem nicht nur zu einem Projekt von nationaler Bedeutung geworden, sondern hat auch internationalen Charakter bekommen, denn Leute aus anderen Ländern werden die Kurse besuchen. Zweimonatige Kurse und einjährige Studiengänge für Graduierte werden 1982 beginnen.

Aufgrund der bisher erzielten Ergebnisse kann die Zusammenarbeit mit dem UNFPA als sehr erfolgreich und anregend bezeichnet werden. Publikationen, zwei davon in englisch, sind herausgekommen, und einige erfolgreiche Symposien wurden veranstaltet. Der wichtigste Beitrag zu diesen Projekten stammt aus dem Universitätsmilieu, wo, besonders auf dem Gebiet der Erziehung, der Anstoß gegeben wurde, Aktivitäten hinsichtlich der Humanisierung der Beziehungen zwischen den Geschlechtern und verantwortungsbewusster Elternschaft zu fördern.

Der erzieherische Wert der wissenschaftlichen Forschung in Zusammenhang mit diesen Projekten war von dauerhaftem Einfluss auf das Thema 'Humanisierung', indem sie dessen Integration in die Lehrpläne aller Unterrichtsstufen gefördert hat. Für die 60 Studienplätze für Graduierte im Rahmen des Projekts in Sarajewo sind mehr als 200 Bewerbungen eingegangen, was zeigt, wie tief das Interesse an diesem Gebiet des menschlichen Lebens ist.

*Nevenka Petrić  
Rat für Familienplanung Jugoslawiens  
Belgrad*

#### AUSLÄNDISCHE ARBEITNEHMER UND IHRE BEDÜRFNISSE AUF DEM GEBIET DER FAMILIENPLANUNG: EIN NEUER ARBEITSBEREICH IN DER REGION

Der Gedanke, sich mit den Bedürfnissen ausländischer Arbeitnehmer ('migrants') in Europa auf dem Gebiet der Familienplanung zu beschäftigen, ist keineswegs neu, doch erst 1980 wurden konkrete Vorschläge formuliert und dem Regionalrat vorgelegt. Dieser stimmte ihnen zu und so wurde das Projekt 'Ausländische Arbeitnehmer und Familienplanung' Bestandteil des Regionalen Arbeitsprogramms 1981.

Die Initiative zu diesem Projekt ging im wesentlichen von der deutschen Organisation *Pro Familia* aus, die angesichts einer wachsenden Zahl ausländischer Klienten - hauptsächlich aus der Türkei, Griechenland, Italien, Spanien, Portugal und Jugoslawien - eine Pilotstudie ausarbeitete über diese Klientel, die nicht nur den sozio-ökonomischen und kulturellen Hintergrund dieser Klienten bestimmen, sondern auch genauer untersuchen sollte, warum diese Klienten um Hilfe nachsuchten und welche Beratungsmethoden am erfolgreichsten waren. Auf dieser Grundlage hat sich das Regionale Projekt entwickelt.

Das Projekt ist wesentlich zunächst und in erster Linie ein Stück Forschung, das die immer noch bestehenden Informationslücken auf diesem Gebiet schliessen soll. In den ersten Stadien besteht die Projektarbeit hauptsächlich aus der Erhebung von Daten durch Fragebögen; diese werden einen grundlegenden Rahmen abgeben zur Situation der ausländischen Arbeitnehmer in ganz Europa - wer in welches Land geht, ihr sozio-ökonomischer und kultureller Hintergrund und welchen Einfluss, wenn überhaupt, dieser auf das demographische Verhalten innerhalb der einzelnen Nationalitäten hat - und eine detailliertere Untersuchung über Einrichtungen der Familienplanung und ausländische Arbeitnehmer. Zum Beispiel, in welchem Masse bedienen sich ausländische Arbeitnehmer Einrichtungen für Familienplanung? Stellen einzelne Beratungsstellen einen besonderen Service für ausländische Arbeitnehmer zur Verfügung (z.B. Dolmetscher, gedruckte Informationen in der jeweiligen Sprache und/oder besonders geschulte Berater, die mit dem unterschiedlichen ethnischen Hintergrund vertraut sind)? Sind ausländische Arbeitnehmer eine 'besondere' Gruppe insofern, als bei ihnen möglicherweise Bedürfnisse gegeben sind, die sich von denen der Einheimischen unterscheiden und auf die nicht eingegangen wird? Und wenn dem so ist, was kann oder sollte man tun, um auf diese Bedürfnisse einzugehen?

Die Dauer dieses Projekts und jedes weitere Vorgehen in Form von Arbeitsgruppen zu bestimmten Gebieten, eingehendere Untersuchungen bestimmter Aspekte der Bedürfnisse ausländischer Arbeitnehmer auf dem Gebiet der Familienplanung und Empfehlungen an relevante Gremien, die mit ausländischen Arbeitnehmern zu tun haben (z.B. EWG, ILO, WHO, ICEM und Europarat) hängen natürlich vom Grad des Engagements der PPAs ab und von der Quantität und Qualität des aufgrund der Fragebögen erhaltenen Materials. 12 PPAs brachten ein aktives Interesse zum Ausdruck, indem sie eine Kontaktperson zur Arbeit am Projekt benannten. Angesichts der Tatsache, dass sich das Projekt im Moment in einem schwierigen und mühevollen Stadium der Datenerhebung und statistischen Analyse befindet, ist der Grad der Beteiligung doch ermutigend hoch.

Viele PPAs haben daher eindeutig gezeigt, dass dieses Thema sie interessiert und dass ihnen an mehr Informationen über ausländische Arbeitnehmer liegt. Obgleich die ausgefüllten Fragebögen dieses Interesse demonstrieren, beleuchten sie doch gleichwohl auch den gegenwärtig bestehenden Mangel an Informationen über ausländische Arbeitnehmer, ganz zu schweigen von deren Bedürfnissen auf dem Gebiet der Familienplanung (so überhaupt vorhanden). Wenige Beratungsstellen geben überhaupt eine Analyse von Statistiken über ausländische Arbeitnehmer, obgleich doch solche Statistiken stets erstellt werden.

Zwar befindet sich das Projekt noch in einem frühen Stadium, doch haben sich schon gewisse Züge herausgebildet, nämlich der Mangel an vorhandenen Informationen und die ganz wesentliche Notwendigkeit, eine Definition des Begriffs 'ausländischer Arbeitnehmer' ('migrant') zu finden, die von jedermann verstanden und akzeptiert wird. Im Projektkontext bedeutet das Wort 'ausländischer Arbeitnehmer' ('migrant') im wesentlichen

'Immigrant', d.h. jemand, der ausserhalb eines bestimmten Landes geboren wurde, aber in diesem Land seinen Wohnsitz hat. Dieser Begriff wird in verschiedenen Ländern unterschiedlich interpretiert. In der BRD impliziert 'migrant' 'Gastarbeiter' aus Griechenland, Spanien, Italien, Jugoslawien, Portugal und der Türkei: innereuropäisch (einschliesslich EWG) kurzfristig Einwandernde, die gewöhnlich als billige Arbeitskräfte eingestellt werden. Im Vereinigten Königreich dagegen gibt es grosse Bevölkerungsgruppen, die aus Asien und den Westindischen Inseln einwandern: von ausserhalb Europas, und gewöhnlich auf Dauer, Einwandernde. Der durchschnittliche Brite nennt jeden farbigen Einwohner einen 'Einwanderer', ob dieser nun tatsächlich im VK geboren worden ist oder nicht. Jede Definition wird ausserdem noch dadurch weiter kompliziert, dass man einen Begriff finden muss, der z.B. auch Bewegungen zwischen der BRD und der DDR oder der Republik Irland und Nordirland abdeckt.

Das Problem zu definieren 'wer ein Immigrant ist', wird eines der Themen sein, die von Teilnehmern am Projekt auf einer Arbeitsgruppentagung im Mai diskutiert werden. Die Gruppe wird sich ausserdem mit den Ergebnissen der Auswertung der Fragebögen, Problemen der Beschaffung von Daten über 'migrants', der Familienplanungsarbeit mit 'migrants' in den einzelnen Ländern und Gemeinden beschäftigen und schliesslich überlegen, ob es möglich ist, spezifische, 'migrant'-orientierte Aktivitäten durchzuführen.

Ob diese Tagung Anstösse für neue Initiativen auf künftigen Gebieten der Arbeit mit 'migrants' gibt oder nicht, so erwartet man doch, dass das Projekt eine neue und umfassende Informationsgrundlage hinsichtlich 'migrants' und Einrichtungen der Familienplanung in Europa erarbeiten wird.

## VERÖFFENTLICHUNGEN

### *Behinderte und sexuelle Beziehungen*

Diese 109-seitige Veröffentlichung\* berichtet über zwei Seminare zum Thema 'Behinderte und sexuelle Beziehungen', die Pro Familia veranstaltete, weil man der Meinung war, dass es an Kommunikation mit Behinderten und am Wissen, wie man sich ihnen gegenüber verhalten soll, fehle.

Die Veröffentlichung möchte kein vollständiges Werk zum Thema sein, sondern zielt darauf ab, die Leser zu weiterer Diskussion und zu eigenen Gedanken anzuregen. Sie untersucht den Hintergrund des Projekts, die Veränderung der Einstellung zur Sexualität bei Behinderten und Beratern, Sexualität in der Beziehung zu Behinderten und die rechtlichen Aspekte von Behinderten-orientierter Arbeit. Die Publikation enthält ausserdem eine Bibliographie.

\* Pro Familia (1980) : *Sexualität in der Partnerschaft mit Körperbehinderten*. Pro Familia Arbeits-Materialien Nr.25

Über weitere Einzelheiten gibt Pro Familia, Cronstettenstr. 30, 6000 Frankfurt am Main 1, Bundesrepublik Deutschland, Auskunft.

### *Kinderlosigkeit*

Im Dezember 1979 traf sich in London eine Arbeitsgruppe, um das Thema *Psychosoziale Aspekte gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit* zu diskutieren. Im Mai 1980 beschäftigte sich der Regionalrat mit dem Bericht der Arbeitsgruppe. Im Januar 1981 beschloss der Regionale Exekutivausschuss, dass der Bericht, mit geringfügigen Zusätzen aufgrund eingegangener Kommentare, nunmehr veröffentlicht werden soll.

Die Mitglieder des Regionalrats und die Sekretariate der PFAs werden den Bericht zusammen mit diesen *Informationen* erhalten. Ansonsten ist der mit Schreibmaschine geschriebene Bericht (nur in Englisch) zum Preis von £1.00 + Versand beim IPPF Europe Regional Office, 18-20 Lower Regent Street, London SW1Y 4PW, erhältlich.