

Abweichende Befunde sind bei hochakuten Entzündungsvorgängen mit septischen Temperaturen und mit Leukozytose zu beobachten (Tab.II). In diesem „Initialstadium“ der Entzündung erhält man relativ hohe, dem „Karzinommodell“ ähnliche Restsenkungswerte (L i n g e m a n n). Bald nach dem akuten Stadium stellen sich jedoch diese Werte auf das für Entzündungen charakteristische niedrige Niveau ein. Unsicher sind auch Bestimmungen bei Lebererkrankungen, Lymphogranulomatosen und unter Medikation von Phenylbutazon (G r o s s).

Zusammenfassung

Durch Wärmeinkubation des Plasma gelingt eine Differenzierung von tumor- und entzündungsbedingten Senkungsbeschleunigungen mit hoher Sicherheit. Diese unterschiedliche Hemmfaktorbildung scheint von der Aktivität einer Serumlipase abhängig zu sein. Praktische Bedeutung besitzt die Methode bei der Differentialdiagnose unklarer Blutsenkungsbeschleunigungen. Ziel weiterer Untersuchungen ist es, den Wert des Verfahrens bei der Diagnostik von okkulten Karzinomrezidiven zu prüfen.

Wir danken Herrn Dipl.-Math. Gerhard Köster aus dem Physiologischen Institut für die Hilfe bei der statistischen Auswertung des Materials sowie den medizinisch-technischen Assistentinnen Frau Uta K r o m e r und Frau Gabriele S e i l e r für die Unterstützung bei der Durchführung der Laborarbeiten.

Schrifttum

Gross, R., W. Gerhard und G. Rassner, Dtsch. med. Wschr. 91 (1966) 1869. — Lingemann, U., Inaug. Diss. Marburg 1962. — Meine, H. U., Inaug. Diss. Marburg 1962. — Ruhenstroth-Bauer, G., Klin. Wschr. 44 (1966) 533.

Anschr. d. Verf.: Dr. H.-D. Methfessel, (402) Halle/Saale, Universitäts-Frauenklinik, Leninallee 24

Aus dem serbischen Institut für Gesundheitsschutz von Mutter und Kind, Beograd (Direktor: Prof. Dr. V. Č u p i ć) und der Abt. für Geburtshilfe und Gynäkologie (Vorstand: Prof. Dr. B. M. B e r i ć)

**Der gegenwärtige Stand  
der Abortusbekämpfung und Familienplanung  
in der SFR Jugoslawien**

Von B. M. B e r i ć

„Ungewollte Schwangerschaft wird nicht selten zu unheilvoller Krankheit“  
Harold Chapple

Wenn auch nicht unbekannt, so war in Jugoslawien der Begriff der Familienplanung dem Arzt wie der Allgemeinheit doch vergleichsweise neu. Er basiert auf der humanitären These, daß einem Kind die Liebe der Eltern gewiß sein wird, wenn es aus einer ganz bewußt gewollten Empfängnis hervorgeht. Der Wille zur Schwangerschaft ist für die Sicherheit und das Glück des Kindes wesentlich. Das Ehepaar, das die künftige Familie bewußt aufbaut, d. h. auf einer soliden emotionalen, soziologischen und wirtschaftlichen Grundlage, schafft die günstigsten Bedingungen für eine harmonische Entwicklung der Nachkommenschaft.

Bei der Familienplanung mit ihrer vielschichtigen Problematik fällt nicht nur dem Ehepartner und dem Ehepaar eine wichtige Aufgabe zu, sondern darüber hinaus, und ebenso wichtig, der Ärzteschaft wie der Gesellschaft insgesamt. Grundlage jeder Familienplanung bildet nach unserer Auffassung der schon frühzeitig einsetzende Unterricht des Kindes über die Beziehungen zwischen den Geschlechtern. Diese ist im gegebenen Zeitpunkt durch pädagogische Aufklärung über die

Empfängnisverhütung zu vervollständigen; ihre Notwendigkeit und Bedeutung ist herauszuarbeiten, auf die Methodik und Technik einzugehen. Angemessene Berücksichtigung im Rahmen einer solchen Erziehungsarbeit haben die möglichen Schädigungen durch eine Schwangerschaftsunterbrechung, insbesondere die illegale, zu finden, und zwar nicht nur im Hinblick auf Körper und Psyche der Schwangeren selbst, sondern auch hinsichtlich der negativen Auswirkungen auf die Familie, auf das Ehepaar sowie seine engere und weitere Umgebung.

Die moderne Auffassung, nach der Pathogenese und Therapie von Krankheitszuständen stets unter dem Aspekt der Unteilbarkeit biologischer, soziologisch-ökonomischer und medizinisch-ethischer Faktoren zu sehen sind, gilt voll auch für die Analyse und Beurteilung der Problematik, die durch eine ungewollte Schwangerschaft aufgeworfen wird, speziell durch ihre Unterbrechung. So ist das Phänomen der Schwangerschaftsunterbrechung quantitativ und qualitativ Funktion dynamischer Faktoren, die auf soziologisch-medizinischer Ebene liegen, eine deutliche Interdependenz aufweisen und gewisse Gesetzmäßigkeiten erkennen lassen.

Zur artefiziellen Schwangerschaftsunterbrechung, sei sie nun legal oder illegal, führen einmal allgemeine Gegebenheiten soziologisch-ökonomischer Natur, zum anderen individuelle Gegebenheiten medizinischer, eugenischer, psycho-ethischer und juristischer Natur. Hinzu kommen Fälle, in denen sich der Egoismus bestimmter Gruppen in einem Bevölkerungsschwund auswirkt, obwohl hier die soziologisch-ökonomischen Voraussetzungen keineswegs ungünstig wären. Mitunter halten die Eheleute die Kinderzahl bewußt so niedrig, daß nicht einmal die „biologische Ablösung“ — dem Elternpaar folgend 2 Kinder — sichergestellt ist. In manchen, vor allem ländlichen Gegenden, begünstigen die überlieferten Erbschaftsmodi eine derartige Praxis; dadurch wird in einigen Landesteilen die Unterbrechungsfrequenz merklich beeinflußt.

Betrachtet man nicht nur die statische Seite des Problems — etwa die Statistik für einen begrenzten Zeitraum —, sondern auch die dynamische Entwicklung, so darf man wohl ohne Übertreibung von einer „endemischen Entvölkerungsepidemie“ sprechen und, auf Weltmaßstab übertragen, von einer „Pandemie“.

Aus den demographischen Unterlagen der Jahre 1921 bis 1965 geht hervor, daß trotz des erfreulichen Rückganges der allgemeinen wie der Säuglingssterblichkeit in unserem Lande die Rate des natürlichen Bevölkerungszuwachses nicht entsprechend anstieg, sondern sogar abnahm; auch die Zahl der Eheschließungen und die der Geburten läßt abfallende Tendenz erkennen (Tab. I). Wohl variiert die Geburtenziffer von Region zu Region; das jeweilige aktuelle wirtschaftliche und kulturelle Niveau sowie die Besonderheiten der historischen Entwicklung spielen

Tabelle I. Demographische Daten über die jugoslawische Bevölkerung der Jahre 1921 bis 1962

Jahr	Einwohner (× 1000)	Natalität	Todesfälle (× 1000)	Natürlicher Zuwachs (× 1000)	Ehe- schließungen (× 1000)	Säuglings- sterblichkeit
1921	12059	36,7	20,9	15,8	13,0	—
1925	12796	34,2	19,7	15,5	9,6	143,1
1930	13780	35,5	19,0	16,5	10,0	152,7
1935	14767	29,9	16,8	13,1	7,5	144,1
1939	15596	25,9	14,9	11,0	7,9	132,3
1947	15679	26,6	12,7	13,9	13,1	—
1950	16346	30,2	13,0	17,2	11,4	118,4
1955	17519	26,9	11,4	15,5	9,3	122,8
1960	18402	23,5	9,9	13,6	9,1	87,7
1963	19065	21,4	8,9	12,5	8,3	77,5
1965	19508	20,9	8,7	12,2	8,9	71,5

sicher eine Rolle. Die Tendenz zur Geburteneinschränkung ist jedoch überall festzustellen, wenn auch in unterschiedlicher Intensität (Tab. II).

Tabelle II. Natalität in den Republiken und Regionen Jugoslawiens

Jahr	Jugoslawien	Bosnien und Herzegowina	Montenegro	Kroatien	Mazedonien	Slowenien	Serbien			
							Total	Serbien	Woiwodina	Kosmat
1950	30,2	38,6	30,0	24,8	40,3	24,4	29,5	28,0	25,5	46,1
1955	26,9	37,3	30,1	22,1	36,2	21,0	24,6	22,4	21,0	43,6
1960	23,5	34,1	28,1	18,4	31,7	17,6	22,2	18,0	17,6	41,1
1963	21,4	29,6	26,4	16,7	28,7	18,3	19,2	16,2	15,3	40,9
1965	20,9	27,8	23,9	16,8	28,4	19,1	18,8	15,7	15,0	39,9

Das beruht ganz gewiß nicht ausschließlich auf Schwangerschaftsunterbrechungen; vieles hat dazu beigetragen, z. B. soziologisch-ökonomische, psychisch-ethische und familiäre Gegebenheiten, ferner die Industrialisierung, die Landflucht, die Einführung neuartiger landwirtschaftlicher Produktionsmethoden, das Schwinden des patriarchalischen Familientyps, die moderne Zivilisation mit all ihren Errungenschaften überhaupt. Hier stellt sich eine prinzipielle Frage: Ist ein Rückgang der Geburtenziffer notwendigerweise immer negativ zu beurteilen?

Wir meinen, daß ein begrenzter Geburtenrückgang durchaus zu begrüßen ist, sofern die Entwicklung der Nachkommenschaft dadurch nicht beeinträchtigt wird. In der modernen Zivilisation plant der einzelne verantwortungsbewußt die Zukunft seiner Familie als der soziologischen Grundeinheit der Gesellschaft. Diese Art der „Kortikalisierung“ des Fortpflanzungstriebes scheint uns ein Fortschritt zu sein, stellt sie doch die qualitative Nachkommenschaft über die quantitative – ein entscheidender Gesichtspunkt für die Höherentwicklung einer zivilisierten Gesellschaft. Ein begrenzter Geburtenrückgang in einem Volk, das im Rhythmus der modernen Kultur und Zivilisation leben will, ist also ein positives Faktum. Wieweit sind nun bei der Geburtenregelung außerhalb der einzelnen Familie gelegene Faktoren wirksam, oder anders formuliert, wird der Entschluß zur planvollen Einschränkung der Nachkommenschaft im wesentlichen im Rahmen der einzelnen Familie gefaßt?

Tabelle III. Kohabitationsfrequenz bei verschiedenen Generationen (1895 bis 1897 bzw. 1940 bis 1942)

Geburtsjahr	Stadt Dorf	Alter (Jahre)	Ehejahr	Durchschnittliche Zahl der Kohabitationen innerhalb 10 Tagen
1895 bis 1897	Stadt	23 bis 25	zweite	1,40
	Dorf	23 bis 25	zweite	1,30
1940 bis 1942	Stadt	23 bis 25	zweite	3,00
	Dorf	23 bis 25	zweite	2,80

Offener, als es bisher geschieht, sollte man auch von einem unserer Zeit eigenen Faktum reden, d. h. über die gesteigerte Kohabitationsfähigkeit nämlich, wie sie vor allem in den Städten festzustellen ist. Wir haben eine entsprechende Erhebung unternommen, die uns die folgenden interessanten Daten lieferte. Insgesamt wurden 447 Frauen befragt, und zwar 163 Frauen der Jahrgänge 1895 bis 1897 sowie 284 Frauen der Jahrgänge 1940 bis 1942 (Tab. III). Alle diese Frauen standen jetzt und damals in ihrem zweiten Ehejahr im Alter von 23 bis 25 Jahren. Von den Frauen der älteren Generation war zu erfahren, daß der Durchschnittswert für die

Kohabitationsfrequenz um 4 betrug, während für die jüngere Generation der entsprechende Wert zwischen 8 und 9 Kohabitationen pro Monat liegt. Eine Rolle spielt dabei die frühere sexuelle Reife der Jugend, der spätere Eintritt der Menopause, Fortschritte in der Hygiene, speziell auf sexuellem Gebiet, die Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes infolge günstigerer Lebensbedingungen, die Tendenz, sexuelle Beziehungen auch außerhalb der Ehe zu unterhalten, die Ablehnung bisher gültiger ethischer Normen, die Lockerung der einst viel festeren Bindungen innerhalb der Familie. Je weniger unter solchen Umständen Empfängnisverhütung bekannt ist oder praktiziert wird, um so mehr unerwünschte Schwangerschaften werden eintreten. Will man hier Abhilfe schaffen, so muß man in die folgende „Kette“ von Ursachen und Wirkungen eingreifen: Häufigerer Geschlechtsverkehr — häufigere Schwangerschaftsexposition — häufigere unerwünschte Graviditäten — häufigere Unterbrechungen mit all ihren kurz- und langfristigen Komplikationsmöglichkeiten. Mit einiger Aussicht auf raschen Erfolg wird man auf das erste „Kettenglied“ wohl kaum einwirken können; ändern dagegen lassen sich die Dinge, wenn wir die „Kette“ zwischen ihrem ersten und zweiten Glied aufbrechen, das Expositionsrisiko der Frau reduzieren und so nichtgewollte Graviditäten verhindern. Da es uns um eine möglichst hochwertige und nicht um eine möglichst zahlreiche Nachkommenschaft geht, verfolgen wir in Jugoslawien mit der Familienplanung nicht bevölkerungspolitische Ziele, sondern betreiben in erster Linie Präventivmedizin: Es gilt, die physischen wie die psychischen Schädigungen infolge von Unterbrechungen zu verhindern, Schädigungen nicht nur der Schwangeren selbst, sondern darüber hinaus ihrer Familie und damit der Gesellschaft überhaupt.

Wenden wir uns nach dieser Darlegung unserer grundsätzlichen Einstellung zum Thema Geburtenregelung nun der gegenwärtigen Situation in Jugoslawien zu, wie sie durch die politische, wirtschaftliche und soziologische Entwicklung während der letzten 2 Jahrzehnte geformt wurde.

Schon vor dem zweiten Weltkrieg nahm die Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen stetig zu: 1928 erfolgten nach Schätzungen des Obersten Rates der Jugoslawischen Ärzteschaft auf je 100 ausgetragene Schwangerschaften 68 bis 70 Unterbrechungen, d. h. etwa 300 000 pro Jahr, davon etwa 15% medizinisch indiziert und in legalem Rahmen durchgeführt. S. V i d a k o v i ć veranschlagte 1940 die Abortusfrequenz auf 80 000 pro Jahr.

Im Jahre 1950 wurden etwa 30 000 Frauen wegen Interruptionsfolgen stationär nachbehandelt; die tatsächliche Zahl der Unterbrechungen dürfte jedoch weit höher liegen. Bei diesen amtlich erfaßten Abortus betrug die Mortalität immerhin 0,39 bis 0,52% (P. L u n a č e k). Das Verhältnis von Entbindungen zu Interruptionen lag bei 0,7 : 1 (F. N o v a k). 10 Jahre später hat sich das Bild grundlegend gewandelt. 1961 zählte man in den Krankenhäusern Jugoslawiens um 105 000 legale Schwangerschaftsunterbrechungen mit einer Mortalität von lediglich 0,003% (A. M o j i ć). Zurückzuführen ist die wesentliche Herabsetzung der Sterblichkeit auf den Wechsel in der Einstellung gegenüber den Problemen der Unterbrechung und der Geburtenregelung. Holen wir etwas weiter aus, um das Verständnis hierfür zu vertiefen.

Die einzelnen Etappen, welche die jugoslawische Gesetzgebung bezüglich der Unterbrechung durchschritt, lassen sich folgendermaßen skizzieren. Bis 1929 war jede Art von Interruption als illegal unter Strafandrohung gestellt, ausgenommen lediglich medizinisch streng indizierte Fälle. In diesem Gesetz schlugen sich die damals herrschenden religiösen und konfessionellen Anschauungen nieder. Abtreibung war ein Officialdelikt; dementsprechend wurden der Abtreiber und die Schwangere, die abtreiberische Handlungen an sich vornehmen ließ, verfolgt und bestraft. Einen gewissen Fortschritt brachte das Jahr 1930; die „Verordnung über die Meldepflicht von Schwangerschaftsunterbrechungen“ wurde erlassen, die Bildung einer Ärztekommision verfügt.

Auch in der zweiten Phase, die bis zum zweiten Weltkrieg (1941) anhielt, war die Unterbrechung nur in medizinisch indizierten Fällen straffrei. Allerdings verfolgte die Anklagebehörde das Delikt meist nur noch auf Antrag.

Nach dem zweiten Weltkrieg (1945) bestand diese Lage bis 1952 im wesentlichen unverändert fort, wenn auch die neue soziologische Ordnung gewisse Modifikationen in der Handhabung der Gesetzesparagrafen nach sich zog.

Die folgenden 8 Jahre (bis 1960) bringen den entscheidenden Durchbruch: Gefährdet die Gravidität die Gesundheit der Schwangeren infolge ungünstiger materieller oder familiärer Bedingungen, so gestattet das Gesetz die Interruption ausdrücklich.

Die gegenwärtige Situation wird im Jahre 1960 geprägt durch den Erlaß über „Indikationen und Verfahren bei Schwangerschaftsunterbrechungen“ einschließlich entsprechender Durchführungsbestimmungen, in denen neben den medizinischen auch die sozialen Anzeigen figurieren. Damit wurde die Interruption wohl liberalisiert, keineswegs aber legalisiert, wie das in einigen anderen Ländern der Fall ist.

2 Ärztekommisionen, zusammengesetzt jeweils aus 2 Ärzten, von denen der eine Gynäkologe sein muß, und einem Sozialfürsorger, entscheiden nunmehr über den Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung in liberaler Weise; ein juristischer Anspruch der Schwangeren auf Genehmigung besteht jedoch nicht. Es genügt nicht nur der Wunsch, den Ausschlag gibt vielmehr das objektive Interesse der Schwangeren und ihrer Familie. Zudem bestimmt die Verordnung, daß der Eingriff stationär und in einer Frauenklinik oder Abteilung nach den letzten Erkenntnissen der Wissenschaft zu erfolgen hat.

Alles wird schließlich getan, um die Verwaltungsformalitäten zu vereinfachen und der Frau jedes psychische Trauma zu ersparen. Um die postoperativen Komplikationen herabzudrücken, sind vorgeschrieben: Anästhesie, die Anwendung des Vakuum-Aspirator, ein 2- bis 3tägiger Krankenhausaufenthalt, medikamentöse und sonstige zweckmäßige therapeutische Maßnahmen sowie ein Erholungsurlaub von 5 bis 7 Tagen für berufstätige Frauen. Den illegalen Abtreibern, seien es Ärzte oder Laien, droht die Verordnung (Art. 16) Strafen an, entsprechend dem jugoslawischen Strafgesetzbuch aus dem Jahre 1951 (Art. 140). Auch der „Kodex der ärztlichen Ethik“ verpflichtet moralisch zur Unterlassung jedweder außergesetzlicher Schwangerschaftsunterbrechung.

Die neue Sachlage macht es möglich und auch zweckmäßig, die Abortus einerseits in spontane (4 bis 18%) und artefizielle aufzuteilen. Innerhalb der letzteren sind weiter zu unterscheiden solche, die illegal eingeleitet und legal durchgeführt werden, von den illegalen, bei denen sich nur der Teil erfassen läßt, der stationärer Nachbehandlung bedarf. Die Frauen deklarieren diese Fälle gewöhnlich als Spontanabortus. Wie hoch der Prozentsatz der überhaupt nicht erfaßten illegalen Abortus ist, läßt sich schwer abschätzen.

In der Praxis der Familienplanung bedürfen die einzelnen Gruppen eines differenzierten Vorgehens, denn jede Gruppe hat ihre eigenen medizinischen, psychologischen, ethischen, wirtschaftlichen und juristischen Probleme.

Welche Resultate hat nun die radikale Änderung in der Haltung gegenüber der Schwangerschaftsunterbrechung gezeitigt? Die legalen Abortus haben rapide zugenommen, die illegalen sind, wengleich noch nicht völlig geschwunden, wesentlich zurückgegangen. Todesfälle kommen bei den genehmigten Unterbrechungen praktisch nicht vor; die Morbidität beträgt lediglich etwa 25 bis 28% im Gegensatz zu 60 bis 65% bei den illegalen Abortus.

Die Fortschritte sind also eindeutig. Dennoch stimmt die beträchtliche Morbidität selbst nach legaler Interruption nachdenklich. Abgesehen einmal von den physisch-psychischen Auswirkungen auf die Frau selbst und ihre Familie ist schließlich die Gesellschaft insgesamt geschädigt; der Sozialversicherung, den Betrieben, den Betroffenen und ihren Angehörigen erwachsen ja erhebliche Kosten. Die gegenwärtige Situation, gekennzeichnet durch die Liberalisierung der Unterbrechung, kann daher nur als eine reine Zwischenlösung auf dem Wege zum Ziele der Familienplanung sein, in der dann die Interruption nicht mehr die einzige und schon gar nicht mehr die wichtigste Methode der Geburtenregelung ist, sondern ein Unfall, den es künftighin zu vermeiden gilt.

In Jugoslawien läuft seit 1963 in großem Maßstabe eine ständige Kampagne mit dem Ziele, über die Fakten der Familienplanung, insbesondere die der Schwangerschaftsverhütung, aufzuklären. Außer der Ärzteschaft beteiligen sich daran zahlreiche Organisationen wie das Rote Kreuz, Jugend- und Frauen-Organisationen, die Gewerkschaften, Arbeiter- und Volkshochschulen, Radio und Fernsehen, Presse und Kino. Die notwendigen Kenntnisse werden vermittelt, Broschüren und Flugblätter publiziert. In den Lehrplan der Sekundarschulen hat man das Thema unter Berücksichtigung von Alter und Reifegrad der Schüler aufgenommen. An den Universitäten werden an vielen Fakultäten Spezialvorlesungen für Studenten über die Sexualhygiene und Schwangerschaftsverhütung gehalten. Einen breiten Raum beansprucht der Stoff natürlich im Studiengang der Medizinstudenten, des Krankenpflegepersonals und der Hebammenschülerinnen. An den großen Ausbildungszentren wird der junge Mediziner mit der Technik der Antikonzeption obligatorisch vertraut gemacht. An Gynäkologisch-Geburtshilflichen Kliniken und Entbindungsanstalten werden auch Schwestern und Hebammen von Gynäkologen, Psychiatern, Soziologen, Juristen und Psychologen hierin unterwiesen. Nach den bisherigen Erfahrungen soll das Thema der Schwangerschaftsverhütung nicht aus dem allgemeinen Rahmen des Unterrichtes über Sexuologie, speziell Sexualhygiene, herausgenommen werden. Antikonzeption soll man nicht darstellen als eine reine Technik, dem Geschlechtsverkehr die Angst vor den Folgen zu nehmen, sondern als eine Maßnahme der Präventivmedizin, die Verhütungsmittel als Medikamente.

Damit wird jedem, der es wünscht, die Schwangerschaftsverhütung zugänglich gemacht. In allen Gynäkologischen Polikliniken und Dispensaren können sich die Frauen beraten lassen, die entsprechenden Mittel werden kostenlos verordnet und vielfach auch in den Praxen der Frauenärzte, in den Sanitätsstuben von Fabriken und landwirtschaftlichen Betrieben sowie auch bei den praktischen Ärzten ausgegeben. Prinzipiell darf jeder praktische Arzt antikonzeptive Mittel verordnen, eine Ausnahme bilden lediglich noch die Intrauterin-Spiralen, deren Anwendung dem Gynäkologen vorbehalten bleibt. Lokal wirkende chemische und mechanische Präparate sind außerdem direkt in den Apotheken erhältlich, Präservative auch in Drogerien und in Tabakhandlungen.

Lokal wirkende Verhütungsmittel produziert die jugoslawische pharmazeutische Industrie selbst, chemische in Form von Tabletten, Pomaden und Gelees wie Nonagel®, Antibion®, Patent-ex® und Genotan®, mechanische vom Typ des holländischen Vaginaldiaphragma-Genofragma® und die Präservative Ris-Silver® und Ris-Silver-R®. Auch oral wirksame Antikonzeptiva wie Anovlar® und Lyndiol® stellt man in Jugoslawien in Lizenz her. Durch Vermittlung der Welt-Union der lutherischen Kirchen und des Internationalen und Jugoslawischen Roten Kreuzes konnten zudem in den letzten Jahren einige Hunderttausend Flaschen des empfängnisverhütenden Schaumes Emco® ausgegeben werden. Seit kurzem verwendet man schließlich auch intrauterin zu applizierende Spiralen sowie bestimmte Zervikal-kappen.

In allen großen Geburtshilflich-Gynäkologischen Instituten werden Antikonzeptiva jugoslawischer und ausländischer Provenienz geprüft. Selbstverständlich handeln jugoslawische Fachzeitschriften in zahlreichen Beiträgen das Thema der Geburtenregelung ab; auf Gynäkologen-Kongressen ist es oft vertreten. Im Rahmen der permanenten Konferenz für die soziale Aktivität der Frauen Jugoslawiens wurden einige Versammlungen auf bundesstaatlicher wie regionaler Ebene abgehalten und dabei die mannigfaltigen Aspekte der Familienplanung und der Bekämpfung der Abtreibung beleuchtet.

Der Vollständigkeit halber seien einige Worte zu unserer Haltung gegenüber der Sterilisation erwähnt. Der Gesetzgeber hat dazu nicht ausdrücklich Stellung genommen; vermutlich wird sich daran in absehbarer Zeit auch nichts ändern (F. N o v a k u. a.). Nach Auffassung der Gynäkologen sowie auf Grund juristischer Praktiken jedoch begibt sich der Arzt, der eine Sterilisation vornimmt, in das Grenzgebiet der Illegalität. Die ethischen Grundsätze des einzelnen Arztes geben

beim Entschluß zur Sterilisation den Ausschlag, er allein trägt dafür die Verantwortung. Was die medizinische Indikation zur Unfruchtbarmachung angeht, befolgen die meisten jugoslawischen Gynäkologen die Richtlinien von J. P. Greenhill (1960) oder von A. E. Guttmacher (1962).

Groß sind die Anstrengungen und bedeutend die Mittel, um die Familienplanung in Jugoslawien zur Realität werden zu lassen, d. h. die Schwangerschaftsunterbrechung schrittweise durch die verschiedenen Methoden der Schwangerschaftsverhütung zu ersetzen. Daß dieses Ziel bereits erreicht ist, kann allerdings niemand behaupten. Man vergesse nicht, daß jahrtausende lang in der Interruption das übliche, ja das einzige Mittel zur Verfügung stand, die Nachkommenschaft zahlenmäßig in Grenzen zu halten. Innerhalb von wenigen Jahren oder Jahrzehnten in Intimsphären des Individuum und der Familie alteingewurzelte Anschauungen radikal umzuwerfen, ist nahezu unmöglich. Zudem machen die historische Entwicklung — Perioden der Türken- und sonstiger Fremdherrschaft — sowie der unterschiedliche kulturelle und wirtschaftliche Entwicklungsstand die Umerziehung eines großen Teiles besonders unserer Männer in ihrer Haltung gegenüber der Frau und in ihrem Verantwortungsbewußtsein gegenüber der Familie und Gesellschaft notwendig. Wer daher mit einem spektakulären Erfolg unserer Maßnahmen innerhalb kurzer Frist rechnet, wird wohl enttäuscht werden.

Fest steht jedoch, daß die in Jugoslawien ehemals endemische Abtreibungsepidemie zum Stehen gebracht worden ist, und daß in einigen Landesteilen wie Slowenien, Teilen Serbiens, der Woiwodina und Kroatiens sogar die legalen Unterbrechungen im Rückgang begriffen sind, ganz zu schweigen von den illegalen. Dies ist im wesentlichen der Familienplanung auf der Basis der Geburtenregelung zu verdanken und nicht etwa Verwaltungsmaßnahmen wie einer intensiven Verfolgung illegaler Abtreibungen oder der Anlegung eines strengeren Maßstabes durch die Kommissionen. Bewiesen wird diese Auffassung durch die Geburtenzunahme während der Jahre 1965 und 1966 in Gebieten, die früher die niedrigste Geburtenrate und die höchsten Abortusquoten aufwiesen (Kroatien, Slowenien, Woiwodina). So erfreulich all das ist, mit dem Erreichten geben wir uns jedoch keineswegs zufrieden. Entsprechend unserer Auffassung, daß die Unterbrechung ein Phänomen soziologisch-ökonomischer Natur ist, können wir nur durch weitere Propagierung und Praktizierung der Verhütungsmethoden vorankommen.

Wahrscheinlich macht das Problem der Geburtenregelung auf dem Wege zu einer Lösung in anderen Ländern — mutatis mutandis — ähnliche Entwicklungsphasen durch wie bei uns:

In der ersten Phase überwiegen die illegalen Schwangerschaftsunterbrechungen. Graphisch beschreibt die Kurve der Abortus eine stetige Aufwärtsbewegung. Antikonzeption wird nicht planmäßig, sondern allenfalls sporadisch betrieben, in nicht nennenswertem Ausmaß, vorwiegend in städtischem Milieu. Juristisch wäre von der Periode der absoluten Intoleranz der Abortus zu sprechen.

In der zweiten Phase tritt bei unveränderter Frequenz der Interruptionen eine Verschiebung in dem Sinne ein, daß die legalen Unterbrechungen nach und nach auf Kosten der illegalen das Übergewicht gewinnen. Graphisch verläuft die Abortuskurve ziemlich horizontal, die Ordinaten liegen noch sehr hoch. Die Organisation einer Antikonzeption auf breiter Basis ist im Aufbau begriffen, von ihrer Wirksamkeit ist bisher nicht viel zu spüren. Juristisch ist die Phase der Toleranz und der Liberalisierung der Abortus erreicht. An diesem Punkt befindet sich derzeit der größte Teil unseres Landes.

In der dritten Phase überwiegen die legalen Unterbrechungen weiterhin, jetzt werden aber die Folgen der geburtenregelnden Maßnahmen erkennbar: die Gesamtfrequenz der Abortus nimmt ab, wie die Graphik zeigt. So weit fortgeschritten sind bei uns gegenwärtig Teile Sloweniens, Serbiens und der Woiwodina.

In der vierten Phase wird in großem Maßstab Antikonzeption praktiziert, legale wie illegale Unterbrechungen gehen weiter zurück, wobei letztere

nahezu vollständig schwinden. Graphisch beschreibt die Kurve der Abortus einen niedrigen Verlauf mit fallender Tendenz.

Welche Frist die einzelnen Phasen in einem gegebenen Gebiet beanspruchen, ist schwer vorauszusagen; zahlreich sind die dabei intervenierenden Faktoren, wie wir gesehen haben. Unter Umständen kann sie sehr kurz sein, aber durchlaufen werden die einzelnen Phasen stets, und nachweisbar sind sie in jedem Fall, ihre Analyse erweist sich wissenschaftlich wie praktisch als außerordentlich fruchtbar und wichtig.

Nicht unerwähnt soll bleiben, daß zur Geburtenregelung natürlich außer den auf eine Einschränkung des Nachwuchses abzielenden Maßnahmen auch jene gehören, welche die Empfängnismöglichkeiten einer Ehe zu fördern trachten, vor allem also die Diagnose und Therapie der Sterilität.

Eng verwoben ist die Familienplanung mit der allgemeinen biologischen und soziologisch-ökonomischen Dynamik der heutigen jugoslawischen Gesellschaft. Die Ärzteschaft kann daher den Kampf gegen die Schwangerschaftsunterbrechung niemals allein zu einem siegreichen Ende führen, sie bedarf vielmehr der tatkräftigen Unterstützung seitens der sozialen und politischen Organisationen. Nur dann sind optimale Bedingungen gewährleistet, nur dann wird der Arzt, insbesondere der Gynäkologe, seiner verantwortungsvollen Mission auf diesem Felde der Gesundheitsfürsorge gerecht werden.

### Zusammenfassung

Bericht über Hauptcharakteristika des gegenwärtigen Standes und prinzipielle Standpunkte im Kampfe gegen Abortusendemie in Jugoslawien, sowie über die grundlegenden Prinzipien der Familienplanung in Jugoslawien. Außerdem werden einige Angaben über verschiedene Abortuskategorien, Zusammenhänge zwischen Natalität, Geburtenzahl sowie Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen in verschiedenen Ländern oder Gebieten Jugoslawiens analysiert. Eine retrospektive Analyse und Einteilung der ethisch-juristischen Entwicklung zur Auffassung der Abortus und Schwangerschaftsverhütung in Jugoslawien wurde dargestellt.

### Schrifttum

- Berić, B., *Prev. med.* **7** (1964) 505; *IX. Gin. ak. ned. SLD* **45** (1965) 181; *Glas. zav. zdrav. zas.* **9** (1965) 19; *Gin. opst.* **2/3** (1966) 132; *Gynec. prat.*, **1** (1966) 71. — Greenhill, J. P., *Obstetrics*. XII Edit., Philadelphia 1960. — Guttmacher, A. F., *Seminar on Surgical Methods of Birth Control*. Bombay 1962. — Mehlan, K.-H., *Internationale Abortussituation, Abortusbekämpfung, Antikonzeption*. Leipzig 1961. — Mojić, A., *Higijena*, Beograd **10** (1958) 177; *Gin. opst.* **3/4** (1961) 65; *Prev. med.* **7** (1964) 306. — Mojic, A., und D. Kokić, *Gin. opst.* **2/3** (1966) 119. — Muller, C., und I. D. Stucki, *Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung*. Berlin 1964. — Novak, F., und Mitarb., *V. Kongr. gin. opst. Jugoslavije*, 1,5, Sarajevo 1964. — Simeunovic, V., *Stanovnistvo Jugoslavije i socijalističkih republika*, 1921—1963, *Savezni zav. stat.*, Beograd 1964. — Vidaković, S., *Liječn vjesn.*, Zagreb **11** (1964) 580. — Wright, H., *Contraceptive Technique*, II Edit., London 1959.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. B. M. BeriĆ, Novi Beograd/Jugoslawien, Radja Dakica 8