

IPPF EUROPA

Regionale Informationen

Jahrgang 7 Nr. 1, Januar 1978

Treffen des Zentralausschusses und Treffen der Mitgliederversammlung der IPPF

Ein kaltes, zwischenzeitlich sonniges, graues, feuchtes, aber schönes Edinburgh, Schottland, war der Schauplatz von Treffen, die man als das Ende einer Ära der IPPF und, unter der neuen Satzung, als den Beginn einer IPPF neuen Zuschnitts bezeichnen könnte.

Am Donnerstag, dem 8. November 1977 fand, nach 17 Jahren mit halbjährlich stattfindenden Sitzungen als verantwortlicher Ausschuss für Angelegenheiten der allgemeinen Politik und der laufenden Programme zwischen den alle zwei Jahre stattfindenden Treffen des Vorstandes, die letzte Sitzung des Verwaltungs- und Planungsausschusses (M&P) statt. Als ausscheidender Vorsitzender mußte ich die Sitzung unter einem traurigen Vorzeichen eröffnen und den vorzeitigen Tod von Joyce Johns im Oktober bekanntgeben, Konferenzbeauftragten im Zentralbüro, die der Föderation 18 Jahre lang gedient hatte. Auf dieser Sitzung und auf der folgenden Sitzung des Zentralrats (CC) wurde ihrer aufopfernden Tätigkeit Anerkennung gezollt. Viele Themen standen auf den Tagesordnungen sowohl des M&P als auch des CC oder wurden letzterem, über meinen Bericht als Vorsitzender des M&P, zur formalen Billigung oder Empfehlung zugeleitet, und so werde ich beider Tätigkeit im ersten Teil meines Berichtes abhandeln.

1. Treffen des Verwaltungs- und Planungsausschusses (8. November) und des Zentralrats (9./10. November)
Der Vertreter der Region Europa (ER)

In dieser Ausgabe

- Treffen des Zentralausschusses und Treffen der Mitgliederversammlung der IPPF von *Denys Fairweather*
- Orale Kontrazeptiva Mortalität, von *Philip Kestelman*
- Empfängnisregelung zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der Periode der Gebärfähigkeit in Dänemark, von *Jørgen Wiese*
- Ernennung des neuen IPPF-Generalsekretärs
- 20. Jahrestag des Bestehens der polnischen FPG
- Beilage zum legalen Schwangerschaftsabbruch in Europa

im M&P war Sten Heckscher. Jürgen Heinrichs nahm als Stellvertretender Vorsitzender des Budget- und Finanzausschusses teil. Auf der Sitzung des CC, die von William Wamalwa (Afrika) geleitet wurde, waren Lykke Aresin, Albino Aroso, Mikołaj Kozakiewicz und ich zusammen mit den vorher genannten, die sechs Vertreter der ER. Über folgende Hauptthemen wurde diskutiert und entschieden:

- *Ethische Probleme bei der Familienplanung.* Die ER-Resolutionen, die die Methode der Verbreitung von Broschüren wie der von Dr. Sai zum Thema beklagten und Bedenken gegen den Inhalt anmeldeten, wurden zur Kenntnis genommen und diskutiert. Die Maßnahmen der Generalsekretärin bei der Verbreitung der Broschüre wurden gebilligt. Die Mitgliederorganisationen wurden aufgefordert, die Probleme weiter zu prüfen, und gebeten, ihre Ansichten und Kommentare bis September 1978 mitzuteilen.
- *Leistungsfähigkeit der Ausschüsse.* Der CC billigte die vom M&P empfohlene Maßnahme, den Zentralen Exekutivsausschuß (CEC)

anzuweisen, im Laufe des nächsten Jahres eine Einschätzung der Wirksamkeit der Tätigkeit der drei ständigen zentralen Ausschüsse vorzunehmen und zu prüfen, wie die Arbeitsbeziehungen zwischen zentralen und regionalen Ausschüssen verbessert werden können. Er forderte ferner die Regionalräte auf, eine Einschätzung des Regionalrats, des Regionalen Exekutivsausschusses und der ständigen Regionalausschüsse vorzunehmen.

- *Testen von Spermiziden.* Der CC leistete einem juristischen Rat über die rechtliche Verantwortlichkeit der IPPF hinsichtlich Berichten, die von der IPPF herausgegeben werden, Folge und billigte die Entscheidung des M&P, daß die IPPF eine Verwendung ihres Namens zur Empfehlung oder Anpreisung irgendeines Kontrazeptivums, oder bei der Werbung für Kontrazeptiva nicht gestatten sollte. Der Zentralausschuß für medizinische Fragen wurde gebeten, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob die IPPF auch weiterhin Spermizide testen sollte, und dem CEC darüber zu berichten. Man war sich außerdem darüber einig, daß die IPPF ihren Namen von dem sogenannten IPPF Agreed Test for Total Spermicidal Power (1965) zurückziehen sollte, da dieser Test sehr bekannt sei, anderen Organisationen zur Verfügung stehe und auf eine Empfehlung der IPPF schließen lassen könne.

- *Durchführung der Beschlüsse des Vorstandes zur Frage des Gesamtsekretariats.* Ein Zwischenbericht, der Vorschläge zur Personalpolitik hinsichtlich der Gehälter für das Sekretariat enthielt, wurde sowohl im M&P als auch im CC ausführlich diskutiert. Eine Resolution der Region Ost- und Südostasien wurde am ausführlichsten besprochen, wobei die immer noch bestehende Unruhe und Unsicherheit der Regionen darüber zum Ausdruck kam, welche Konsequenzen ein Gesamtsekretariat haben würde, besonders für die Befugnisse der freiwilligen Mitarbeiter gegenüber dem GS bei der Ernennung von Mitarbeitern und für die Rolle und

die Kompetenzen der Regionalen Exekutivausschüsse. Der CC kam schließlich überein, ein zusammenfassendes Positionspapier vom GS zu Fragen der Struktur des Mitarbeiterstabes, der Delegation von Verantwortung und des Ausmaßes der Mitbestimmung der freiwilligen Mitarbeiter bei Personalfragen anzufordern, das dem Treffen des CEC im Frühling vorgelegt werden sollte. Der CC bestätigte dann die durch den M&P erfolgte Billigung modifizierter Empfehlungen hinsichtlich der Bezahlungspolitik für das Sekretariat, die in einem Bericht eines Unilever-Beraters ausgeführt worden waren, und beschloß, daß sie „nach erforderlicher weiterer Überprüfung“ von August 1978 an durchgeführt werden sollte. Grundsätzlich ist eine neue Bezahlungsstruktur deshalb erforderlich, weil die IPPF-Gehälter weit hinter vergleichbare internationale Maßstäbe zurückgefallen sind. Gleichzeitig hofft man, innerhalb der IPPF größere Einheitlichkeit zu erreichen, so daß gleiche Verantwortung auch gleiche Bezahlung nach sich zieht.

- **Arbeitsprogramm 1977.** Dem M&P wurde ein Bericht über Fortschritte bei der Durchführung der Programme für 1977 vorgelegt. Diese waren auch Gegenstand der dem CC vorgelegten Regionalen Berichte über die wichtigsten Ereignisse. Der M&P beauftragte die GS, in Abstimmung mit den Regionalen Direktoren zu prüfen, wie die Auswahl und Einstellung von hauptamtlichen Mitarbeitern für die Mitgliederorganisationen verbessert werden könnte. Diese Angelegenheit wird im April 1978 vom CEC weiterbehandelt werden. Es wurde betont, daß zukünftig in den Berichten den Problemen und Schwierigkeiten, denen man im Verlauf der Programme begegnet, mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte und daß nicht nur Erfolge betont werden sollten.
- **Finanzielle Angelegenheiten.** Rufus Day, der ausscheidende Schatzmeister, legte dem CC seinen Bericht über das Treffen des Budget- und Finanzierungsausschusses (B&F) im September 1977 vor. Der Kassenbericht für 1976 wurde vorgelegt und gebilligt. Einige 17 Entschlüsse zu Angelegenheiten des Budgets, unter anderem Kriterien für die Zuweisung von Geldern, wurden ebenfalls gebilligt. Regelmäßige Überprüfungen der Rolle, des Programms, der Verwaltung und der Finanzen der Organisationen, die finanziell unterstützt werden, wurden vom CC ebenfalls gebilligt, um entscheiden zu können, ob und auf welcher Ebene Organisationen von der IPPF weiterhin finanziell unterstützt

werden sollten. Kurz gesagt sind die Finanzen der IPPF weiterhin gesund, wobei die im Jahre 1977 erwarteten Einkünfte einen Gesamtanstieg von beinahe 10% gegenüber den tatsächlichen Einkünften von 1976 bedeuten. Besorgniserregend bleibt jedoch die immer noch starke Unterschreitung des Budgets, was hauptsächlich daran liegt, daß Programme langsamer als geplant durchgeführt werden. Ein wichtiges Papier über die Bezahlung und den Status der freiwilligen Mitarbeiter, das der B&F vorbereitet hat, soll als Orientierungshilfe an alle Mitgliederorganisationen verteilt werden.

Als Rufus Day, der zuerst 1954 Schatzmeister geworden war, seinen Bericht beendet hatte, wurde seiner hingebungsvollen Arbeit Anerkennung gezollt. Ihm zu Ehren stiftete der CC den *Rufus Day-Preis*, ein Stipendium, das jährlich einem ausgewählten Kandidaten zum Studium der Verwaltung und Buchführung zukommen soll.

- **Ständige Zentralausschüsse.** Der CC erhielt Berichte von den Vorsitzenden der verschiedenen Ausschüsse:

Ausschuss für medizinische Fragen (CMC). Dr. Cummins berichtete über die Tagesordnung des letzten Treffens und bedauerte besonders, daß ein Beschluß gefaßt worden sei, auf dem Gebiet der Ausbildung der Mediziner nicht aktiv weiterzuarbeiten. Wie vom M&P verlangt, gab er auch eine kurze Stellungnahme der gegenwärtigen Position der IPPF im Hinblick auf Kommentare der englischen medizinischen Fachpresse über die Gefahren der Pille ab.

Ausschuß für Kommunikation (CCC). Jørgen Hornemann stellte in einem kurzen Bericht die Fortschritte des vergangenen Jahres dar und machte wiederum darauf aufmerksam, daß die freiwilligen Mitarbeiter vor Herausgabe neuer Veröffentlichungen immer noch nicht konsultiert würden. Dem CC wurde versichert, daß man zukünftig daraufhin arbeiten wolle, der M&P-Resolution von 1976 zu dieser Angelegenheit zu entsprechen. Es wurde auch über die Fortschritte und Vorschläge der *Arbeitsgruppe Sozialwissenschaften* berichtet, und der CC billigte, bis zur umfassenden Kenntnisnahme des Berichts des CCC, die Weiterführung der Arbeit unter den gegebenen Richtlinien.

Arbeitsgruppe Recht und Familienplanung. Mrs. Pilpel berichtete über die Tätigkeit dieser Arbeitsgruppe, darunter über das

Ergebnis eines gemeinsam mit dem CMC veranstalteten Treffens, auf dem eine Anzahl Resolutionen dem M&P vorgelegt und von diesem auch gebilligt wurden. Der CC unterstützte eine Empfehlung des M&P, daß die Arbeitsgruppe aufgefordert werden sollte, ihre Rolle, Funktion und Zusammensetzung kritisch zu überprüfen, wobei sie in Betracht ziehen sollte, daß es in der Welt verschiedene Rechtssysteme gibt, und wie sich das Rechtsprogramm der IPPF in den letzten Jahren entwickelt hat. Man kam überein, daß Professor Bouzidi, Vorsitzender der Regionalen Arbeitsgruppe für Rechtsfragen der MENA, anstelle von Professor Dib und Sr. Mario Coll Solares anstelle von Professor Moraes in die Arbeitsgruppe eintreten sollten.

Ein Bericht der *Arbeitsgruppe Biologische Wissenschaften* (Vorsitzender Sir Alan Parkes) wurde vorgelegt und gebilligt. Die drei medizinischen workshops 1977/78 finden über die Themen Laktation, Heranwachsende und Menopause und Klimakterium statt.

- **China.** Der herzliche Empfang und die offizielle Anerkennung der im September/Oktober 1977 nach China entsandten Abordnung der IPPF wurde bei Vorlage eines Zwischenberichts zur Kenntnis genommen, und man schlug vor, daß 1978 eine kleine Abordnung China besuchen sollte, um einige ausgewählte Aspekte des Geburtenplanungsprogramms gründlich zu studieren.
- **ER-Resolutionen an den CC aus dem Treffen des RC 1977.**
 - Unsere Forderung, der Mitgliederversammlung (MA) einen Vorschlag zu unterbreiten, wurde angenommen, über das Ergebnis wird unter der Tagesordnung der MA berichtet.
 - Der CC akzeptierte unseren Vorschlag, den Entwurf eines Dreijahresplans vorzubereiten und ihn unmittelbar nach jedem Treffen des CC, das in dem Jahr vor dem Treffen der MA stattfindet, an die Mitgliederorganisationen zu verteilen.
 - **Generalsekretärin.** Julia Henderson gab, was sie als ihren ersten und letzten Bericht an den CC bezeichnete (ihr Rücktritt ist für März 1978 geplant), und forderte eine Rückkehr zum alten Pioniergeist. Sie behandelte die Entwicklungen und wichtigsten Probleme ihrer siebenjährigen Amtszeit, so auch die Zunahme des Budgets der IPPF von \$14.430.000 im Jahre 1971 auf \$45.000.000 im Jahre 1978 und die Probleme der

Rechenschaftspflicht, die diese Tatsache aufwirft. Sie betonte die Notwendigkeit der Eigenständigkeit innerhalb des Systems der IPPF, indem sie zu bedenken gab, daß es heute sogar mehr finanziell unterstützte Organisationen als 1971 gebe. Sie schloß mit der Bemerkung, daß es zu früh sei, sich zu verabschieden, und kündigte an, daß sie die Absicht habe, sich nach ihrem Rücktritt als freiwillige Mitarbeiterin für die IPPF zu betätigen. Ihr Bericht bekam eine stehende Ovation, die vielleicht eher ein Tribut an ihre Persönlichkeit und Hingabe als eine Zustimmung zu dem Bericht bedeutete. Weitere Bekundungen des Dankes an die ausscheidende Generalsekretärin gab es am Ende des Treffens, als eine begeisterte Resolution einstimmig verabschiedet wurde.

– *Der neue Generalsekretär.* Nachdem Mr. Wamalwa über die nach Julia Henderson Rücktrittsentscheidung erfolgte Suche nach einem neuen Generalsekretär berichtet hatte, bevollmächtigte der CC die ehrenamtlichen Mitarbeiter, den Posten des SG der IPPF Mr. Carl Wahren aus Schweden anzutragen. (s.S. 8)

– *Neubesetzung der Ämter der IPPF.* Zum Abschluß der Mitgliederversammlung, nachdem der Präsident der IPPF gewählt worden war, trat der CC noch einmal zusammen, um seine Ämter neu zu besetzen. Die Ergebnisse waren wie folgt:–

- Vorsitzender: Mr. W. Wamalwa (Afrika)
 Schatzmeister: Mr. B. Boal (Westliche Hemisphäre)
 Stellvertr. Rev. H. Henri (Afrika)
 Vorsitzende: Professor D. V. I. Fairweather (Europa)
 Dr. C. C. Lee
 Professor C. Wendell-Smith (Ostund Süd Ost Asien und Ozeania)
 Miss S. Farman-Farmaian (Indischer Ozean)
 Dr. F. H. Ghali (Mittlerer Osten und Nordafrika)
 Mr. J. Dear) (Westliche Hemisphäre)
 Professor S.) (Westliche Hemisphäre)

2. Workshop der Mitgliederversammlung (11. November)

Dieser hatte den Charakter einer Einstimmung vor dem ersten Zusammentreten der Mitgliederversammlung(MA). Mrs. Avabai Wadia, Präsidentin der FPA Indiens, legte ihr Papier *Wer ist die IPPF?* vor, gab einen Rückblick auf die Geschichte der IPPF und ihre Geschicke

während der ersten beiden Jahrzehnte ihres Bestehens und schloß, vielleicht etwas unklug, mit einem Hinweis auf die gesunde Finanzlage der IPPF. Dieser finanzielle Gesichtspunkt gab dann auch Anlaß zu den meisten Fragen, die an die erste Gruppe von freiwilligen Mitarbeitern unter Vorsitz von Rufus Day gerichtet wurden, in welcher diejenigen, die lange für die Föderation tätig waren, vertreten waren. Es kam auch eine Diskussion über die Autonomie der einzelnen Organisationen auf.

Sodann legte die SG Ergebnisse der Unmet Needs Study vor, aus denen hervorging, daß immer noch mehr als 360 Millionen Frauen nicht vor Schwangerschaft geschützt sind. Ein Papier über die *IPPF und die internationale Gemeinschaft* hatte aufgezeigt, daß die FPGs zwischen 1967 und 1976 im Verhältnis schneller als andere Organisationen gewachsen sind. Die IPPF, so wurde behauptet, habe sich im Laufe der Jahre die Achtung als die erfahrenste internationale Familienplanungsorganisation erworben. Trotz der Tatsache, daß 95% der Weltbevölkerung in Ländern lebt, in denen es ein organisiertes Programm der Familienplanung gibt, und obwohl diese in der Theorie versorgt sein müßten, berichtete die SG, daß die Hälfte aller Paare in der Welt keine ausreichenden Kenntnisse über die Praxis der Familienplanung haben.

Die Diskussion über diese Papiere wurde auf eine zweite Gruppe ausgedehnt, diesmal jüngere freiwillige Mitarbeiter unter dem Vorsitz von Sten Heckscher. Es ergaben sich keine wesentlich neuen Gesichtspunkte; vielleicht mit Ausnahme der entscheidenden Bedeutung der Beziehungen zwischen den FPGs und den Regierungen, die manchmal schwierig und belastet sein könnten, wenn die FPGs ihrer Rolle als Aufpasser oder Neuerer wirklich nachkämen.

In der Schlußsitzung des Workshops, die die *Beteiligung der Gemeinde* zum Thema hatte, wurden fünf Projekte in verschiedenen Teilen der Welt beschrieben, die auf der Selbstbestimmung der Gemeinde beruhten. Sie reichten von Mutterclubs in Korea zu CBD-Programmen in Kolumbien, und Gemeindeentwicklungsprojekten in Indien und Ostjava. Die Diskussion drehte sich um die Gefahren der Verteilung der Pille ohne medizinische Überwachung, die angebliche Permissivität junger Menschen, die durch die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva gefördert würde, und einige andere Probleme, denen sich die FPGs bei ihrer Erziehungs- und Dienstleistungstätigkeit gegenüber sehen.

3. Mitgliederversammlung (12./13. November)

Delegierte aus 87 Ländern nahmen an dieser ersten Tagung der Versammlung aktiv teil. Es wurde umfassend und frei diskutiert, und ein bemerkenswerter Grundzug bestand darin, daß es während der Treffen keinerlei wirklich politisch belastete Gespräche gab. Folgende Hauptthemen standen auf der Tagesordnung und folgende Entscheidungen wurden getroffen:–

– *Ansprache des zurücktretenden Präsidenten.* Die Tagung wurde von Dr. Tamayo eröffnet, der den Vorsitz in der Versammlung führte, und am Ende seiner sechsjährigen Amtszeit als Präsident der IPPF eine Ansprache an die Delegierten richtete. Er betonte die Notwendigkeit von Aktivitäten, die neuernd wirken, und der Aufgabe der Föderation beim Austausch von Wissen auf Regionaler und nationaler Ebene. Abschließend wiederholte er, daß es auch weiterhin ein wesentlicher Bestandteil der Ziele der IPPF sei, „freiwillige Familienplanungsorganisationen zu fördern und zu stärken, und ihnen in Übereinstimmung mit den lokal bestehenden Bedingungen Handlungsfreiheit zuzubilligen.“

– *Ratifizierung von Zusätzen zur IPPF-Satzung und Verfahrensbestimmungen hinsichtlich der MA.* Vermeintlich eine Routineangelegenheit, brachte dies bald beträchtliche Erregung mit sich, als die Mitglieder eine der Kompetenzen und Pflichten der MA in Frage stellten, die sich offensichtlich auf die „*Ratifizierung von Zusätzen zur Satzung in der vom CC verabschiedeten Form*“ beschränkte. Ein Antrag, dies in „ratifizieren oder abändern und ratifizieren“ umzuwandeln, wurde knapp niedergestimmt (37 Stimmen dafür, 41 dagegen, und eine Enthaltung). Die Zusätze zur Satzung wurden dann mit einer Ausnahme einstimmig verabschiedet – nämlich als vorgeschlagen wurde, die Mitgliedschaft in der MA als für „einen Vertreter von jeder Mitgliederorganisation, *der ein freiwilliger Mitarbeiter sein soll*“ zu definieren. Nach längerer Diskussion wurde dieser Zusatz verabschiedet (66 Stimmen dafür, 9 dagegen, zwei Enthaltungen).

– *Mitgliedschaft in der IPPF.* Aus Togo, dem Jemen, der Arabischen Republik und Bahrain wurden neue assoziierte Mitglieder aufgenommen. Äthiopien, Sierra Leone und Bangladesh bekamen die Vollmitgliedschaft. Zuvor hatte der CC beschlossen, daß die Regierung von Swaziland ein angeschlossenes Mitglied sein sollte, und auch den Verzicht Venezuelas auf die Mitgliedschaft zur Kenntnis genommen.

– *Ernennung von Ehrenvorsitzende (Patron)*. Drei Pionierinnen aus den frühen Tagen der IPPF wurden zu Patrons ernannt – Senator Shidzue Kato (Japan) Mrs. Constance Goh Kok Kee (Singapur) und Dr. Helena Wright (UK).

– *Wahl eines neuen Präsidenten der IPPF*. Aus fünf Kandidaten wurde Mrs. Aziza Hussein (Ägypten) zur Präsidentin gewählt.

– *Entwurf des Dreijahresplans 1978–80*. Dieser wurde von der SG vorgestellt und ausführlich diskutiert, was in verschiedenen Zusätzen seinen Niederschlag fand. Die Ziele, modifiziert und in neuer Reihenfolge, lauten nun: –

Ziel I. Die IPPF wird ihre Bemühungen verstärken, um zu erreichen, daß ein stärkeres Gemeinschaftsbewußtsein erzielt wird, daß sich erheblich mehr Menschen an der Mission und der Tätigkeit der FPGs und der Föderation beteiligen und daß die Relevanz der Familienplanung für die Arbeit anderer Organisationen auf dem Gebiet der ökonomischen und sozialen Entwicklung, der Gesundheit und der Erziehung stärker als bisher erkannt wird.

Ziel II. Die IPPF wird ihre Bemühungen weiter verstärken, alle Regierungen, die bisher noch nicht die Verantwortung für die Bereitstellung von Informationen und Dienstleistungen der Familienplanung übernommen haben, dazu zu bringen, sich eine entsprechende Politik zu eigen zu machen und für ihre Durchführung Mittel flüssig zu machen.

Ziel III. Die IPPF wird ihren Einfluß auf alle Regierungen intensivieren, deren Politik und Budgetierung hinsichtlich der Familienplanung nicht angemessen sind, wirksame Schritte zu unternehmen, die den vollen Zugang zu Informationen und Dienstleistungen der Familienplanung sicherstellen.

Ziel IV. Die IPPF wird ihre Verwaltung durch zusätzliche Mitarbeiter und Weiterentwicklung der Organisation stärken, besonders ihre Fähigkeit, Ziele zu formulieren und zu erreichen, gemachte Erfahrungen objektiv auszuwerten und die so gewonnenen Informationen praktisch anzuwenden; ihre Geldmittel verantwortungsvoll zu verwalten und über ihre Verwendung zufriedenstellend Rechenschaft abzulegen.

Neben anderen in den Plan aufgenommenen Modifikationen wurde noch eine Klausel eingefügt, die Bemühungen fordert, die Verantwortung des Mannes für Familienplanung zu verstärken. Der

Versuch einiger Delegierter, aus dem Teil, der von der Bereitstellung von Dienstleistungen handelt, eine Klausel über freiwillige Sterilisierung zu streichen, wurde mit Mehrheit abgelehnt.

Es wurde auch einiges diskutiert, was in dem Plan fehlte, z.B. Probleme der Schwangerschaft bei Teenagern, aber da dieses und andere Themen im Verlauf der Debatte über die IPPF und ihre Zukunft umfassend diskutiert und kommentiert worden waren, hatte man das Gefühl, daß Wille und Absicht der Versammlung klar seien und daß der Dreijahresplan und die Diskussionen über die *Forward Look Study* hinsichtlich der Orientierung und Durchführung von Programmen einander ergänzen sollten. Der ergänzte Plan wurde dann von der Versammlung verabschiedet, mit Ausnahme eines Delegierten, der sich bei einer technischen Frage hinsichtlich des Gebrauchs eines englischen Textes der Stimme enthielt.

– *Die IPPF und ihre Zukunft – die „Forward Look Study“*. Das Dokument legte die Untersuchungsergebnisse der achtköpfigen Gruppe von ehrenamtlichen Mitarbeitern und zweier ranghöherer festangestellter Mitarbeiter dar, die den Koordinationsausschuß bildeten, in dessen Zuständigkeit die Durchführung der *Forward Look Study* gelegen hatte. Dieses Dokument war eine Synthese der Ergebnisse von Besuchen von Arbeitsgruppen, Fragebogen an die Mitgliederorganisationen und anderer Informationsquellen und stellte die persönlichen Ansichten und Einschätzungen dieser Gruppe dar.

Schon beim CC-Treffen war in Ansätzen darüber diskutiert worden, aber die hauptsächlichste Diskussion über den vorläufigen Teil „Schlußfolgerungen und Empfehlungen“ (Kapitel III des Dokuments) fand in der MA statt. Zu Beginn wurde gleich deutlich gemacht, daß das Dokument ein „Arbeitspapier“ und kein Richtliniendokument sei. Viele Probleme wurden angesprochen, unter anderem die Rolle des Mannes, Eheberatung, Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch (Adoption und Fürsorge für das Kind), Sexualerziehung, die sich ganz allgemein an die Öffentlichkeit (und nicht nur an die Jugend) wendet, und der Gebrauch von Kommunikationssystemen. Den FPGs wurde davon abgeraten, Dienstleistungen bereitzustellen, die angemessener von anderen Institutionen zur Verfügung gestellt werden sollten. Letzteres wurde besonders hinsichtlich der Behandlung

bei unsachgemäß ausgeführten Schwangerschaftsabbrüchen deutlich gemacht, worüber die Versammlung beschloß, daß eine solche nur „wenn anwendbar und wo notwendig“ ermöglicht werden sollte. Daß die IPPF fortfahren müsse, in einigen Ländern eine Veränderung der Rechtslage sowohl hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs als auch der Heraufsetzung des Heiratsalters anzustreben, wurde gleichfalls betont. Viele Delegierte wiesen darauf hin, daß die IPPF dazu beitragen müsse, die in vielen Entwicklungsländern gegebenen hohen Kindersterblichkeitsraten zu senken.

Bei der letzten Sitzung der MA legte der Resolutionsausschuß eine vierseitige Zusammenfassung der wichtigsten Punkte der Diskussion über das Dokument vor, zusammen mit einer Anzahl formaler Resolutionen über besondere Themen. Darunter waren unsachgemäßer Schwangerschaftsabbruch, Kriterien für die Vergabe von Geldern (wobei kulturelle, gesellschaftliche und religiöse Schwierigkeiten, denen sich die FPGs gegenüber sehen, berücksichtigt wurden) und die Benutzung der Massenmedien bei der Erziehungsarbeit. Die von der Region Europa vorgelegte Resolution wurde in eine neue Resolution aufgenommen, die sich mit der Unterstützung der FPGs beschäftigte und nunmehr lautete: „In Anerkennung der ersten drei Ziele der IPPF (wie sie im IPPF Act 1977 aufgeführt sind) erkennt und erklärt diese Mitgliederversammlung, daß die IPPF darauf abstellen sollte, diese Ziele durch die Unterstützung der nationalen Organisationen und als integralen Bestandteil eines Gesamtentwicklungsprozesses zu erreichen, der innerhalb des Rahmens des allgemeinen Fortschritts der betroffenen Gemeinschaften stattfinden sollte“. Nach einiger Diskussion wurde die Resolution mit großer Mehrheit verabschiedet.

Eine weitere Resolution, die sich mit der Bereitstellung von Familienplanung über FPGs befasste, wurde gleichfalls verabschiedet und stellte die Position der IPPF klar, wenn diese in einem Land über andere Körperschaften als die jeweilige FPG arbeitet; sie machte klar, daß „Wo eine FPG besteht, natürlicherweise deren Zustimmung zu einem solchen Arrangement erbeten wird, und es wird erwartet, daß diese den Kontakt zu jeder anderen Einrichtung bildet. Wenn die FPG dazu nicht bereit ist, so wird ihre Entscheidung respektiert werden, aber sie kann kein Vetorecht besitzen, wo bestimmte Arrangements die Überzeugung

regionaler und zentraler Organe widerspiegeln, daß die Ziele der Föderation gefördert und ihre Richtlinien eingehalten werden“.

Eine Resolution, die vorschreiben wollte, daß nichts im Namen der IPPF veröffentlicht werden sollte, ohne vorher von einem entsprechenden Ausschuß von freiwilligen Mitarbeitern gebilligt worden zu sein, fand keine Mehrheit, aber es wurde festgehalten, daß eine kürzlich erfolgte Empfehlung des CCC, die vom M&P gebilligt worden war, immer noch in Kraft sei, und daß beim CC-Treffen versichert worden war, daß ihr Folge geleistet würde.

Schließlich wurde, als man sich über das Dokument *IPPF and its Future* Gedanken machte, nach ausführlicher Diskussion folgende Resolution verabschiedet: „Nachdem diese Versammlung die Kommentare des CC zu dem Dokument erhalten hat; nachdem sie viele Punkte der Schlußfolgerungen und Empfehlungen diskutiert und bestimmte hierzu beigefügte Resolutionen verabschiedet hat; übergibt sie, in weitgehender Übereinstimmung mit diesen Schlußfolgerungen und Empfehlungen, ihren Kommentar dem CC zur weiteren Überlegung und Orientierung bei der Entwicklung von Richtlinien und Programmen“.

Des weiteren kam man überein, das Dokument in seiner jetzigen Form als IPPF-Arbeitspapier zu verwenden – wiederum eine Maßnahme, um sicherzustellen, daß sein tatsächlicher Status von jedem, der es künftig in die Hand bekommen sollte, klar erkannt würde. (Der Zentrale Exekutivausschuß kam später überein, daß jede Kopie einen Aufkleber tragen sollte, der besagt „Dies ist ein IPPF-Arbeitspapier und keine Darstellung der IPPF-Politik“.)

Die Sitzung schloß mit einer anerkennenden Resolution für Dr. Tamayo, die ihm für seine Bemühungen für die IPPF während seiner sechs Jahre als Präsident dankte.

Die Länge dieses Berichts deutet auf die Schwierigkeit hin, das Résumé einer Woche von Tagungen zu geben, aber ich hoffe, ich habe die wichtigsten Punkte angeführt. Meiner Meinung nach war diese erste Versammlung wirklich recht erfolgreich, und die Möglichkeit der Simultanübersetzung ins Französische und Spanische erlaubte die bestmögliche Beteiligung der Delegierten an den Diskussionen. Europa wurde gut vertreten, und viele Anschauungen der Europäer gingen in die getroffenen Entscheidungen ein.

Denys Fairweather
Präsident der Region Europa

Orale Kontrazeptiva Mortalität

Auf der Grundlage einer Fallstudie im Vereinigten Königreich wurde im Jahr 1968 von Inman und Vessey (1) das Mortalitätsrisiko aufgrund von pulmonaler, zerebraler oder coronaler Thrombo-Embolie bei Einnahme oraler Kontrazeptiva bei Frauen zwischen 20 und 34 Jahre auf 2,2 pro 100.000 Frauenjahre und auf 4,5 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen zwischen 35 und 44 Jahre geschätzt. Deshalb wurde das Mortalitätsrisiko aufgrund von Thrombo-Embolie bei Einnahme oraler Kontrazeptiva insgesamt auf ca. 3 pro 100.000 Frauenjahre geschätzt. Das Royal College of General Practitioners (RCGP) und die Family Planning Association/Oxford University begannen ebenfalls im Jahr 1968 mit Prospektivuntersuchungen bei Frauen im Vereinigten Königreich, die die Pille nahmen.

Das RCGP veröffentlichte im Mai 1974 den ersten Zwischenbericht über ihre Untersuchung über orale Kontrazeptiva, *Orale Kontrazeptiva und Gesundheit* (2). Das RCGP kam zum folgenden Schluß: „das Risiko zur jetzigen Zeit bei Einnahme der Pille ist so, dass eine gut informierte Frau es gerne eingehen würde“. In dem RCGP-Bericht wurde darüberhinaus festgestellt, daß „die Zahl der Todesfälle unter den Probandinnen so gering sei, daß keine Schlüsse über den möglichen Einfluß der oralen Kontrazeptiva gezogen werden könnten“.

In einem Brief an den *Lancet* nahm Beral (3) im Juni 1974 die Veröffentlichung der RCGP-Untersuchung über orale Kontrazeptiva als Grundlage, um die (unstandardisierten) Mortalitätsraten bei Pilleneinnahme, und bei nicht-einnehmenden Frauen, zu berechnen. Die erhöhte Mortalität bei Pilleneinnahme zeigt *Tabelle 1*. (Probandinnen, der RCGP-Untersuchung waren bei Untersuchungsbeginn gesünder als die Frauen der Kontrollgruppe, d.h. Frauen, die niemals orale Kontrazeptiva einnahmen.)

TABELLE 1: Mortalität bei Pilleneinnahme, nach Todesursachen (RCGP)

Todesursache	Erhöhte Mortalitätsrate bei Pilleneinnahme pro 100.000 Frauenjahre
INSGESAMT	+26
Kreislaufkrankungen	+17
Selbstmord	+11
Krebs	- 4
Schwangerschaft	- 5
Andere	+ 6

Beral räumte ein, daß die erhöhte Mortalität bei Pilleneinnahme Zufall sein könnte und daß das absolute Mortalitätsrisiko gering sei, jedoch bezweifelte sie, daß „eine gut informierte Frau es gerne eingehen würde“.

Auf der Grundlage einer retrospektiven Fallstudie über Todesfälle bei Frauen unter 50 Jahren in England und Wales im Jahr 1973, wurden im Mai 1975 von Mann und Inman (4) folgende Schätzwerte angegeben. Die erhöhte Mortalitätsrate aufgrund von Myocardialinfarkt bei Pilleneinnahme: 3,5 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen zwischen 30 und 39 Jahren und 43 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen zwischen 40 und 44 Jahre. Im August 1976 gaben Mann u.a. (5), auf der Grundlage weiterer Unterlagen, Neueinschätzungen des Mortalitätsrisikos aufgrund von Myocardialinfarkt bei Einnahme oraler Kontrazeptiva an und zwar: 20 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen zwischen 40 und 44 Jahren; 1,1 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen zwischen 20 und 34 Jahren; und 8,1 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen zwischen 35 und 44 Jahren. Dieses erhöhte Risiko bei Pilleneinnahme wurde in keinen Zusammenhang zwischen der Einnahme oraler Kontrazeptiva und erhöhtem Blutdruck oder Diabetes (beide spielen bei dem Auftreten von Myocardialinfarkt eine Rolle) gestellt.

Auf der Grundlage von Entwicklungen, die bei Einnahme oraler Kontrazeptiva und Mortalität bei Frauen zwischen 15 und 44 Jahren in 21 Ländern festgestellt wurden, berichtete Beral (6) im November 1976 über eine statistisch ausserordentlich signifikante Korrelation ($r = +0,67$) zwischen der geschätzten Prozentzahl der Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren, die die Pille nahmen (die von 0–27% zwischen Rumänien und Kanada reicht) in den Jahren 1971–2 und der Veränderung der nach dem Alter standardisierten Mortalitätsrate aufgrund von unrheumatischen Herzkranzgefäßerkrankungen zwischen 1961–2 und 1971–2. (In den Jahren 1961–2 betrug die Prozentzahl der Frauen zwischen 15 und 44 Jahren, die orale Kontrazeptiva einnahmen, in allen Ländern praktisch null.) Beral schätzte, dass sich die erhöhte Mortalitätsrate aufgrund von unrheumatischen Herzkranzgefäßerkrankungen, die auf die Pilleneinnahme zurückzuführen war, bei 20 pro 100.000 Frauenjahre lag; und sie stellte fest, dass in den Jahren 1971–2 die oralen Kontrazeptiva, die damals verschrieben wurden, nicht mehr als 0,05 mg

Östrogene enthielten.

Das RCGP veröffentlichte im Oktober 1977 Zahlen über Todesfälle in einer Studie über orale Kontrazeptiva zwischen 1968 und Juni 1976; Beral war Hauptautor (7). Die erhöhte Mortalität bei Pilleneinnahme zeigt *Tabelle 2* und zwar sind hier die Angaben über Alter, Kinderzahl, Schichtenzugehörigkeit und Rauchgewohnheiten standardisiert.

TABELLE 2: Mortalität bei Pilleneinnahme, nach Todesursachen, 1968–1976 (RCGP)

Todesursache	Erhöhte Mortalitätsrate bei Pilleneinnahme pro 100.000 Frauenjahre
INSGESAMT	+16
Kreislaufkrankungen	+20**
Unfälle & Gewaltwirkung	+ 7
Krebs	- 5
Schwangerschaft	- 2
Andere	- 5

**Statistisch signifikant ($P < 0,01$)

Die erhöhte Mortalitätsrate aufgrund von *Kreislaufkrankungen* bei Einnahme oraler Kontrazeptiva betrug 20 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen, die die Pille jemals einnahmen, 21 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen, die die Pille jetzt einnahmen, und 18 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen, die die Pille absetzten. Obwohl diese höheren Mortalitätsraten in allen Fällen statistisch signifikant waren ($P < 0,01$), kann die höhere Mortalitätsrate bei Frauen, die die Pille absetzten, dadurch erklärt werden, daß diese Frauen mit der Pilleneinnahme aufhörten, weil bei ihnen unangenehme Folgen festgestellt wurden.

Die nicht standardisierte erhöhte Mortalität aufgrund besonders von *Kreislaufkrankungen* bei Einnahme oraler Kontrazeptiva stieg mit *Alter* an, *Tabelle 3*.

TABELLE 3: Mortalität bei Pilleneinnahme, nach Alter (Jahre) und Todesursache (RCGP)

Todesursache	Erhöhte Mortalitätsrate bei Pilleneinnahme pro 100.000 Frauenjahre		
	Insgesamt	15–34	35–49
INSGESAMT	+14	+10	+30
Kreislaufkrankungen	+21	+ 5	+49*
keine Kreislaufkrankung	- 7	+ 5	-19

*Statistisch wahrscheinlich signifikant ($P < 0,05$)

Die erhöhte Mortalität aufgrund von *Kreislaufkrankungen* bei Pilleneinnahme stieg mit der *Zeitdauer der Einnahme* unabhängig vom Alter an. Unter den Frauen, die ohne Unterbrechung die Pille einnahmen, stieg die nach dem Alter standardisierte Mortalitätsrate aufgrund von *Kreislaufkrankungen* von 12 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen, die die Pille weniger als fünf Jahre nahmen, auf 45 pro 100.000 Frauenjahre bei Frauen die die Pille fünf Jahre oder länger einnahmen an. (Die lineare Entwicklung war statistisch signifikant: $P < 0,01$.)

Bei standardisierten Angaben über Alter, Kinderzahl und Schichtenzugehörigkeit, mußte festgestellt werden, daß *Rauchen* die erhöhte Mortalität aufgrund von *Kreislaufkrankungen* bei Pilleneinnahme beträchtlich steigert, *Tabelle 4*.

TABELLE 4: Mortalität bei Pilleneinnahme, nach Rauchgewohnheiten und Todesursache (RCGP)

Todesursache	Erhöhte Mortalitätsrate bei Pilleneinnahme pro 100.000 Frauenjahre	
	Nichtraucherinnen	Raucherinnen
INSGESAMT	14	19
Kreislaufkrankungen	11	31**

**Statistisch signifikant ($P < 0,01$)

Ebenfalls im Oktober 1977 berichteten Vessey u.a. (8) über die zwischen 1968 und April 1977 festgestellten Todesfälle bei Probandinnen der Oxford/Family Planning Association-Studie, die Frauen im Vereinigten Königreich vergleicht, die die Pille nehmen (56%) mit Frauen die entweder Pessare (25%) oder IUP (19%) benutzen. Die erhöhten Mortalitätsraten, Angaben über Alter, Kinderzahl, Schichtenzugehörigkeit und Rauchgewohnheiten wurden standardisiert, *Tabelle 5*.

TABELLE 5: Mortalität bei Pilleneinnahme, nach Todesursache (Oxford/Family Planning Association)

Todesursache	Erhöhte Mortalitätsrate bei Pilleneinnahme pro 100.000 Frauenjahre
INSGESAMT	+ 8
Kreislaufkrankungen	+14*
Unfälle u. Gewaltwirkung	- 3
Krebs	- 7
Andere	+ 4

*Statistisch wahrscheinlich signifikant ($P < 0,05$)

Die Gesamtmortalitätsrate bei Frauen, die von Anfang an entweder die Pille nahmen (50 pro 100.000 Frauenjahre) oder Pessar oder IUP benutzten (42 pro 100.000 Frauenjahre), war viel geringer als die nach dem Alter standardisierte Mortalitätsrate in England und Wales im Jahr 1973 (92 pro 100.000 Frauenjahre). Dieses Ergebnis stimmt mit der Studie der Oxford/FPA überein, deren Probandinnen gesünder als der Durchschnitt waren (z.B. hatten weniger Frauen Übergewicht und rauchten weniger) und gehörten vorwiegend höheren sozialen Schichten an.

Vessey u.a. (8) zogen den Schluß, daß die Mortalität aufgrund von *Kreislaufkrankungen* bei Einnahme oraler Kontrazeptiva im Vereinigten Königreich eine beträchtliche Größenordnung erreicht hat. Die Untersuchung des RCGP über orale Kontrazeptiva (7) stellt ebenfalls fest, daß die erhöhte Gesamtmortalitätsrate aufgrund besonders von *Kreislaufkrankungen* bei Pilleneinnahme substanziiell größer ist als man früher annahm. Diese Feststellung basiert lediglich auf die Todesursachen Thrombo-Embolie und Myocardialinfarkt.

Tatsächlich war die Mortalität aufgrund von *Kreislaufkrankungen* bei Einnahme oraler Kontrazeptiva (14–20 pro 100.000 Frauenjahre), die auf der Grundlage von zwei unabhängigen Prospektivuntersuchungen im Jahr 1977 festgestellt wurde, *fünf bis siebenmal größer* als die Mortalität aufgrund von Thrombo-Embolie (3 pro 100.000 Frauenjahre), einer Schätzung, die aufgrund einer im ganzen Land durchgeführten retrospektiven Fallstudie im Jahr 1968 erstellt wurde (1). Im Jahr 1968 wurden immer noch sehr oft orale Kontrazeptiva verschrieben, die mehr als 0,05 mg Östrogene enthielten.

Im Leitartikel des *Lancet* (9) zog man folgenden Schluß: „Wenig in der Ausgabe des *Lancet* von dieser Woche wird die Frauen, die der Meinung sind, daß orale Kontrazeptiva ein Segen sei und die das Risiko eines vorzeitigen Todes gering einschätzen, erschrecken“. In einem Brief vom 6. Oktober 1977 (10) an alle Ärzte im Vereinigten Königreich vertritt das Committee on Safety of Medicines die Meinung, daß „die Ergebnisse der gegenwärtigen Untersuchungen es nicht erforderlich machen, die Warnungen und Vorsichtsmaßnahmen für orale Kontrazeptiva zu verändern, jedoch sollte mit Nachdruck bei älteren Frauen, besonders wenn sie rauchen, auf das erhöhte Risiko aufmerksam gemacht werden“.

Unklar ist es, ob *Übergewicht* einen Risiko-Faktor darstellt. *Bluthochdruck* scheint ein Risiko-Faktor zu sein (8), obwohl wir immer noch nicht wissen, ob vorhergehender (oder durch Einnahme oraler Kontrazeptiva bedingter) Bluthochdruck das Mortalitätsrisiko bei Pilleneinnahme erhöht. Bei keiner der Prospektivuntersuchungen im Vereinigten Königreich wurden die *Blutgruppen* der Probandinnen, die die Pille nahmen, bestimmt. Jick *u.a.* (11) zeigten auf, daß Frauen, die die Pille nahmen und die Blutgruppe O hatten, *weniger* dazu neigten, an einer (nicht-tödlichen) venösen Thrombo-Embolie zu erkranken, als das bei Frauen mit den Blutgruppen A, B oder AB (bei einem Verhältnis von 1:3) der Fall ist.

Tabelle 6 vergleicht einige Mortalitätsrisiken bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, aufgestellt nach Alter und Todesursachen im Jahr 1974 in England und Wales (12). Die Gesamtmortalitätsrate aufgrund von Kreislaufkrankungen (24 pro 100.000 Frauenjahre) stimmt mit den Schätzungen der RCGP-Untersuchung über die Pilleneinnahme (26 pro 100.000 Frauenjahre) und Nicht-Einnahme (6 pro 100.000 Frauenjahre) überein. Diese Raten wurden bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren festgestellt, von denen die Hälfte jemals die Pille nahmen. (Ungefähr ein Viertel der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren nehmen jetzt orale Kontrazeptiva im Vereinigte Königreich.)

TABELLE 6: Mortalität bei Frauen, nach Alter (Jahre) und Todesursache: England und Wales, 1974

Todesursache	Mortalitätsrate pro 100.000 Frauen		
	15-49	15-34	35-49
INSGESAMT	113	46	218
Krebs	45	11	98
Kreislaufkrankungen (BEI PILLEN-EINNAHME)	24	5	54
Autounfälle	(14*)	(10)	(30)
Selbstmord	6	7	4
Andere Unfälle/Gewalteinwirkung	6	4	8
Schwangerschaft	6	5	9
Andere	1	1	0
	25	13	45

(*Raucherinnen: zusätzlich 27 pro 100.000 Frauenjahre)

Ich bin Dr Valerie Beral (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Medical Statistics) und Professor Martin Vessey (Oxford University Department of Social and Community Medicine) sehr dankbar für ihre Hilfe, die sie mir bei Erstellung dieses Artikels zuteil werden liessen.

ANMERKUNGEN

- Inman W. H. W. & Vessey M. P. (1968): "Investigation of Deaths from Pulmonary, Coronary, and Cerebral Thrombosis and Embolism in Women of Child-bearing Age": *British Medical Journal* 2, 193.
- Royal College of General Practitioners (1974): *Oral Contraceptives and Health*: Pitman Medical, London.
- Beral V. (1974): "Oral contraceptives and health": *Lancet* 2, 1280.
- Mann J. I. & Inman W. H. W. (1975): "Oral Contraceptives and Death from Myocardial Infarction": *British Medical Journal* 2, 245.
- Mann J. I. *et al* (1976): "Oral Contraceptive use in older women and fatal myocardial infarction": *British Medical Journal* 2, 445.
- Beral V. (1976): "Cardiovascular-disease mortality trends and oral-contraceptive uses in young women": *Lancet* 2, 1047.
- Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study (1977): "Mortality among oral-contraceptive users": *Lancet* 2, 727.
- Vessey M. P. *et al* (1977): "Mortality among women participating in the Oxford/Family Planning Association Contraceptive Study": *Lancet* 2, 731.
- Editorial (1977): "Mortality Associated with the Pill": *Lancet* 2, 747.
- Committee on Safety of Medicines (1977): Letter to physicians in U.K.: *Lancet* 2, 758.
- Jick H. *et al* (1969): "Venous thromboembolic disease and ABO blood type": *Lancet* 1, 539.
- Office of Population Censuses and Surveys (1977): *Mortality statistics - cause: England and Wales 1974 (Series DH2 no. 1)*.

Philip Kestelman, Regionalbüro IPPF Europa

Empfängnisregelung zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der Periode der Gebärfähigkeit in Dänemark

1955 gab es in Dänemark 77.000 Geburten und 5400 legale Schwangerschaftsabbrüche. Die Zahlen für Frauen über 40 Jahre lagen bei 2400, respektive 530. 1974, nach der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches während der ersten drei Monate auf Gesuch, zu einem Zeitpunkt, da Kenntnisse über wirksame Empfängnisregelung weit verbreitet waren, ist die Anzahl der Geburten auf 71.000 gefallen, während die Anzahl der legalen Schwangerschaftsabbrüche auf 21.000 gestiegen ist. Bei Frauen über 40 Jahren gab es 550 Geburten und 1650 Schwangerschaftsabbrüche. 1975 ist die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen über 40 auf 1730 gestiegen. Die hohe Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche im Vergleich zur Anzahl der Geburten legt die Annahme nahe, daß eine Schwangerschaft in dieser Altersgruppe zumeist ungewollt ist. Eine Schwangerschaft bei Frauen über 40 bringt mehr Komplikationen mit sich als bei jüngeren Frauen. Die perinatale Sterblichkeitsrate bei Frauen über 40 ist dreimal so hoch wie bei Frauen in den zwanzigern. Trotzdem bedienen sich in Dänemark die Hälfte der Frauen dieser Altersgruppe einer Verhütungsmethode, die die Frau anwendet, und von diesen bedient sich die Mehrheit der zyklischen Methode.

Diese Altersgruppe hat hinsichtlich einer Methode der Empfängnisregelung bestimmte Anforderungen, und hier werde ich nur die Methoden erwähnen, die ich für relevant halte.

Diaphragma und Spermizid können Frauen zu einem späteren Zeitpunkt ihrer fruchtbaren Periode empfohlen werden. Verschiedene Untersuchungen zeigen, daß die Wirksamkeit dieser Methode in dieser Altersgruppe hoch ist, mit Schwangerschaftsraten von 1-2 auf hundert Frauenjahre, und Weiterbenutzungsraten von 85% nach einem Jahr. Die Methode eignet sich besonders gut für Frauen über 40, und nach dem 45. Lebensjahr kann sich die Frau auf den Gebrauch eines Spermizids beschränken.

Ebenso kann die intrauterine Empfängnisregelung, besonders ein Kupfer-IUP, in dieser Altersgruppe die erste Wahl sein. Verschiedene

Untersuchungen zeigen, daß die Weiterverwendungsrate bei älteren Frauen höher als bei jüngeren ist, da auch die Ausstoßungsrate und die Entfernungsrage aufgrund von Blutungen oder Schmerzen bei Frauen über 40 Jahren niedriger ist als bei jüngeren Frauen. Das Risiko einer Infektion oder einer Schwangerschaft bei Benutzung eines IUPs ist in dieser Altersgruppe ebenfalls geringer, was in einer, im Vergleich zu jüngeren Frauen, geringeren Krankheitsrate bei älteren Frauen seinen Niederschlag findet.

Ein orales Kontrazeptivum sollte auf den ersten Blick für Frauen gegen Ende ihrer fruchtbaren Periode ideal sein. Es ist beinahe hundertprozentig wirksam, und eine Nachbehandlung sollte Beschwerden wie Blutungen unter Kontrolle bringen und beginnende menopausalen Schwierigkeiten abhelfen können. Dennoch nimmt die Weiterverwendungsrate bei oralen Kontrazeptiva mit zunehmendem Alter ab. Darüber hinaus deuten eine Anzahl von Untersuchungen darauf hin, daß die Gefahr thrombo-embolischer Krankheiten und die Mortalität bei Frauen, die die Pille nehmen, mit zunehmendem Alter erheblich ansteigt, so daß die Mortalität nach dem 40. Lebensjahr bei Frauen, die die Pille nehmen, weitaus höher ist als bei Frauen, die sich anderer Kontrazeptiva bedienen, und die mit Schwangerschaft und Geburt zusammenhängende Mortalität noch übersteigt. Im allgemeinen ist daher die orale Kontrazeption bei Frauen gegen Ende ihrer fruchtbaren Periode kontraindiziert.

Die Sterilisierung des Mannes oder der Frau sind Alternativen zum Gebrauch eines Diaphragmas oder IUPs, und gerade für diese Altersgruppe besonders geeignet. Bei der Sterilisierung, die irreversibel ist, ergeben sich sehr wenige Komplikationen.

Es ergibt sich, daß Diaphragma + Spermizid oder ein IUP, bzw. als Alternative die Sterilisierung, Frauen zwischen 40 und 45 Jahren zu empfehlen sind. Nach dem 45. Lebensjahr kann ein Spermizid empfohlen werden. Im allgemeinen sollte die Frau bis zu sechs Monaten nach Eintritt der Menopause, die in Dänemark ungefähr im Alter von 52 Jahren eintritt, ein Kontrazeptivum benutzen.

Jørgen Wiese, Randers

Ernennung des neuen Generalsekretärs der IPPF

Carl Wahren (Schweden) ist zum Generalsekretär der IPPF ernannt worden. Er nimmt seine Tätigkeit im April 1978 auf, wenn Julia Henderson, die seit 1970 Generalsekretärin ist, aus diesem Amt ausscheidet.

Carl Wahren ist 44 und gegenwärtig Direktor der Abteilung Bevölkerung, Gesundheit und Ernährung der Swedish International Development Authority (SIDA). Er gehört der SIDA seit 1962 an, wurde 1965 Leiter der Abteilung Familienplanung und Forschung und 1970 Leiter der Abteilung Bevölkerung.

1968 wurde Carl Wahren Hauptberater für das Bevölkerungsprogramm beim OECD-Entwicklungszentrum in Paris. Auf den Gebieten Familienplanung, Gesundheit, Bevölkerung und Entwicklung hat er eng mit der UN (besonders der WHO und der UNICEF) zusammengearbeitet, und ist Berater beim UN-Fonds für Bevölkerungsfragen gewesen.

Carl Wahren besitzt einen Doktorgrad für politische Wissenschaften der Universität Uppsala; er hat internationale Beziehungen in Los Angeles und Sozialwissenschaften in Paris studiert. Er lehrte sechs Jahre lang internationale Politik an den Universitäten Uppsala und Stockholm, und hat sich schriftlich und im Rundfunk ausführlich zur Bevölkerungspolitik und Entwicklungshilfe geäußert. Carl Wahren hat seine Regierung bei der jährlichen Überprüfung der Tätigkeit der IPPF durch die sie finanziell unterstützenden Regierungen vertreten (die schwedische Regierung hat 1965 als erste der IPPF finanzielle Unterstützung gewährt). Er war unabhängiger Berater einer Untersuchung der Rolle der IPPF in den nächsten 10–15 Jahren.

Carl Wahren ist verheiratet und hat zwei Kinder.

20. Jahrestag des Bestehens der polnischen FPG

Aus Anlaß ihres zwanzigjährigen Bestehens im November 1977 wurde der *Towarzystwo Planowania Rodziny* von der Regierung der Orden für nationale Erziehung verliehen. Der Regionale Exekutivausschuß, der in Warschau zusammentrat, wohnte einer Sitzung der TPR-Treffen bei und gratulierte der TPR zu ihren Leistungen zum Nutzen der polnischen Familie. Aus diesem Anlaß wurden den Mitgliedern des REC Exemplare des Sitzungsberichts* eines Seminars über *Familienplanung und Sexualerziehung in sozialistischen Ländern* überreicht, das von der TPR im Dezember 1976 organisiert worden war (siehe *Regionale Informationen* Januar 1977).

*Exemplare in Polnisch und Englisch können auf Anforderung von Towarzystwo Planowania Rodziny, Ul. Karowa 31, Warschau, bezogen werden.

ISSN 0309-0736

Internationale Föderation für Familienplanung
Europe Region
64 Sloane Street
London SW1X 9SJ

IPPF EUROPA

Regionale Informationen

Beilage

Jahrgang 7 Nr. 1, Januar 1978

Legaler Schwangerschaftsabbruch in Europa

ÖSTERREICH

Im Januar wurde der Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate, ausgeführt von einem Arzt nach einer obligatorischen Beratung, in Österreich legal. Schwangerschaftsabbruch ist ebenfalls legal aus medizinischen und eugenischen Gründen, und wenn die Frau bei der Empfängnis unter 14 Jahren alt war. Ärzte können aus Gewissensgründen einen Schwangerschaftsabbruch verweigern.

Hauptsächlich im westlichen Österreich (Salzburg, Tirol und Vorarlberg), wo die Christdemokraten (die österreichische Volkspartei) überwiegen, und in konfessionellen Krankenhäusern werden keine Schwangerschaftsabbrüche aus nicht-medizinischen Gründen ausgeführt. In anderen Gebieten (besonders in Kärnten und Niederösterreich) führen einige Krankenhausärzte, abhängig von der sozialen Lage der Frau, einen frühen Schwangerschaftsabbruch durch, aber sie weisen spätere Gesuche derselben Frau um einen Schwangerschaftsabbruch zurück.

In Wien, wo man am leichtesten einen Schwangerschaftsabbruch machen lassen kann, führen Privatärzte und Beratungsstellen den legalen Schwangerschaftsabbruch durch. Trotzdem sind Ärzte nicht dazu verpflichtet, ihre Schwangerschaftsabbrüche zu melden, und es liegen keine statistischen Daten vor.

Die Kosten eines legalen Schwangerschaftsabbruchs aus nicht-medizinischen Gründen werden nicht von der Krankenversicherung getragen. Die Preise variieren stark zwischen einzelnen Krankenhäusern und zwischen Privatärzten, was teilweise von der Art der bei dem Eingriff vorgenommenen Betäubung abhängt.

Korrespondent: Elizabeth Jager, Wien.

DÄNEMARK

Vor 1970 war der Schwangerschaftsabbruch in Dänemark bei Vorliegen bestimmter Indikationen (medizinischer, fötaler und juristischer) legal. 1970 wurde Schwangerschaftsabbruch legal für Frauen über 37 Jahre und bei solchen mit mehr als 3 Kindern. 1973 wurde das Recht auf Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate auf Gesuch, kostenlos ausgeführt in öffentlichen Krankenhäusern, für dänische Staatsangehörige über 17 Jahre gesetzlich geregelt (ausführlicher siehe Artikel in *Regionale Informationen* vom Oktober 1976).

Der Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche in Dänemark nahm zwischen 1968 und 1972 (durchschnittlich +21% p.a.) ständig zu. Zwischen 1972 und 1974 stieg der Prozentsatz rapide an (+37% p.a.), dagegen nur mäßig zwischen 1974 und 1976 (+3% p.a.), wie die folgende Tabelle zeigt:

Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche auf 1000 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren (Verhältnis auf 100 Geburten): Dänemark 1966-1976:

Jahr	Prozentsatz der Schwangerschaftsabbrüche	(Verhältnis)
1966	5,9	(7)
1967	6,4	(8)
1968	6,1	(8)
1969	7,3	(10)
1970	9,4	(13)
1971	11,1	(15)
1972	12,8	(17)
1973	16,2	(23)
1974	24,1	(35)
1975	26,9	(39)
1976	25,8	(41)

Korrespondent: Jørgen Hornemann, Kopenhagen.

FINNLAND

1950 wurde der Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen (unter Berücksichtigung der Lebensumstände), und aus eugenischen und juristischen Gründen in Finnland legalisiert. Zwei Ärzte bescheinigten die Erlaubnis für einen Schwangerschaftsabbruch, der von einem der beiden ausgeführt wurde. Bei Verweigerung konnte man sich an das Nationale Gesundheitsamt wenden.

Mitte der 60er Jahre lag die Anzahl der legalen Schwangerschaftsabbrüche bei 6000 p.a. (7 auf 100 Geburten), wobei es zwischen den verschiedenen Teilen des Landes große Unterschiede gab. Untersuchungen zeigten, daß zwischen Schwangerschaftsabbruch und städtischem Leben, einem hohen Einkommen, Erziehung und Zugang zu medizinischer Betreuung, einer hohen Scheidungsrate, einer niedrigen Quote von Sterilisation, und geringer Fruchtbarkeit eine Verbindung bestand. Die Haltung der Öffentlichkeit und der Mediziner begünstigte die Liberalisierung der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs.

Ein Regierungsausschuß wurde gebildet, um über eine Reform des Gesetzes über den Schwangerschaftsabbruch zu beraten. Die Komplikationen des illegalen Schwangerschaftsabbruchs blieben problematisch: die Häufigkeit der illegalen Schwangerschaftsabbrüche wurde auf 18.000-19.000 p.a. (24 auf 100 Geburten) geschätzt. 1969 revidierte das Parlament das Gesetz (gültig ab 1970), und erweiterte es dahingehend, den Schwangerschaftsabbruch aus sozialen Gründen zuzulassen, und es für Frauen unter 17 oder über 44 Jahren, für solche mit 4 oder mehr Kindern, und wo die elterlichen Fähigkeiten, für das Kind zu sorgen, begrenzt sind, gelten zu lassen.

Zwei Ärzte müssen einen Schwangerschaftsabbruch bescheinigen,

er muß innerhalb von 16 Wochen nach der letzten Menstruation ausgeführt werden. Ab der 17.–20. Woche seit der letzten Menstruation ist eine Genehmigung vom Nationalen Gesundheitsamt erforderlich, und von da ab ist ein Schwangerschaftsabbruch nur noch aus medizinischen und eugenischen Gründen legal. Das Nationale Gesundheitsamt sichert genügend Ärzte für die Bescheinigung, Krankenhauseinrichtungen, und die einheitliche Anwendung des Gesetzes im ganzen Land zu. Ärzte dürfen Gesuche um einen Schwangerschaftsabbruch nicht ohne ausreichende Gründe zurückweisen. Fast alle Gesuche werden jetzt bewilligt, und illegaler Schwangerschaftsabbruch ist selten. Nach dem Schwangerschaftsabbruch soll die Frau eine Beratung über Empfängnisverhütung erhalten.

1972 schrieb ein neues Gesetz über die Volksgesundheit den im Gesundheitswesen beschäftigten vor, in medizinischen Einrichtungen Beratungen über Empfängnisregelung durchzuführen. Das Einsetzen von Intrauterinpressaren und die anfängliche Versorgung mit oralen Kontrazeptiva sind kostenlos. Trotzdem sind die Gesundheitszentren praktisch nicht in der Lage, für jeden, der sie braucht, eine Beratung über Empfängnisverhütung durchzuführen. Einige Frauen müssen sich an ihren Hausarzt wenden, und selbst für ihre Kontrazeptiva bezahlen, ohne sie von der Krankenversicherung vergütet zu bekommen. Die Häufigkeit der legalen Schwangerschaftsabbrüche in Finnland ist unten aufgeführt:

Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche auf 1000 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren (Verhältnis auf 100 Geburten): Finnland 1966–1976:

Jahr	Prozentsatz der Schwangerschaftsabbrüche	(Verhältnis)
1966	5,1	(7)
1967	5,4	(7)
1968	6,0	(9)
1969	7,8	(12)
1970	14,6	(23)
1971	20,2	(34)
1972	21,4	(38)
1973	22,4	(41)
1974	21,7	(37)
1975	20,5	(32)
1976	18,7	(30)

Wie man sehen kann, war 1973, nach einer starken Zunahme der legalen Schwangerschaftsabbrüche zwischen 1970 und 1972, der Höchstwert erreicht. Seitdem nimmt die Häufigkeit

ständig ab. Auf der anderen Seite war auch die niedrigste Geburtenrate (12,2 auf 1000) im Jahre 1973 erreicht, die 1976 auf 14,2 auf 1000 angestiegen ist. (Die Zunahme der Geburten von 1973–76 war 2,8 mal so hoch wie die Abnahme der Schwangerschaftsabbrüche). Die niedrige Geburtenrate wird in Finnland als problematisch angesehen.

Es liegt jetzt im Parlament ein Gesetzesantrag vor, der das Gesetz liberalisieren soll, und der einen Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate (ohne die Schwierigkeiten der medizinischen Gutachten), und einen späteren Schwangerschaftsabbruch nur bei medizinischen und eugenischen Gründen erlaubt.

Obwohl die Sexualerziehung in finnischen Schulen nicht systematisch unterrichtet wird, ist die allgemeine Haltung zur Sexualität jetzt liberal genug, um sicherzustellen, daß umfassend über alle Methoden der Regelung der Fruchtbarkeit informiert wird. Von einem Ausschuß des Erziehungsministeriums, in dem Väestöliitto vertreten war, wurde systematischer Unterricht über menschliche Beziehungen in Schulen empfohlen. Mittlerweile können junge Leute in Schulen bei Krankenschwestern um Rat und Hilfe nachsuchen.

Korrespondenten: Tynne Martikainen und Juhani Toivonen, Helsinki.

FRANKREICH

Im Januar 1975 wurde der Schwangerschaftsabbruch auf Gesuch während der ersten drei Monate für französische Staatsangehörige legalisiert. Die Frau, die um einen Schwangerschaftsabbruch ersucht, muß zuerst einen Arzt konsultieren, der sie über die medizinischen Risiken für sie selbst und ihre zukünftigen Schwangerschaften informieren und ihr Informationsschriften über die Beihilfen für Mütter und Kinder, die Möglichkeit der Adoption sowie Adressen anerkannter Beratungsstellen aushändigen muß. Sie muß sich dann um entsprechenden Rat und Hilfe an eine solche Beratungsstelle wenden und erhält darüber eine Bescheinigung. Wenn sie dann ihr Gesuch um Schwangerschaftsabbruch aufrechterhält, muß sie es dem Arzt schriftlich vorlegen, der es erst nach Ablauf einer Woche nach Stellen des ersten Gesuchs annehmen kann.

Der Arzt kann dann den

Schwangerschaftsabbruch in einem öffentlichen Krankenhaus oder einer anerkannten Privatklinik ausführen. Andernfalls gibt er das Gesuch der Frau zur Vorlage bei dem von ihr gewählten Arzt an sie zurück, nebst einer Bescheinigung, daß er seine gesetzlichen Verpflichtungen erfüllt hat. Die Frau muß bei der Anstalt, bei der sie um Aufnahme ersucht, die Bescheinigung des Arztes, die der Beratungsstelle und ihre schriftliche Zustimmung vorlegen.

Aus Analysen und Statistiken des Institut National d'Etudes Demographiques (INED) geht hervor, daß 1976, dem ersten vollständigen Jahr unter dem neuen Gesetz, 133.926 legale Schwangerschaftsabbrüche gemeldet wurden, d.h. 12,5 auf 1000 Frauen im Alter von 15–44 Jahren (19 auf hundert Geburten). Der Prozentsatz der Schwangerschaftsabbrüche ist in den einzelnen Landesteilen sehr unterschiedlich: von 10 auf 100 Geburten in Lothringen und Nord, bis zu 43 auf 100 Geburten in Paris, wie die folgende Tabelle zeigt:

Verhältnis der legalen Schwangerschaftsabbrüche (auf 100 Geburten) in den einzelnen Gebieten: Frankreich 1976

Gebiet	Verhältnis der Schwangerschaftsabbrüche (% Geburten)
FRANKREICH	19
Paris (Stadt)	43
Languedoc Roussillon	27
Limousin	24
Poitou Charentes	21
Provence Côte d'Azur	
Alsace	
Centre	20
Rhône Alpes	
Basse Normandie	
Haute Normandie	19
Aquitaine	
Bretagne	
Franche Comté	
Auvergne	18
Bourgogne	
Paris (Bezirk ohne Stadt)	
Corse	16
Midi Pyrénées	
Pays de la Loire	
Champagne Ardenne	12
Picardie	
Nord	10
Lorraine	

Man sollte jedoch im Auge behalten, daß das Gesetz die Anzahl der in einer Anstalt vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche auf 25% der Gesamtzahl der Operationen beschränkt; die in Privatkliniken vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche, die über diesem Prozentsatz liegen, werden nicht gemeldet. Infolgedessen liegt die Gesamtzahl der 1976 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche erheblich unter der wirklichen Gesamtzahl und beträgt vielleicht nur ein Viertel derselben.

Diese Gesamtzahl war in den letzten Jahren mehr oder weniger konstant. Vor der Gesetzesänderung schätzte man die Zahlen auf 180.000 bis 2 Millionen, laut Untersuchungen entweder derer, die gegen, oder derer, die für eine Änderung des Gesetzes waren. Der einzige Unterschied besteht jetzt darin, daß der vormals illegale Schwangerschaftsabbruch seit 1975, wie vom Gesetz vorgeschrieben, weitgehend unter medizinischer Kontrolle steht, wengleich er nicht immer gemeldet wird. Fälle von unsachgemäßen Schwangerschaftsabbrüchen in Krankenhäusern gibt es praktisch nicht mehr.

Angesichts der weitverbreiteten Praxis des Schwangerschaftsabbruchs kann man zu Recht fragen, ob das Gesetz über die Empfängnisregelung von 1976 auch wirklich praktiziert wird. Der Einfluß sozio-ökonomischer Faktoren auf die Entscheidung von Paaren, ob sie Kinder haben wollen, ist vielleicht auch von Bedeutung.

Die Zahlen der in Frankreich lebenden Frauen, die zwischen 1969 und 1976 in England einen Schwangerschaftsabbruch hatten, waren wie folgt:

Legale Schwangerschaftsabbrüche in England bei Frauen aus Frankreich, 1969-1976

Jahr	Zahl
1969	471
1970	2.267
1971	11.986
1972	25.189
1973	35.293
1974	36.443
1975	14.809
1976	4.459

Zusätzlich schätzt man, daß 1975 9000 französische Frauen in den Niederlanden einen sachgemäß ausgeführten Schwangerschaftsabbruch hatten.

In dem vierwöchigen Zeitraum zwischen dem 10. Januar und dem 10. Februar 1977 untersuchte das *Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)* 4000 Gesuche auf Schwangerschaftsabbruch in 47

Départments. Etwas mehr als die Hälfte (52%) der Frauen waren 25 Jahre oder älter; 53% waren verheiratet; und zwei Drittel hatten Kinder. Über zwei Drittel (71%) lagen unter neun Wochen seit der letzten Menstruation; ein weiteres Viertel (25%) lagen bei neun bis zwölf Wochen seit der LM; wohingegen die restlichen vier Prozent bei 13 oder mehr Wochen seit der LM lagen (darunter nur ein Prozent über 16 Wochen seit der LM).

Weniger als die Hälfte (42%) der Frauen ließen den Schwangerschaftsabbruch in öffentlichen Krankenhäusern vornehmen, ein Drittel (33%) am Ort. Insgesamt hatten zwei Drittel (68%) der Frauen einen Schwangerschaftsabbruch am Ort, und 19% anderswo. Zusätzlich hatten 5% einen sachgerecht ausgeführten, illegalen Schwangerschaftsabbruch, während weitere 7% in den Niederlanden einen Schwangerschaftsabbruch hatten.

Nach dem Schwangerschaftsabbruch bekamen drei Viertel (75%) der Frauen orale Kontrazeptiva, 17% ein IUD, und 2% eine Ligation der Tuben verschrieben. Antibiotika wurden in zwei Drittel (64%) aller Fälle verschrieben. Auf Nachfrage erklärten 80% der Frauen, daß sie orale Kontrazeptiva nahmen.

Das *MFPF* verweist seine Klienten nur an relativ billige Einrichtungen, die ungefähr 500-700F (M.220-300) für einen Schwangerschaftsabbruch berechnen. Bestimmte Einrichtungen berechnen mehr als gesetzlich erlaubt und verlangen überzogene Honorare (eine Klinik in Südfrankreich führt Schwangerschaftsabbrüche für 4000F durch!).

Das *MFPF* befürwortet den ambulanten Schwangerschaftsabbruch durch die Absaugmethode während der ersten drei Monate, nach entsprechender Beratung und zu einem niedrigen Preis. Die Frau (und nicht in erster Linie der Arzt) sollte selbst in der Lage sein zu wählen, ob sie eine Betäubung haben möchte oder nicht. Mannigfaltige Schwierigkeiten behindern immer noch die Frau, die sich in Frankreich um einen legalen Schwangerschaftsabbruch bemüht: die gesetzlichen Erfordernisse allein sind entmutigend, ganz zu schweigen von dem demütigenden Verhalten manches Krankenhauspersonals und der quälenden Unsicherheit, die das Betreiben des Gesuches mit sich bringt.

Obwohl jetzt in Frankreich der Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate legal ist, ist er doch weit davon entfernt, auf Gesuch schon garantiert zu sein. Das *MFPF* tritt für das Recht der Frau ein, sich sowohl für Schwangerschaftsabbruch als auch für

Empfängnisregelung entscheiden zu können. (Ein Gesetz von 1920 verbietet immer noch das öffentliche Eintreten für Empfängnisregelung, und einfache Informationen sind keineswegs weitverbreitet).

Eine Änderung der Einstellung zu Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch wird es nur geben, wenn Schuldgefühle im Zusammenhang mit der Nichtachtung biologischer Gesetzmäßigkeiten überwunden werden, und die überbewertete soziale Funktion der Mutter ersetzt wird durch den Gedanken der elterlichen Funktion, die der Rolle der Männer und Frauen in allen sozialen Beziehungen gleiche Chancen einräumt. *Korrespondenten:* Daniel Comte, Grenoble, und Colette Mamy, Paris.

DEUTSCHE DEMOKRATISCHE REPUBLIK

Das Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch in der DDR wurde zum ersten Mal 1947 liberalisiert und 1950 neugefaßt: es waren relativ restriktive soziomedizinische Indikationen vorgeschrieben. Man nimmt an, daß die Häufigkeit des legalen Schwangerschaftsabbruchs (für das ganze Land sind keine Zahlen veröffentlicht) relativ niedrig geblieben ist (unter 1 auf 1000 Frauen im Alter von 15-44 Jahren, 3 auf 100 Geburten). In den späten sechziger Jahren begann die Häufigkeit der legalen Schwangerschaftsabbrüche zuzunehmen und erreichte ungefähr 7 auf 1000 Frauen im Alter von 15-44 Jahren (10 auf 100 Geburten), nachdem der Katalog der Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch 1965 erweitert wurde.

Im Spätjahr 1972 wurde der Schwangerschaftsabbruch auf Gesuch während der ersten drei Monate legalisiert. Die Häufigkeit der legalen Schwangerschaftsabbrüche nahm erheblich zu, hat jedoch seit 1973 wieder stetig abgenommen, wie die folgende Tabelle zeigt:

Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche auf tausend Frauen im Alter von 15-44 Jahren (Verhältnis auf hundert Geburten): DDR 1972-76.

Jahr	Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche	(Verhältnis)
1971	6,0	(9)
1972	33,1	(57)
1973	32,2	(62)
1974	28,8	(55)
1975	25,2	(49)
1976	22,0	(41)

Korrespondent: Karl-Heinz Mehlan, Rostock.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Im Juni 1974 legalisierte der deutsche Bundestag den Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate auf Gesuch (Fristenlösung). Die Angelegenheit wurde dem Bundesverfassungsgericht vorgelegt, dessen Gerichtsbeschuß im Februar 1975 bekanntgegeben wurde: die Fristenlösung sei verfassungswidrig. Demgemäß legalisierte der Bundestag im Mai 1976 den Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate aus juristischen, und schweren sozialen Gründen, und jeden Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen und eugenischen Gründen.

Abgesehen von einem aus medizinischen Gründen ausgeführten Schwangerschaftsabbruch muß die Frau sowohl medizinische als auch soziale Beratung von einem Arzt oder einer anerkannten Einrichtung erhalten. Der Arzt muß den Grund für den Schwangerschaftsabbruch bescheinigen, der dann von einem anderen Arzt in einer anerkannten Einrichtung ausgeführt werden kann, nachdem drei Tage verstrichen sind. Die verschiedenen Länder gebrauchen verschiedene Verfahrensregelungen. Einige Kreise (innerhalb der Länder) verbieten Schwangerschaftsabbrüche in den Krankenhäusern aus schweren sozialen Gründen, offenbar aus Gewissensgründen. (Konfessionelle Krankenhäuser führen sehr selten, wenn überhaupt, solche Schwangerschaftsabbrüche aus.) Es dürfte einfacher sein, sich eine Indikation zu verschaffen, als einen Schwangerschaftsabbruch in einem Krankenhaus.

In der zweiten Hälfte des Jahres 1976 wurden, laut dem Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 13.044 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet, und im ersten Halbjahr 1977 etwa 30.000 legale Schwangerschaftsabbrüche. (Diese Zahlen enthalten keine Schwangerschaftsabbrüche, die vor der 9. Woche seit der letzten Menstruation in Arztpraxen ausgeführt wurden.)

Demgemäß lag die Rate der legalen Schwangerschaftsabbrüche zwischen Juli 1976 und Juni 1977 bei 7 auf 100 Geburten. Zusätzlich hatten im ersten Halbjahr 1977 etwa 30.000 Frauen im Ausland einen sachgemäß ausgeführten Schwangerschaftsabbruch, die meisten in den Niederlanden (nur 1033 in England). Zwischen 1969 und 1976 wurden folgende Zahlen der in England an Frauen deutscher

Staatsangehörigkeit ausgeführten Schwangerschaftsabbrüche gemeldet:

Legale Schwangerschaftsabbrüche bei Deutschen Staatsangehörigen, England 1969-1976:

Jahr	Anzahl
1969	1.559
1970	3.621
1971	13.560
1972	17.531
1973	11.326
1974	5.991
1975	3.417
1976	2.376

Im zweiten Halbjahr 1976 wurden über die Hälfte (57%) der legalen Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik durch Kürettage ausgeführt, ein Drittel (33%) durch die Absaugmethode, und die restlichen 10% durch andere Methoden. Über drei Viertel (79%) der Schwangerschaftsabbrüche wurden aus ernsthaften sozialen Gründen verlangt, aber nur die Hälfte der Gesuche werden von Ärzten angenommen: weniger von Krankenhausärzten und Gynäkologen, aber um so öfter von Hausärzten. Im Ergebnis werden nur 45% der Schwangerschaftsabbrüche aus ernsthaften sozialen Gründen ausgeführt (51% im Jahre 1977), 38% aus medizinischen Gründen (33% im Jahre 1977), und 17% aus anderen Gründen (16% im Jahre 1977).

Der Bundesvorstand der Deutschen Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung (*Pro Familia*) stellte im Mai 1977 die schwere (und noch zunehmende) Belastung durch die Beratung bei Schwangerschaftsabbruch fest, die von den Büros der *Pro Familia* durchgeführt wird, und zwar mit ungenügender öffentlicher Unterstützung. Er beklagte, daß er ständig von seiner eigentlichen Aufgabe, der Verhinderung unerwünschter Schwangerschaften, die letztlich immer vorkämen, abgehalten würde, und er bemerkte, daß eine Beratung, die ausschließlich auf eine Fortsetzung der Schwangerschaft hinzielt, die Schuldgefühle der Frauen noch verstärkt, besonders im Hinblick auf die allgemein kinderfeindliche Haltung der modernen Gesellschaft. *Pro Familia* dringt darauf, daß die Gesellschaft die Bürde ihres eigenen Gesetzes selbst übernehmen soll, das eine unerträgliche Situation sowohl für *Pro Familia* als auch für die Frauen geschaffen hat, die sich um einen Schwangerschaftsabbruch im eigenen Land bemühen.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat einen Ausschuß ernannt, der Standpunkte zu vielen Aspekten des Problems einholen wird. Dieser Bericht wird gegen Ende 1978 erwartet.

Korrespondent: Margarete von Seckendorff, Frankfurt.

UNGARN

„Entwicklung der Familienplanung in Ungarn“ (*Regionale Informationen* Oktober 1977) beschrieb die allgemeine Situation in Ungarn. Es folgen genauere Details über den legalen Schwangerschaftsabbruch. 1956 wurde der Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate legal. Im Januar 1974 trat eine neue Bevölkerungspolitik in Kraft. (Anhang 2 in *Indizierter Schwangerschaftsabbruch und Familiengesundheit aus europäischer Sicht*: IPPF Europa, 1977.)

Für den Schwangerschaftsabbruch waren sozialmedizinische Indikationen vorgeschrieben: Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester ist für unverheiratete und verheiratete Frauen mit mindestens zwei Kindern auf Gesuch zu bekommen. Dies hatte zum Ergebnis, daß der Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche um die Hälfte abnahm. Dennoch werden nur selten Gesuche um einen Schwangerschaftsabbruch zurückgewiesen: weniger als 3% im Jahre 1976. Die Übersicht über das Vorkommen des legalen Schwangerschaftsabbruchs im Verlauf von 10 Jahren ist unten aufgeführt:

Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche auf 1000 Frauen im Alter von 15-44 Jahren (Verhältnis auf 100 Geburten): Ungarn 1966-76.

Jahr	Prozentsatz der Schwangerschaftsabbrüche	(Verhältnis)
1966	82,8	(134)
1967	83,1	(126)
1968	88,8	(130)
1969	90,6	(134)
1970	83,5	(126)
1971	81,1	(122)
1972	77,5	(117)
1973	73,4	(108)
1974	44,1	(55)
1975	41,4	(49)
1976	40,9	(51)

Zwischen 1971 und 1976 stieg die Geburtenrate um 21% (von 14,5 auf 17,5 auf 1000) an. Der Gebrauch effektiver Kontrazeption ist während der letzten Jahre sicherlich angestiegen.

Korrespondent: Péter Jozan, Budapest.

NORWEGEN

Der Schwangerschaftsabbruch in Norwegen wurde erstmals 1961 legalisiert, war aber bis 1964 nicht rechtswirksam. Der Schwangerschaftsabbruch wurde legal aus medizinischen Gründen, unter Einschluß des Geisteszustandes der Frau, wobei es aber bei der Anwendung zwischen den verschiedenen Teilen des Landes große Unterschiede gab. 1974 wurde der Gesetzesvorschlag der Regierung, den Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate auf Gesuch zu legalisieren, abgelehnt.

1975 wurden die Indikationen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch ausdrücklich dahingehend erweitert, daß nunmehr sozialmedizinische, juristische und eugenische Gründe miteinbezogen waren. Der Hauptschwerpunkt liegt nun darauf, wie sich die Gesamtsituation der Frau, die um einen Schwangerschaftsabbruch ersucht, darstellt. Seit den allgemeinen Wahlen im September 1977 ist die parlamentarische Mehrheit für den Schwangerschaftsabbruch auf Gesuch, der voraussichtlich in absehbarer Zeit legalisiert werden wird.

Zwischen 1965 und 1976 ist sowohl der Prozentsatz der bewilligten Gesuche als auch das Vorkommen der legalen Schwangerschaftsabbrüche (nur in öffentlichen Krankenhäusern ausgeführt) ständig angestiegen, wie man aus der folgenden Tabelle ersehen kann:

Prozentsatz der auf Gesuch bewilligten Schwangerschaftsabbrüche und der Prozentsatz auf 1000 Frauen im Alter von 15–44 Jahren (Verhältnis auf 100 Geburten): Norwegen 1965–1975:

Jahr	(%) bewilligte Gesuche	Prozentsatz der Schwangerschaftsabbrüche	(Verhältnis)
1965	73	4,8	(5)
1966	78	6,3	(7)
1967	81	7,1	(8)
1968	81	7,3	(8)
1969	84	8,9	(10)
1970	86	10,8	(12)
1971	89	14,1	(16)
1972	91	16,3	(19)
1973	93	18,2	(22)
1974	94	19,8	(25)
1975	95	19,7	(27)

(Die Zahlen der bewilligten Gesuche auf Schwangerschaftsabbruch sind annähernd die gleichen wie die der tatsächlich ausgeführten Schwangerschaftsabbrüche. Der Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche in Norwegen scheint sich auf unter 20 auf 1000 Frauen im Alter von 15–44 Jahren (30

auf 100 Geburten) stabilisiert zu haben. Es bleibt abzuwarten, wie sich weitere Gesetze auf die Situation auswirken.

Korrespondent: Kari Kromann, Oslo.

POLEN

1956 wurde der Schwangerschaftsabbruch in Polen bei medizinischen, juristischen und sozialen Indikationen (abgesehen von medizinischen Kontra-Indikationen) legalisiert. Das Gesundheitsministerium erließ Regelungen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach dem dritten Monat verbieten. Ein Schwangerschaftsabbruch kann ausgeführt werden in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, oder in privaten Ordinationen von autorisierten Ärzten (Gynäkologen, Geburtshelfern, Chirurgen, oder anderen speziell ausgebildeten Ärzten). Das Strafgesetz von 1969 bestraft den Schwangerschaftsabbruch gegen den Willen der Frau mit einer Gefängnisstrafe von 6 Monaten bis zu 8 Jahren, und den freiwilligen, aber illegalen Schwangerschaftsabbruch mit einer Gefängnisstrafe bis zu 3 Jahren.

In der Praxis überwiegt der Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate auf Gesuch. Fast alle (97–98%) Schwangerschaftsabbrüche in öffentlichen Krankenhäusern werden aus sozialen Indikationen ausgeführt. Darüber hinaus werden Schwangerschaftsabbrüche sowohl in öffentlichen, als auch in privaten ambulanten Einrichtungen ausgeführt. Man vermutet, daß nicht alle privat ausgeführten Schwangerschaftsabbrüche der Regierung gemeldet werden. Von Jahr zu Jahr ist der Prozentsatz der in ambulanten Einrichtungen ausgeführten gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche angestiegen, wie die folgende Tabelle zeigt:

Prozentsatz der ambulanten Schwangerschaftsabbrüche und Anzahl auf 1000 Frauen im Alter von 15–44 Jahren (Verhältnis auf 100 Geburten): Polen 1964–1975:

Jahr	Ambulante (%)	Prozentsatz der Schwangerschaftsabbrüche	(Verhältnis)
1964	19	26,2	(32)
1965	20	24,2	(31)
1966	19	22,3	(30)
1967	21	21,6	(30)
1968	21	21,0	(29)
1969	24	20,0	(28)
1970	26	19,9	(27)
1971	28	17,7	(24)
1972	35	17,8	(24)
1973	37	17,9	(23)
1974	39	18,3	(23)
1975	?	17,5	(22)

Eine Untersuchung, die 1973 in Polen durchgeführt wurde, ergab ein Vorkommen von 2% frühen und 29% späten Komplikationen nach einem legalen Schwangerschaftsabbruch. Im Falle der Unterbrechung der ersten Schwangerschaft liegt der Prozentsatz der spontanen Schwangerschaftsabbrüche danach bei 10–30%, im Falle der Austragung der ersten Schwangerschaft hingegen liegt der Prozentsatz erheblich niedriger. Die Römisch-Katholische Kirche hat vorgeschlagen, daß Erstschwangerschaften nicht mehr auf Gesuch unterbrochen werden sollten.

Korrespondent: Mikołaj Kozakiewicz, Warschau.

SCHWEDEN

In Schweden wurde der Schwangerschaftsabbruch erstmals 1938 legalisiert, und 1946 und 1963 leicht liberalisiert, bei medizinischen, eugenischen, sozialmedizinischen und juristischen Indikationen, mit der Billigung des National Board of Health and Welfare. 1965 bildete die Regierung einen Ausschuß über den Schwangerschaftsabbruch. 1971 sprach sich der Ausschuß für das Recht der Frauen aus, auf Gesuch einen Schwangerschaftsabbruch zu bekommen. Nach öffentlicher Diskussion billigte das Parlament 1974 eine neue Gesetzgebung.

Im Januar 1975 wurde der Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate für Frauen geltendes Recht. Zwischen der 13.–18. Woche seit der letzten Menstruation wird das Gesuch der Frau, außer im Falle von medizinischen Kontra-Indikationen, Angelegenheit einer Beratung, und im Falle einer Ablehnung nochmals durch den National Board of Health and Welfare überprüft. Ein Schwangerschaftsabbruch wird nur in öffentlichen Krankenhäusern für schwedische Staatsangehörige ausgeführt.

In den 50er Jahren blieb die Rate der legalen Schwangerschaftsabbrüche niedrig (unter 5 auf 1000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren), und nahm seit dem ständig ab (bis zu weniger als 2 auf 1000 1960–61). In den frühen 60er Jahren stieg die Rate leicht an. In den späten 60er und frühen 70er Jahren stieg der Prozentsatz rapide an, unberührt von der Gesetzesänderung von 1975:

Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche auf 1000 Frauen im Alter von 15–44 Jahren (Verhältnis auf 100 Geburten): Schweden 1966–76:

Jahr	Prozentsatz	(Verhältnis)
1966	4,7	(6)
1967	6,2	(8)
1968	7,0	(10)
1969	8,7	(13)
1970	10,0	(15)
1971	12,1	(17)
1972	14,5	(22)
1973	16,0	(24)
1974	18,5	(28)
1975	20,1	(31)
1976	20,1	(33)

Zwischen 1968 und 1975 stieg der Prozentsatz der Schwangerschaftsabbrüche während der ersten drei Monate von 43% auf 87% an. Während des gleichen Zeitabschnittes nahm der Prozentsatz der Schwangerschaftsabbrüche mit Sterilisation von 9% auf 1% ab. 1975 wurden 91% aller Schwangerschaftsabbrüche durch die Absaugmethode oder Kurettag ausgeführt. Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate kann in ambulanten Einrichtungen ausgeführt werden. Zwischen 1971 und 1976 stieg der Prozentsatz der legalen Schwangerschaftsabbrüche durch ambulante Behandlung von 16% auf 69% an.

Beratung über Verhütungsmittel und das Einsetzen sind kostenlos, Kontrazeptiva nur teilweise. Diaphragmen, Intrauterinpressare, und eine begrenzte Anzahl von Kondomen und Spermiziden sind kostenlos. Orale Kontrazeptiva kosten das gleiche wie andere Medikamente: bis zu Skr. 20 auf Rezept.

Die Regierung unterstützt Dienstleistungen der Empfängnisregelung mit einem Satz von Skr. 85 pro Arztbesuch, oder Skr. 42 pro Konsultation einer Hebamme (oder anderen). Hebammen sind dazu ausgebildet, Empfängnisregelung zu beraten, Intrauterinpressare einzusetzen, und orale Kontrazeptiva zu verschreiben (unter ärztlicher Aufsicht). Ab 1 Januar 1978 werden diese ausgebildete Hebammen als fähig, orale Kontrazeptiva zu verschreiben anerkannt.

Bis vor kurzem war die Sterilisation bei Männern illegal, während die Sterilisation bei Frauen nur bei medizinischen, eugenischen, und sozialmedizinischen Indikationen erlaubt war. Im Januar 1976 wurde die Sterilisation des Mannes und der Frau auf Gesuch zu Zwecken der Empfängnisregelung für schwedische Staatsangehörige im Alter von 25 Jahren

oder älter legalisiert. Bei solchen von 18–24 Jahren aus eugenischen Gründen (und, nur für Frauen, aus medizinischen Gründen) mit Billigung des National Board of Health and Welfare, aber für keinen unter 18 Jahren. Eine Beratung vor einer Sterilisation ist Pflicht.

Korrespondent: Kajsa Sundström, Stockholm.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Im VK (mit Ausnahme Nordirlands) wurde der Schwangerschaftsabbruch im April 1968 durch den Abortion Act von 1967 legalisiert. Zwei Ärzte müssen bescheinigen, daß die Fortsetzung der Schwangerschaft eine *größere* Gefahr für das Leben der Frau, oder für ihre Gesundheit oder die etwaiger Kinder (wobei ihre Umwelt in Betracht gezogen wird), mit sich bringen würde als ihre Vollendung; oder daß erhebliche Gefahr besteht, daß das Kind ernsthaft behindert sein wird. Da das Mortalitätsrisiko zumindest bei einem Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate geringer ist als das mit einer vollendeten Schwangerschaft verbundene, kann das Gesetz liberal ausgelegt werden. Praktisch wird die Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch zu bekommen, hauptsächlich durch die restriktive Haltung einiger Ärzte des National Health Service (NHS) eingeschränkt.

Die Prozentsätze der Schwangerschaftsabbrüche durch den NHS sind je nach Landesteil sehr unterschiedlich. Infolgedessen werden ungefähr die Hälfte der Schwangerschaftsabbrüche an Staatsbürgerinnen in privaten (nicht NHS-) Kliniken vorgenommen, unter anderem von dem nicht auf Profitbasis arbeitenden British Pregnancy Advisory Service und dem Pregnancy Advisory Service (in London). Zusätzlich werden alle Schwangerschaftsabbrüche an

Nicht-Staatsbürgerinnen in anderen als NHS- (hauptsächlich auf Profitbasis arbeitenden) Einrichtungen vorgenommen.

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche an Staatsbürgerinnen nahm zwischen 1968 und 1972 ständig zu, blieb zwischen 1972 und 1974 konstant (bei 110.000–120.000 pro Jahr) und nahm danach leicht ab. Vor dem Abortion Act von 1967 wurde als geschätzte Zahl der illegalen Schwangerschaftsabbrüche häufig 100.000 pro Jahr genannt. Die Anzahl der Strafverfolgungen wegen Schwangerschaftsabbruchs, Schwangerschaftsabbruchs in einem Krankenhaus mit nachfolgender Sepsis und Todesfällen infolge illegalen Schwangerschaftsabbruchs nahm zwischen 1968 und 1975 stark ab. Die Anzahl unsachgemäß vorgenommener Schwangerschaftsabbrüche hat wahrscheinlich noch stärker abgenommen.

1971 setzte die Regierung den Lane-Ausschuß ein, der die Auswirkungen des Abortion Act untersuchen sollte. 1974 kam der Lane-Ausschuß einstimmig zu dem Schluß: „Das Gesetz hat viele der Leiden des Individuums beseitigt. . . die durch das Gesetz gegebenen Vorteile haben alle Nachteile, für die es kritisiert worden ist, bei weitem ausgeglichen.“ Er befürwortete das Gesetz und empfahl politische, fachliche und pädagogische Lösungen für die im Zusammenhang mit seinen Auswirkungen festgestellten Probleme. Eine restriktive Gesetzgebung würde „das Maß menschlichen Leids und Unwohlseins vergrößern und wahrscheinlich mehr Frauen dazu bringen, die zweifelhafte und gefährliche Hilfe von Kurpfuschern zu suchen.“

Prozentsatz der an Nicht-Staatsbürgerinnen vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche, Prozentsatz der durch den NHS an Staatsbürgerinnen vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche, Quote der Schwangerschaftsabbrüche auf 1000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren (Verhältnis zu 100 Geburten) und Anzahl der Todesfälle infolge eines Schwangerschaftsabbruchs: England 1968–76.

Jahr	Nicht-Staatsbürgerinnen (%)	Staatsbürgerinnen: NHS (%)	Staatsbürgerinnen Schwangerschaftsabbrüche Quote (Verhältnis)	Todesfälle (% der Mütter)
1968	5	67	3,4 (4)	51 (24)
1969	8	69	5,2 (6)	38 (23)
1970	11	64	7,9 (9)	32 (20)
1971	24	59	9,8 (12)	29 (20)
1972	30	55	11,3 (15)	29 (23)
1973	32	53	11,4 (16)	14 (13)
1974	31	53	11,2 (17)	13 (13)
1975	22	51	10,9 (17)	8 (10)
1976	19	52	10,2 (17)	7 (8)

Desgleichen empfahl der Lane-Report den von der NHS ambulant vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate und die Vermeidung von Wartezeiten, die in weiten Teilen des Landes bei einer Behandlung durch den NHS festgestellt wurden. (Siehe auch *Regionale Informationen* 3, April 1974).

Ebenfalls 1974 wurde die Beratung des NHS über Empfängnisregelung und die Versorgung mit Kontrazeptiva kostenlos. Die Praxis der Empfängnisregelung durch die effektiveren Methoden nahm zwischen 1968 und 1975 zu:

Grob geschätzte gegenwärtige Verbreitung der Empfängnisregelung (% der Frauen zwischen 15 und 44 Jahren), aufgeschlüsselt nach Methoden: VK, 1968 und 1975.

Methoden	Jahr (%)	
	1968	1975
Alle (± Methode)	100	100
Alle (+ Methode)	71	82
Keine (- Methode)	29	18
Orale Kontrazeption	10	26
Kondom	25	23
C. Interruptus	20	13
Zyklische	7	4
IUP	2	3
Pessar	3	2
Spermizid	3	1
Sterilisierung	1	10

Der indizierte Schwangerschaftsabbruch wird in Großbritannien offenbar nicht als routinemäßige Methode der Empfängnisregelung gebraucht. Zwischen 1969 und 1976 nahm die Geburtenrate von 16,4 auf 11,9 pro 1000 der Bevölkerung ab (die niedrigste jemals verzeichnete, und seit kurzem noch unter der Sterberate). Dennoch betrug die *Abnahme* der Geburten das dreieinhalbfache der *Zunahme* der an Staatsbürgerinnen vorgenommenen legalen Schwangerschaftsabbrüche.

Der von NHS vorgenommene Schwangerschaftsabbruch wird häufig mit der Sterilisierung der Frau verbunden. Der Anteil der vom NHS bei verheirateten Frauen vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche mit gleichzeitiger Sterilisierung hat langsam abgenommen: von 55% im Jahre 1968 auf 34% 1974.

Der Anteil der innerhalb der ersten drei Monate (unter 13 Wochen seit der letzten Menstruation) an Staatsbürgerinnen vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche nahm von 62% im Jahre 1968 auf 83% 1974 zu. Zwischen 1968 und 1974 nahm die Anzahl der mit der Absaugmethode vorgenommenen

Schwangerschaftsabbrüche an Staatsbürgerinnen von 24% auf 79% zu; mit Kurettage, nahm sie von 42% auf 11% ab; und mit Hysterotomie, nahm sie von 27% auf 3% ab.

Die Opposition einer Minderheit gegen den legalen Schwangerschaftsabbruch besteht weiter. 1974 und 1976 gab es größere Versuche, den Abortion Act einzuschränken, beide schlugen jedoch wegen mangelnder Diskussionszeit im Unterhaus fehl. Im Mai 1976 ergab eine öffentliche Umfrage, daß 55% für den „Schwangerschaftsabbruch für alle, die ihn wünschen“, sind, gegenüber 31%, die dagegen waren.

Anmerkung: Legaler Schwangerschaftsabbruch und Sterblichkeit in England (1968-73) werden in der nächsten Ausgabe der *Regionalen Informationen* (April 1978) untersucht werden.

Korrespondenten: Maggie Jones und Philip Kestelman, London.

JUGOSLAWIEN

Nach der Jugoslawischen Verfassung, die seit 1974 in Kraft ist, ist die freie Entscheidung hinsichtlich der Geburt eines Kindes ein Menschenrecht, das nur aus medizinischen Gründen eingeschränkt werden kann. Die Pflicht, dieses Recht durchzusetzen, liegt in der Verantwortung jeder sozialistischen Republik und Provinz. Diese Regelungen müssen die medizinischen Aspekte des gesamten Bereichs der Empfängnisregelung abdecken: Schwangerschaftsabbruch, Kontrazeption und Sterilisierung, ebenso wie Behandlung bei eingeschränkter Fertilität, besonders künstliche Befruchtung.

Bisher hat nur die Sozialistische Republik Slowenien den gesamten Bereich der Empfängnisregelung legalisiert (die Regelung ist seit 1. Juli 1977 in Kraft). Die Sozialistische Republik Kroatien hat das Problem im Detail geprüft, aber das entsprechende Gesetz ist von der Republikanischen Volkskammer noch nicht verabschiedet worden. Die übrigen sozialistischen Republiken und Provinzen haben bisher nur den Schwangerschaftsabbruch gesetzlich geregelt (oder werden dies in Kürze tun). Dennoch besteht auch hier die Absicht, weitere gesetzgeberische Schritte hinsichtlich anderer Methoden der Empfängnisregelung zu unternehmen.

Da der Schwangerschaftsabbruch das von der Verfassung garantierte Recht jeder Frau ist, sehen die gesetzlichen

Regelungen aller Republiken und Provinzen vor, daß die schwangere Frau selbst über einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet. Wenn die Schwangerschaft seit weniger als zehn Wochen besteht, soll der Schwangerschaftsabbruch auf Gesuch der Frau, ohne Genehmigung eines Ausschusses, vorgenommen werden.

Das Recht, die Schwangerschaft vor Ablauf von zehn Wochen zu beenden, wird vom Gesetz aus medizinischen Gründen eingeschränkt. Nach slowenischem Recht darf die Unterbrechung der Schwangerschaft nur in Übereinstimmung mit der Entscheidung des Ausschusses durchgeführt werden, und zwar aufgrund der relativen Risiken für Leben, Gesundheit und zukünftige Mutterschaft der Frau, die die Fortsetzung oder Beendigung ihrer Schwangerschaft mit sich bringt. Nach den gesetzlichen Regelungen der anderen Republiken und Provinzen bleibt die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch nach der zehnten Woche dem Ausschuß vorbehalten, der sie auf der Grundlage eines weiten Spektrums von Indikationen (medizinische, eugenische, juristische und sozio-ökonomische) trifft.

In Slowenien kann jede Frau, die in der Lage ist, über einen Schwangerschaftsabbruch eine vernünftige Entscheidung zu fällen (d.h. die Fähigkeit der Urteilskraft besitzt), unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft einen Schwangerschaftsabbruch verlangen. Infolgedessen ist auch bei Minderjährigen, die diese Fähigkeit der Urteilskraft besitzen, die Zustimmung der Eltern nicht erforderlich. Die Eltern werden über den (verlangten oder bereits durchgeführten) Schwangerschaftsabbruch nur unterrichtet, wenn dies im Interesse der Minderjährigen liegt. Nach kroatischem Recht ist die Zustimmung der Eltern nicht erforderlich, wenn die Schwangere über 16 Jahre alt ist. Das Gesetz der sozialistischen Republiken Bosnien und Herzegowina fordert zusätzlich, daß die minderjährige Frau einer geregelten Arbeit nachgeht.

Die Gesetze anderer sozialistischer Republiken und Provinzen schreiben vor, daß an Minderjährigen kein Schwangerschaftsabbruch ohne elterliche Zustimmung vorgenommen werden darf. Da es sich um ein individuelles Recht handelt, und nicht um das Recht eines Paares, ist seine Realisierung nicht der Zustimmung des Partners unterworfen.

Weitere Auskunft auf Anforderung von Mitgliederorganisationen in den verschiedenen Ländern zu erhalten:—

Österreich

Österreichische Gesellschaft für Familienplanung,
Universitätsfrauenklinik 11,
Spitalgasse 23,
A-1090, Wien.

Danemark

Foreningen for Familieplanlægning,
Aurehøjvej 2,
2900 Hellerup.

Finnland

Vaestöliitto,
Kalevankatu 16,
00100 Helsinki 10.

Frankreich

Mouvement Français pour le Planning Familial,
2 rue des Colonnes,
75002 Paris.

Deutsche Demokratische Republik

Ehe und Familie, Sektion der Gesellschaft für Sozialhygiene der DDR,
Leninallee 70,
25 Rostock.

Bundesrepublik Deutschland

Pro Familia: Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e.V.,
Cronstettenstrasse 30,
6 Frankfurt am Main 1.

Ungarn

The Scientific Society for Family and Women's Welfare,
Buday László ul. 3,
1024 Budapest.

Norwegen

Norsk Forening for Familieplanlægning,
Rådnyvn. 2,
1400 Ski.

Polen

Towarzystwo Planowania Rodziny,
Ul. Karowa 31,
Warschau.

Schweden

Riksförbundet för Sexuell Upplysning,
Box 17006,
Rosenlundsgatan 13,
104-62 Stockholm.

Vereinigtes Königreich

Family Planning Association,
27-35 Mortimer Street,
London W1N 7RJ.

Jugoslawien

Family Planning Council of Yugoslavia,
Bulevar Lenjina 6,
11070 Belgrad

Der Ausschuß, der über Schwangerschaftsabbrüche nach der zehnten Woche der Schwangerschaft zu befinden hat, muß seine Entscheidung innerhalb kurzer Zeit treffen (3-7 Tage, je nach Republik). Die schwangere Frau kann, im Falle einer Ablehnung, bei einem höheren Ausschuß Berufung einlegen, der ebenfalls innerhalb kurzer Zeit entscheiden muß (7-8 Tage, je nach Republik). Alle Republiken schreiben die Zugehörigkeit von Ärzten und einem Sozialarbeiter zu dem Ausschuß vor, die die schwangere Frau über Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch und über pränatale und soziale Hilfsleistungen unterrichten müssen.

Die seit weniger als zehn Wochen schwangere Frau kann sich wegen eines Schwangerschaftsabbruchs direkt an eine medizinische Einrichtung wenden. Die seit mehr als zehn Wochen schwangeren werden über den Ausschuß vermittelt.

Medizinische Einrichtungen müssen den Schwangerschaftsabbruch mit einer optimalen Methode und bei angemessenem Krankenhausaufenthalt vornehmen. Nach dem Schwangerschaftsabbruch soll die Frau angemessene Pflege und Krankenurlaub erhalten. Das an dem Eingriff beteiligte Personal muß die schwangere Frau über Methode und Folgen des Schwangerschaftsabbruchs, über ihre gesetzlichen Rechte und besonders über Methoden der Empfängnisregelung unterrichten.

Mit Ausnahme des slowenischen Rechts enthalten die gesetzlichen Regelungen anderer Republiken auch grundsätzliche Klauseln über die Rechte von Frauen wie von Männern, über andere Methoden der Empfängnisregelung ebenso wie über das Recht, sie zu gebrauchen, belehrt, beraten und informiert zu werden.

Korrespondent: Karel Zupančič,
Ljubljana.

ISSN 0309-0736

Internationale Föderation für Familienplanung
Europe Region
64 Sloane Street
London SW1X 9SJ