

Aus dem Hygienischen Institut der Freien und Hansestadt Hamburg
(Direktor: Prof. Dr. Dr. H. H a r m s e n)

Erfahrungen aus 9jähriger Tätigkeit in den Berliner Frauenberatungsstellen

Von Dr. Ilse Brandt

Als nach 1945 unsere Familien in Not und Elend gerieten durch den eben beendeten Krieg, durch schwierige soziale Verhältnisse, dadurch, daß die Männer nach mehrjähriger Gefangenschaft in vollkommen veränderte Familienverhältnisse zurückkehrten, eröffnete die Krankenversicherungsanstalt Berlin im Jahre 1947 im Rahmen ihres Kann-Programms als einen Zweig der präventiven Medizin in mehreren Bezirken Frauenberatungsstellen, in denen Frauen und Mädchen durch erfahrene Ärztinnen unentgeltlich Rat und Hilfe in allen Ehe- und Sexualfragen und in Fragen der Geburtenregelung erhalten sollten.

Das Arbeitsprogramm der Beratungsstellen deckt sich mit den Zielen des deutschen Arbeitskreises für bewußte Elternschaft, eines bereits 1926 gegründeten Kreises von Ärzten, die sich einsetzten für eine gesunde Familie mit dem verantwortungsbewußten Willen zum Kinde. Dieses Ziel soll erreicht werden durch Förderung bewußter Elternschaft.

»Bewußt« ist hierbei in verschiedener Bedeutung des Wortes zu verstehen, einmal im Sinne von bewußt im Gegensatz zu unbewußt, dann im Sinne von verantwortungsbewußt und schließlich im Sinne von wissend.

Es wird angestrebt eine Elternschaft:

1. Bewußt bereits in bezug auf die Eheschließung:

Die Ehe sollte sein ein auf Grund gegenseitiger, seelisch geistiger Bindung zweier Menschen auf Lebensdauer geschlossener Bund, der dem Bedürfnis der Triebbefriedigung Rechnung trägt mit dem Endziel der Familiengründung, der verantwortungsbewußten Zeugung und Aufzucht einer körperlich und geistig gesunden Nachkommenschaft. Unsere Jugend soll mit vollem Bewußtsein die schwere Verantwortung einer Eheschließung auf sich nehmen. Sie muß wissen, daß es sich hierbei nicht nur um eine Verlängerung der Flitterwochen handelt oder um die gesetzliche Anerkennung eines Liebesverhältnisses. Sie muß wissen, daß nur die Sublimierung einer zu nichts verpflichtenden Verliebtheit zu echter Liebe, einer Liebe, die bereit ist, zugunsten eines gemeinsamen Zieles Opfer zu bringen, die Gewähr für eine gute Ehe gibt. Um unsere Jugend hierauf vorzubereiten, ist zu fordern eine frühzeitige geschlechtliche Aufklärung durch Elternhaus und Schule, anschließend daran eine bewußte Einstellung der heranwachsenden Jugend gegenüber den Sexualproblemen überhaupt und den Problemen des Ehelebens im besonderen. Voreheliche Beratung sollte die jungen Leute anhalten, die gegenseitige charakterliche Eignung zur Führung einer guten Ehe zu prüfen, um die heute so häufigen frühen Scheidungen zu vermeiden. An Stelle eines oft geforderten Gesundheitspasses vor der Ehe mit etwaigem Eheverbot in bestimmten Fällen sollte die Jugend zur verantwortungsbewußten gesundheitlichen Überprüfung des Ehepartners erzogen werden.

Die letzteren Punkte bilden den Inhalt der Sexualpädagogik. Der Begriff der Sexualpädagogik erschöpft sich nicht, wie häufig angenommen

wird, in geschlechtlicher Aufklärung, sondern enthält eine echte pädagogische Aufgabe. Unsere Jungen müssen wieder lernen, daß Männlichkeit sich nicht in Kraftprotzerei und Rücksichtslosigkeit zeigt, sondern in positiver Leistung, Einordnung in die Gemeinschaft unter sinnvoller Wahrung der eigenen Persönlichkeit, und nicht zuletzt einer chevaleresken Haltung dem anderen Geschlecht gegenüber. Unsere Mädchen müssen wieder lernen, ihre Würde als Frau zu wahren und in der Schwangerschaft ihre erste, eigentliche und schönste Aufgabe zu sehen, deren Erlebnis man nicht der Laune eines Augenblickes überläßt, sondern daß man im Bewußtsein all seiner Konsequenzen und aller sich daraus ergebenden Zukunftsaufgaben mit Freude und Stolz auf sich nimmt.

2. Bewußt in bezug auf das Zusammenleben der Ehepartner:

Die Ehe birgt in sich die Aufgabe für beide Ehepartner, eine ideale Gemeinschaft aufzubauen, unter Wahrung der Persönlichkeit des einzelnen.

3. Bewußt in bezug auf die Erziehung der Kinder:

Ganz bewußt sollen die Eltern die Aufgabe auf sich nehmen, ihre Kinder zu verantwortungsbewußten Menschen und Staatsbürgern zu erziehen. Hierzu gehört vor allem, daß die Eltern selbst ihnen ein anständiges würdiges Familienleben vorleben, denn durch nichts werden die Kinder besser erzogen als durch das Beispiel ihrer Eltern.

4. Bewußt in bezug auf die Zahl der gewünschten Kinder und den Zeitpunkt, zu dem sie gezeugt werden:

Unsere Jugend muß wieder zu der Ehrfurcht vor dem keimenden Leben erzogen werden. Auf der anderen Seite aber muß sie sich vor der Eheschließung ihrer Aufgaben und Verantwortung in bezug auf die Nachkommenschaft bewußt sein. Ein Mißverhältnis zwischen dem Bedürfnis der Triebbefriedigung und der wirtschaftlichen Unmöglichkeit, eine Vielzahl von Kindern aufzuziehen, hat schon manche Ehe gefährdet. Häufig verbietet der Gesundheitszustand der Ehefrau mehrere schnell aufeinanderfolgende Schwangerschaften.

Junge Eheleute sollten wissen, daß es moralisch einwandfreie, unschädliche Möglichkeiten gibt, die Zahl der Kinder und den Zeitpunkt ihrer Zeugung zu beeinflussen. Sie müssen gelernt haben, diese Möglichkeiten nicht leichtfertig zu mißbrauchen, sondern verantwortungsbewußt anzuwenden.

In diesem Sinne schreibt G r o t j a h n über die Prävention: »Nur sie ermöglicht es uns, alle vernünftigen Überlegungen wirtschaftlicher und hygienischer Art beim Fortpflanzungsvorgang zur Herrschaft zu bringen und bei der Bildung des Willens zum Kinde zu beteiligen.«

Es soll im folgenden von den Erfahrungen aus 3 Westberliner Beratungsstellen aus der Zeit von 1947 bis 1956 berichtet werden. Es wurden 4271 Karteikarten ausgewertet.

Struktur der Besucher der Beratungsstellen

Unter den 4271 Frauen, welche die Beratungsstellen aufsuchten, waren alle Altersstufen vertreten. Die jüngste war ein 15jähriges Mädchen, das von seiner Mutter gebracht wurde mit der Bitte um eine Unterbrechung einer Schwangerschaft im 5. Monat. Die älteste war eine 65jährige

Frau, die im Rahmen der Karzinomprophylaxe eine gynäkologische Untersuchung wünschte. Die Verteilung auf die einzelnen Jahrgänge nach Altersgruppen von 5 Jahren zeigt Tabelle I.

Tabelle I

unter 20 Jahren	4,7%	} = 89,1%
20—25 Jahre	20,8%	
25—30 „	23,3%	
30—35 „	19,5%	
35—40 „	15,7%	
40—45 „	9,8%	
45—50 „	3,7%	
50—55 „	1,3%	
55—60 „	0,8%	
über 60 „	0,2%	

Den größten Prozentsatz bildeten die Frauen im Alter von 25 bis 30 Jahren mit 23,3%. Das sind die Jahrgänge, in denen fast sämtliche in den Beratungsstellen behandelten Probleme vorkommen können: vor-eheliche Probleme, der Wunsch nach einem Kind, der Wunsch nach Verhinderung einer Empfängnis, Enttäuschungen in der Ehe, Eheschwierigkeiten zwischen den noch nicht aufeinander eingespielten Ehepartnern, gynäkologische und sexuelle Schwierigkeiten bei Koitus.

89,1% der Frauen befanden sich im Alter von 20 bis 45 Jahren, d. h. im gebärfähigen Alter. Dies entspricht der später zu belegenden Tatsache, daß der bei weitem größte Prozentsatz der Frauen uns aufsuchte aus Gründen, die irgendwie mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stehen.

Eine differenzierte Aufstellung in den einzelnen Bezirken ergab keine wesentlichen Unterschiede, so daß hier nur die Gesamtzählung aufgeführt wird.

Gemäß dem vorher geschilderten Arbeitsprogramm, das Sexualpädagogik und voreheliche Beratung einschließt als unabdingbare Voraussetzung für eine gesunde Ehe, werden in den Frauenberatungsstellen der KVA auch Ledige beraten. Es interessiert daher die prozentuelle Aufteilung der Ratsuchenden gemäß dem Familienstand (Tab. II).

Tabelle II (Familienstand)

ledig	11,1%
verlobt	3,1%
verheiratet	73,8%
getrennt lebend	0,0%
verwitwet	4,6%
geschieden	2,6%
unbekannt	2,8%

Hierbei wurden gegenüber sonstigen Gepflogenheiten die Unverheirateten unterteilt in Ledige und Verlobte, die über 25% der Unverheirateten ausmachen. Auf die Gründe, aus denen diese uns aufsuchten, und insbesondere auf die unbedingte Notwendigkeit, auch Ledige zu beraten, soll später eingegangen werden. 83% unserer Frauen waren verheiratet oder verheiratet gewesen. Im wesentlichen wurden also verheiratete Frauen beraten.

Um einen Überblick über die soziale Schichtung der uns aufsuchenden Frauen zu gewinnen, wurde der Familienstand kombiniert zuerst

Brandt, Erfahrungen aus 9jähr. Tätigkeit in den Berliner Frauenberatungsstellen

mit der Tätigkeit der Frauen. Die Gesamtzahl der Frauen, deren Beruf bekannt war, betrug 4043, davon waren Hausfrauen 2359, d. i. 58,3%.

Gemäß dem Familienstand waren Hausfrauen:

Tabelle III

2184 von 3041 verheirateten Frauen	= 72,3%
17 „ 444 ledigen „	= 3,8%
22 „ 125 verlobten „	= 17,6%

Die ledigen Hausfrauen waren meist solche, die den elterlichen Haushalt versahen und daher auf einen Beruf verzichtet haben. Die verlobten Hausfrauen hatten meist kurz vor der Heirat den Beruf aufgegeben.

Berufstätig waren insgesamt 1684 Frauen, deren Berufstätigkeit sich folgendermaßen aufteilte:

Tabelle IV

Geistesarbeiterinnen	49 = 2,9%
Verkäuferinnen	111 = 6,6%
Angestellte	585 = 34,8%
Arbeiterinnen	631 = 37,5%
Erwerbslos	308 = 18,3%

Von den 3041 verheirateten Frauen, deren Tätigkeit bekannt war, waren berufstätig 857 = 28,0%. Die Berufe verteilten sich wie folgt:

Tabelle V

Geistiger Beruf	21 = 2,4%	} 40,8%
Verkäuferinnen	61 = 7,1%	
Angestellte	268 = 31,3%	
Arbeiterinnen	362 = 42,3%	} 59,2%
Erwerbslos	145 = 16,9%	

Von den 569 Unverheirateten, deren Tätigkeit bekannt war, waren berufstätig 520 = 93%. Die Berufe verteilten sich wie folgt:

Tabelle VI

Geistiger Beruf	26 = 5%	} 55,7%
Verkäuferinnen	36 = 6,9%	
Angestellte	228 = 43,8%	
Arbeiterinnen	160 = 30,8%	} 44,3%
Erwerbslos	80 = 15,4%	

Bei den verheirateten Frauen überwog demnach die Zahl der Arbeiterinnen und Erwerbslosen mit 59,2%, während bei den Unverheirateten die bürgerlichen Berufe mit 55,7% überwogen, bei denen auch die geistigen Berufe mit 5% zahlreicher vertreten waren. Diese Tatsache fiel bereits in der Sprechstunde auf, die verschiedentlich von Lehrerinnen und Beamtinnen aufgesucht wurden, bei denen ein ausgesprochenes Verantwortungsgefühl allen Fragen der zukünftigen Ehe gegenüber bestand.

Bei den verheirateten Frauen brachte erst die Kombination mit dem Beruf der Männer einen Einblick in die soziale Struktur unseres Publikums. In 2926 Fällen war eine Beurteilung dieser Frage möglich. Eine Übersicht über die Berufe der Männer ergibt:

Tabelle VII

Geistiger Beruf	79 = 2,7%	} 67,4%
Selbständig	129 = 4,4%	
Angestellter	747 = 25,5%	
Arbeiter	1604 = 54,8%	
Erwerbslos	367 = 12,6%	

In 54,8% + 12,6% (67,4%) der Fälle handelte es sich also um Familien mit kleinem Einkommen. Von den 2926 Familien waren in 2184 Fällen (67%) die Ehefrauen Hausfrauen, also nicht berufstätig, die Familien offenbar durch den Beruf des Mannes ausreichend versorgt. Nur in 367 (12,6%) der Fälle war der Mann erwerbslos, nur in 46 (1,6%) der Fälle waren beide Ehepartner erwerbslos. Unterstellt man als wahrscheinlich, daß in Arbeiterfamilien die Frau weniger aus Freude an ihrem Beruf mitarbeitet, als vielmehr dann, wenn ihr Verdienst zum Unterhalt der Familie notwendig ist (in bürgerlichen Familien wird die Frau oft nicht aus Notwendigkeit, sondern aus Liebe zu ihrem erlernten Beruf in ihrer Ehe weiterarbeiten), so darf man die Ehen, in denen beide Ehepartner Arbeiter sind, als sozial schlecht gestellt ansehen. Das waren in unserem Material 216 Ehen von 2926, d. i. 7,5%. Rechnet man dazu 46 Ehen, in denen beide Partner erwerbslos sind, ferner die 321 Ehen, in denen der Mann erwerbslos ist, so ergeben sich im ganzen 583 Ehen, deren Situation man als sozial ungünstig ansehen muß. Das sind von 2926 Ehen 19,9%. Der Prozentsatz, der sich aus den ärmsten Schichten der Bevölkerung rekrutiert, ist also mit 19,9% gering. Auf der anderen Seite sind geistige Berufe bei den Ehemännern nur mit 79 (2,7%) vertreten, Selbständige 129 (4,4%). Fast ausnahmslos gehörten unsere Ratsuchenden der Krankenkasse an, stammten also nicht aus einer ausgesprochen begüterten Schicht. Das durchschnittliche Niveau dürfte wohl dem entsprechen, was K. V. Müller mit dem Begriff »gehobene Grundschicht« bezeichnet.

Daß gerade die ärmsten Schichten unsere Beratungsstellen nur in geringer Zahl aufsuchten, mag einmal daran liegen, daß diese häufig sozialfürsorgerisch betreut werden, dann vielleicht auch daran, daß es sich hier häufig um asoziale Elemente handelt, die, wie für andere Dinge, auch für die Aufgabe der Ehe kein genügendes Verantwortungsgefühl mitbringen.

Erfreulich fällt in unserem Material die große Zahl der Hausfrauen auf. Erfreulich, wenn man unterstellt, daß die gesündeste Familie die Mehrkinderfamilie ist, in der die Arbeit des Mannes die Existenz sichert und die Frau ihre Kräfte voll für ihre hausfraulichen Pflichten und die Erziehung ihrer Kinder einsetzen kann. Von 3041 Ehen waren in 2184 Fällen die Frauen Hausfrauen, d. i. in 71,5% der Fälle.

In diesem Zusammenhang ist ein Vergleich der Zahl der Hausfrauen in den verschiedenen sozialen Schichten aufschlußreich. In 2136 Ehen, in denen die Frau Hausfrau und der Beruf des Mannes bekannt war, verteilte sich der Beruf wie folgt:

1193 Arbeiter	in 1604 Ehen	= 74,5 %
685 Bürgerliche	„ 955 „	= 71,3 %
253 Erwerbslose	„ 367 „	= 69,3 %

(Unter »bürgerlich« wurden hierbei zusammengefaßt die Familien, in denen die Männer einen geistigen Beruf hatten, selbständig waren oder Angestellte.)

Nach dieser Berechnung erscheint die Arbeiterfamilie mit 74,5%, der Familien mit Hausfrauen in dieser Beziehung als die gesündeste. Nur in 25,5% der Arbeiterehen war also die Frau berufstätig, während bei den bürgerlichen Berufen der Männer 28,7% der Frauen berufstätig war. Dies dürfte mit der bereits erwähnten Tatsache zusammenhängen, daß in bürgerlichen Kreisen die Frau häufig aus Liebe zu ihrem erlernten Beruf

Brandt, Erfahrungen aus 9jähr. Tätigkeit in den Berliner Frauenberatungsstellen

und nicht aus zwingender Notwendigkeit nach der Verheiratung weiter arbeitet, sich dadurch ihren Familienpflichten teilweise entzieht, ein Umstand, der, so verständlich er ist, ernsthafter Diskussion bedarf.

Gründe, aus denen die Beratungsstellen
aufgesucht wurden

Die Gründe, aus denen uns die Frauen aufsuchten, wurden registriert nach dem Hauptgrund, den die Frauen bei ihrem ersten Besuch angaben. Sie teilten sich auf in:

- Eheberatung (Ehe),
- Sexualberatung (Sexual),
- Bitte um empfängnisverhütende Mittel (Schutz),
- Beratung wegen Sterilität (Kind),
- Bitte um Unterbrechung der Schwangerschaft (Abortus),
- Gynäkologische Beratung (Gyn.),
- Juristische Beratung (Jur.).

Nach dem Familienstand geordnet, teilten sich diese Gruppen auf wie folgt (Tab. VIII).

Tabelle VIII

	Gesamt	Ledige	Verlobte	Verheiratete
Ehe	2,9	1,4	4,4	2,1
Sexual	3,6	8,4	3,7	2,8
Schutz	68,9	52,3	71,1	73,5
Kind	1,3	—	1,5	1,7
Abortus	4,7	4,4	3,0	4,6
Gyn.	17,4	32,7	15,6	13,5
Jur.	1,1	0,8	0,7	0,8

Eine Zusammenfassung der rein medizinischen Gründe bei der Gesamtzählung ergibt:

Schutz	68,9%
Kind	1,3%
Abortus	4,7%
Gyn.	17,5%
Insgesamt	92,4%

Es handelte sich also in 92,4% der Fälle um rein medizinische Fragen. Die Leitung derartiger Stellen sollte daher stets in ärztlicher Hand liegen, was bei unseren Stellen der Fall war. Von den verbleibenden 7,6% waren 2,9% Eheberatungen. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß auch diese unbedingt in die Sprechstunde des Arztes gehören. Bei den 3,6% Sexualberatungen handelte es sich bei den verheirateten Frauen häufig um Fragen der Frigidität, hier nur in 2,8% der Fälle durchgeführt. Das sind Fragen, die der Laie als organisch bedingt ansieht und meist bei seinem Arzt vorbringen wird. In unseren Beratungsstellen trat die Frage der Frigidität meist erst, und dies in sehr vielen Fällen, als Nebengrund bei Besprechung anderer Probleme zutage. Bei der höheren Zahl der Sexualberatungen bei den Ledigen (8,4%) und bei den Verlobten (3,7%) handelte es sich häufig um reine Fragen der sexuellen Aufklärung und Sexualpädagogik, Fragen, das Verhältnis Junge-Mädchen betreffend, die in dem Alter unserer Patientinnen eigentlich längst durch Elternhaus oder Schule hätten geklärt sein müssen. Gerade diese Tatsache zeigte

uns immer wieder die Notwendigkeit, in unseren Beratungsstellen auch Ledige zu beraten. Wir hatten häufig Gelegenheit, hier aufklärend zu wirken und junge Mädchen vor unbedachten Schritten zu bewahren, wie etwa folgender Fall zeigt:

Inge Z., 24 Jahre, ist seit einem Jahr verlobt, Virgo. Sie ist Stenotypistin in Berlin, der Verlobte am Ende des Studiums in Hamburg. Fr. Z. beabsichtigt, die bevorstehenden Weihnachtstage bei ihrem Verlobten in Hamburg zu verbringen, und glaubt bestimmt, seinem schon wiederholt geäußerten Drängen auf geschlechtlichen Verkehr diesmal nicht widerstehen zu können. Eine Heirat in etwa 2 Jahren ist geplant. Da Fr. Z. sich nicht getraut, mit ihrer Mutter über diese Dinge zu sprechen, bittet sie um unseren Rat, wie sie sich verhalten sollte. Es wurde in etwa 1½stündiger Unterhaltung die gesamte Situation durchgesprochen, die Möglichkeit einer früheren Heirat erwähnt. Antikonzeptionelle Maßnahmen wurden aus ethischen und medizinischen Gründen von uns abgelehnt, auf die Gefahren eines einzigen schutzlosen Koitus hingewiesen. Fr. Z. verließ uns enttäuscht und skeptisch. Nach einiger Zeit erfuhren wir, sie habe die Reise nach Hamburg zu Weihnachten aufgegeben, werde aber zu Ostern heiraten.

So sehen wir immer wieder, daß gerade dadurch, daß die Ledigen Zugang zu unserer Beratung haben, Gelegenheit ist, unsere heranwachsende Jugend in ihrer häufig unüberlegten und lässigen Haltung diesen Dingen gegenüber zu korrigieren und ihnen Aufschlüsse zu geben, die sie leider von keiner anderen Seite erfahren.

Bei der Eheberatung von Ledigen und Verlobten handelte es sich meist um Fälle, in denen die Ratsuchenden wissen wollten, ob sie in einem konkreten Falle heiraten sollten oder nicht, gelegentlich um eugenische Probleme, wie im Falle eines Mädchens, das im Begriff stand, einen Mann aus einer Bluterfamilie zu heiraten. In einem anderen Falle stand ein Mädchen vor der Frage der Heirat, das 2 Jahre vorher wegen epileptischer Anfälle mehrere Monate in einer Anstalt war und nun von uns Aufklärung über die Erbllichkeit ihres Leidens erbat. Nach Rücksprache mit behandelndem Psychiater mußte vorläufig von einer Ehe abgeraten werden, da die Genese der Erkrankung nicht sicher geklärt war.

Die Frage nach der Bekämpfung der Sterilität war bei Verheirateten mit 1,5% sehr niedrig. In diesen Fragen werden die Frauen meist einen Gynäkologen oder eine größere gynäkologische Klinik aufsuchen. Einige Frauen suchten uns auf, nachdem sie bereits anderweitig gründlichst untersucht worden waren, gewissermaßen als ultimum refugium. In Fragen der Sterilitätsbekämpfung arbeiteten wir stets zusammen mit einem Gynäkologen, indem wir von uns aus die Anamnese genauestens zu klären versuchten und ein Bild über den Ablauf des ehelichen Verkehrs verschafften, evtl. an Hand der Knausschen Regeln eine Systematisierung zu erreichen versuchten und vor allem stets eine Untersuchung der Zeugungsfähigkeit des Mannes veranlaßten. Eigene Zahlen über dieses Material liegen leider nicht vor, da die Gesamtzahl der gewünschten Sterilitätsbekämpfung zu gering ist. Nach Erfahrungen aus der Literatur halten wir jedoch bei jeder Sterilitätsbekämpfung als erstes die verhältnismäßig einfache Untersuchung des Ehemanns auf Zeugungsfähigkeit für unerlässlich.

Auch der Wunsch nach Unterbrechung einer Schwangerschaft war mit 4,7% der Gesamtzahl geringer, als der Häufigkeit dieses Wunsches in der Gesamtbevölkerung entspricht. Es ist verständlich, daß die Frauen

mit diesen Anliegen zu einer öffentlichen Stelle nur kommen, wenn sie glauben, triftige medizinische Gründe für die Notwendigkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung zu haben. Es hatte sich bald herumgesprochen, daß wir in diesen Fällen nur nach strengster medizinischer Indikation verfahren. Fast immer wurden diese Fälle an ihren behandelnden Arzt zurückverwiesen, der am besten die Gegebenheit einer medizinischen Indikation beurteilen kann.

Auf die Abortusfrage soll später noch näher eingegangen werden.

Wenn auch bei den Verlobten 1,5% uns wegen Kinderwunsch aufsuchten, so sind dies Fälle, in denen die Mädchen mit der Bitte um Untersuchung kamen, ob sie voraussichtlich Kinder bekommen und austragen könnten. Hierbei handelte es sich häufig um ältere Frauen von etwa 35 bis 40 Jahren, die erstmalig vor der Möglichkeit einer Ehe standen. Mit der Bitte um gynäkologische Untersuchung suchten uns 15,6% der Frauen auf. Hier handelte es sich in einer großen Zahl der Fälle um die Frage, ob eine Schwangerschaft bestehe oder das Ausbleiben der Menses als Beginn der Menopause anzusehen sei, weiter um die Begutachtung, ob eine angeratene Operation von uns befürwortet werde, oder ob irgendwelche Beschwerden auf Krebs verdächtig wären. Alle diese Frauen wurden untersucht, kurz beraten und an ihren behandelnden Arzt oder einen freipraktizierenden Gynäkologen überwiesen.

Allgemein ist noch zu bemerken, daß die prozentuale Aufteilung nach Gründen, aus denen uns die Frauen aufsuchten, ein etwas schiefes Bild von der Arbeit der Frauenberatungsstellen geben muß, da, wie anfangs erwähnt, jeweils das erste Anliegen der Frau vermerkt wurde. In Wirklichkeit handelte es sich meist um einen ganzen Fragenkomplex, der behandelt wurde.

Die meisten Frauen, nämlich 68,9%, suchten uns auf mit der Frage nach der Möglichkeit einer Empfängnisverhütung. Diese Beratung stand also im Mittelpunkt unserer Arbeit. Es soll daher im folgenden ausführlich gerade auf diesen Punkt eingegangen werden.

Probleme der Geburtenkontrolle

Die Frage, ob Geburtenkontrolle — insbesondere die Empfängnisverhütung — in das Aufgabengebiet des Arztes gehört, ob die Kenntnisse hierüber z. B. dem Studenten bereits im Studium vermittelt werden sollten, ist in den letzten 10 Jahren immer wieder auf ärztlichen Kongressen, in ärztlichen Zeitschriften diskutiert worden.

Die Beweggründe zur Durchführung einer bewußten Geburtenkontrolle sind verschiedene. Es sei an das außerordentliche Wachstum der Bevölkerung der Erde erinnert, das vor allem in den asiatischen Staaten, besonders in Indien, zu katastrophalen Hungersnöten geführt hat. In Indien, Japan, China werden daher alle Maßnahmen zur Empfängnisverhütung aus bevölkerungspolitischen Gründen nachdrücklichst gefördert und unterstützt.

Ganz anders liegen die Dinge für die Länder der westlichen Kulturstaaten. Geburtenkontrolle bedeutet hier nach H a r m s e n »Keineswegs Kleinhaltung der Familie und Empfängnisverhütung, sondern schließt in sich ein das Ziel gesunder Familienbildung und die Verantwortung für die Bestandsicherung unseres Volkes«.

Die Veranlassung, eine bewußte Geburtenkontrolle zu treiben, liegt für die westliche Kulturwelt, so auch für Deutschland, auf einem ganz

anderen Gebiet. Sie bezieht ihre moralische Berechtigung aus der zwingenden Notwendigkeit, ein geeignetes Mittel zur Bekämpfung der Abtreibung zu finden.

In allen Ländern der westlichen Kulturwelt ist die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung durch strenge gesetzliche Richtlinien festgelegt, auf deren Nichtachtung höchste Gefängnis- und Zuchthausstrafen stehen. Trotzdem ist nirgends (nicht einmal in Schweden, wo neben einer sehr großzügigen Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung bei medizinischer Indikation auch die soziale Indikation anerkannt ist) eine Abnahme der illegalen Schwangerschaftsunterbrechung erreicht worden. Sowohl aus Schweden wie aus der DDR wird berichtet, daß eine großzügige Erweiterung der Indikationsstellung zur legalen Schwangerschaftsunterbrechung auch ein Ansteigen der illegalen Abtreibung bewirkte.

Einige authentische Zahlen geben ein Bild von der Rolle, die der Abortus in Deutschland spielt. Dabei ist es nicht möglich, die genaue Zahl der jährlich in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen schlechthin anzugeben, da es keine Meldepflicht hierfür gibt. Zu erfassen sind lediglich die klinisch behandelten Fälle. Nach einer Statistik der Frauenklinik in Neukölln ist das Verhältnis der seit 1946 dort durchgeführten Entbindungen und behandelten Abortus wie folgt:

Tabelle IX

Es kamen im Jahre 1946		1 Abortus auf 1,2		Entbindungen	
„	„	„	„	1,7	„
„	„	„	„	1,4	„
„	„	„	„	1,8	„
„	„	„	„	1,8	„
„	„	„	„	2,1	„
„	„	„	„	1,3	„

Diese Zahlen decken sich mit Angaben anderer Autoren: Hei s gibt 1956 an, daß in der Frauenklinik in Graz das Verhältnis von Abortus zu Entbindungen zwischen 1:2,0 und 1:1,25 schwankt. Har m s e n gibt für 1946 bis 1948 aus der Hamburger Frauenklinik an, daß die Zahlen von Abortus zu Entbindungen schwanken zwischen 1:1,9 und 1:1,2. Nach K. F. S c h u l t z e ist nach Abortus mit einer Sterilität in etwa 15% der Fälle zu rechnen, dasselbe berichtet E. J u n g. Mit Recht schreibt also P. B e r n h a r d, daß »jede Abtreibung die ganz hohe Gefahr späterer Sterilität mit sich bringt«. Die Tatsache, daß nach Abortus mit 15% Sterilitäten zu rechnen ist, würde für Berlin für 1953 bei 17 890 Abortus 2683 infolge Abortus entstandener Sterilitäten bedeuten. Da es sich hierbei nur um die klinisch erfaßten Abortus handelt, dürfte die Zahl der Sterilitäten nach Abortus in Wirklichkeit wesentlich höher sein.

Gewiß sind durch das Penicillin die Todesfälle nach Abortus wesentlich zurückgegangen. Das darf aber nicht über die Morbidität hinwegtäuschen, setzt doch jede Ausschabung eines Abortus mindestens eine Endometritis, so daß immer mit einem hohen Prozentsatz Spätfolgen gerechnet werden muß.

Daß selbst die legale Schwangerschaftsunterbrechung nicht ungefährlich ist, zeigen Berichte von E. C. L o r k, der bei 820 gesunden Frauen, bei denen wegen einer Vergewaltigung die Schwangerschaft legal unterbrochen wurde, in 16% der Fälle von Frühschäden berichtet.

Nach Naujoks verliefen bei 574 Fällen von indizierter Schwangerschaftsunterbrechung 32% mit Komplikationen. Mehlan fand bei einer epikritischen Untersuchung von 250 Frauen 6 bis 7 Jahre nach legaler Unterbrechung 11,5% Spätschäden und 2% sekundäre Sterilität und berichtet von 1 bis 2% Letalität bei Schwangerschaftsunterbrechungen.

Angesichts dieser Folgen des Abortus und sogar der legalen Schwangerschaftsunterbrechung wird in den Berliner Beratungsstellen versucht, die Zahl der ethisch zu verwerfenden gesundheitsschädigenden Schwangerschaftsunterbrechungen durch eine ärztlich überwachte, moralisch einwandfreie bewußte Geburtenkontrolle auf ein Minimum zu beschränken.

Zwei Gesichtspunkte sind bei dieser Arbeit maßgebend: 1. Jedes Ehepaar hat ein Recht darauf, zu entscheiden, ob es zum jeweiligen Zeitpunkt die Verantwortung auf sich nehmen kann, ein Kind zu zeugen und aufzuziehen, allerdings nur bis zu dem Augenblick, in dem eine Schwangerschaft bereits besteht. Von diesem Zeitpunkt an ist die Frau nicht nur sich selbst, sondern auch dem in ihr keimenden Leben verantwortlich. 2. Kaum eine Frau trägt heute eine Schwangerschaft aus, die sie nicht wünscht. Es gibt keine noch so scheußliche Manipulation, die eine Frau nicht an sich ausführen läßt, oder gar selbst ausführt, wenn sie eine unerwünschte Schwangerschaft loswerden will, ebenso, wie jede Frau, die sich brennend ein Kind wünscht, bereit ist, sich den schwierigsten Operationen zu unterziehen.

Sozialanamnese unserer Patientinnen mit Angabe der Zahl der Kinder und Abortus zu Beginn der Beratung

Tabelle X. Familienstand (Zahl der Kinder)

Zahl der Kinder	Ledige		Verlobte		Verheiratete		verwitwet		geschieden	
	379	%	118	%	3086	%	187	%	188	%
Keine	293	= 77,5	71	= 60,2	395	= 12,8	30	= 16,0	25	= 13,3
1	69	= 18,2	29	= 24,6	1151	= 37,7	63	= 33,7	71	= 37,7
2	12	= 3,2	12	= 10,2	911	= 29,7	57	= 30,5	56	= 29,9
3	5	= 1,3	3	= 2,5	297	= 12,4	17	= 9,6	17	= 9,0
4	0	= 0	0	= 0	146	= 4,7	13	= 7,0	12	= 6,4
mehr als 4	0	= 0	3	= 2,5	86	= 2,7	7	= 3,2	7	= 3,7

Von den Ledigen hatten also bei der ersten Beratung 22,5%, von den Verlobten 39,8% bereits ein Kind, mehrere bereits 3 Kinder. Die hohen Prozentzahlen von Kindern bei den Verlobten erklären sich wohl daraus, daß es sich hier oft um sogenannte Onkelehen handelt, die nach außen meist als Verlöbniß bezeichnet werden.

Von den Verheirateten oder verheiratet Gewesenen hatten rund 47% mehr als 1 Kind, und zwar bei den Verheirateten, Verwitweten und Geschiedenen fast gleichlautend mit 46,8% oder 47,1% oder 45,3% der Fälle. Daß die Ehen mit 3 und 4 Kindern bei den Verwitweten und Geschiedenen prozentual zahlreicher sind als bei den Verheirateten, erklärt sich wohl daraus, daß die beiden ersteren Gruppen meist ältere Frauen betreffen, die also schon länger Gelegenheit hatten, Kinder zu bekommen.

Eine Übersicht über die Zahl der vor der Beratung gehaltenen Abortus ergibt die Tab. XI.

Tabelle XI. Familienstand (Zahl der Abortus)

Zahl der Abortus	Ledige		Verlobte		Verheiratete		Verwitwete		Geschiedene	
	379	%	118	%	2941	%	173	%	185	%
0	257	= 67,8	73	= 64	1382	= 47	83	= 48	70	= 37,8
1	94	= 24,8	33	= 28,9	913	= 31,1	52	= 30,1	59	= 31,9
2	24	= 6,3	7	= 6,6	389	= 13,2	18	= 10,4	27	= 15,2
3	5	= 1,3	0		141	= 7,8	15	= 3,7	13	= 7,0
4	0		0		73	= 2,5	4	= 2,3	5	= 2,7
mehr als 4	0		1	= 0,2	43	= 1,5	1	= 0,6	11	= 6,9

Diese Tabelle hat das erschütternde Ergebnis, daß nur 67,8% der Ledigen und 64% der Verlobten bis zur ersten Beratung noch keine Abortus hatten, d. h., 32,2% der Ledigen und 36% der Verlobten hatten bei der ersten Beratung bereits Abortus gehabt, 6,3% der Ledigen und 6,6% der Verlobten bereits 2, mehrere noch mehr Abortus.

Von den Verheirateten hatten 53,0% bereits mindestens 1 Abortus durchgemacht, 1,5% mehr als 4.

Die Zahl der Kinder und Abortus, die im Durchschnitt auf 1 Frau kommen, zeigt Tab. XII.

Tabelle XII

Familienstand	Zahl der Frauen	Zahl der Kinder		Zahl der Abortus	
		Gesamt	berechnet auf 1 Frau	Gesamt	berechnet auf 1 Frau
Ledige und Verlobte . .	497	185	0,37	209	0,42
Verheiratete	2941	5878	1,99	2621	0,89

Tab. XII zeigt die von uns immer wieder betonte Tatsache, daß die höhere Zahl der Abortus nicht bei den Ledigen, sondern bei den Verheirateten liegt (siehe auch v. Mikulicz-Radcki). Mit 0,89% Abortus auf 1 Frau zeigen die Verheirateten doppelt soviel Abortus wie die Ledigen, bei denen nur 0,42% Abortus auf 1 Frau kommen.

Die Zahl der Kinder bei den Verheirateten mit 1,99 je Frau zeigt, daß die Forderung von mindestens 2 Kindern vor einer antikonzeptionellen Beratung verheirateter Frauen in unserem Material erfüllt ist.

Eine Übersicht über die Zahl der Frauen, die vor der ersten Beratung weder Partus noch Abortus hatten, zeigt

Tabelle XIII

Familienstand	Zahl der Frauen	0 Partus = % 0 Abortus = %
Ledige	379	208 = 54,9
Verlobte	114	50 = 43,9
Ledige und Verlobte .	493	258 = 52,3
Verheiratete	3152	208 = 7,1

Der Prozentsatz der von uns antikonzeptionell beratenen verheirateten Frauen, die vor der ersten Beratung weder ein Kind noch einen

Abortus hatten, ist mit 208 Frauen von 3152 (7,1%) sehr gering. Hierbei handelt es sich oft um medizinische Indikation für Schwangerschaftsverhütung, gelegentlich z. B. um Frauen, die Witwer mit mehreren Kindern geheiratet haben und nun aus sozialen Gründen auf eigene Kinder verzichten wollen.

Rechnet man auch in Tab. XIII Ledige und Verlobte als unverheiratet zusammen, so ergibt sich, daß von 493 Unverheirateten nur 258 vor der ersten Beratung weder Abortus noch Kinder hatten, d. h. 52,3%. Fast die Hälfte aller Unverheirateten, die uns aufsuchten, hatten also bereits Kinder oder Abortus gehabt. Diese Zahlen sprechen dafür, daß in geeigneten Fällen auch die Beratung von Unverheirateten in Fragen der Antikonzepktion durchaus als berechtigt angesehen werden muß. Wir fühlen uns verpflichtet, auch diese antikonzepktionell zu beraten, einmal, um sie vor der Gefahr weiterer Abtreibungen zu schützen, auf der anderen Seite, um etwaige weitere Kinder vor dem traurigen Lebensstart des unehelichen Kindes zu bewahren. Hier muß wieder betont werden, daß gerade die Beratung von Ledigen immer wieder Gelegenheit gibt, aufklärend und erzieherisch zu wirken. Die zahlreichen Fälle, in denen eine solche sexualpädagogische Beratung durchgeführt wird, und zwar häufig mit dem gewünschten Erfolg, würden verlorengehen, wenn in derartigen Beratungsstellen, wie es von mancher Seite gefordert wird, nur verheiratete Frauen beraten würden.

Eine Zusammenstellung, wie sich die Zahl der Partus zur Zahl der Abortus bei den verheirateten Frauen verhielt, ergab keine konstante Korrelation zwischen den Zahlen der Kinder und der Abortus, wie die folgende Tab. XIV zeigt.

Tabelle XIV

Zahl der Frauen	Zahl d. Part.	0 Abortus	1 Abortus	2 Abortus	3 Abortus	4 Abortus	mehr als 4 Abortus
350	0	208 = 57,8 %	94 = 26,6 %	34 = 9,6 %	9 = 2,5 %	4 = 1,1 %	1 = 0,3 %
1064	1	509 = 50,5 %	310 = 26,6 %	119 = 9,6 %	44 = 2,5 %	16 = 1,1 %	1 = 0,3 %
866	2	365 = 42,4 %	287 = 33,3 %	134 = 15,6 %	39 = 4,5 %	24 = 2,8 %	17 = 2,0 %
411	3	170 = 41,4 %	122 = 29,7 %	67 = 16,3 %	27 = 6,6 %	15 = 3,7 %	10 = 2,4 %
173	4	73 = 42,1 %	54 = 31,2 %	20 = 11,5 %	12 = 6,9 %	6 = 3,5 %	8 = 4,6 %
73	5	31 = 42,4 %	23 = 31,1 %	9 = 12,3 %	6 = 8,2 %	3 = 4,1 %	1 = 1,3 %
59	über 5	25 = 42,4 %	18 = 30,5 %	6 = 10,1 %	3 = 5,1 %	5 = 8,4 %	2 = 3,4 %

In der Tab. XIV wurden 2996 Fälle verheirateter Frauen ausgewertet, von denen die Zahl der Kinder und Abortus bekannt war. Es fällt auf, daß von 2 Kindern an aufwärts die Prozentzahlen der Frauen mit 0 Abortus annähernd konstant bleibt um 42%. Bei den Frauen mit 0 und 1 Partus liegt diese Prozentzahl wesentlich höher, nämlich bei

57,8 und 50,5%, d. h., von den verheirateten Frauen haben bei 0 Kindern 42,2% bereits Abortus, bei 1 Kind sogar 49,5%. Es wird häufig angeregt, nur solche verheirateten Frauen antikonzeptionell zu beraten, die bereits 2 Kinder haben. Wir lehnen diesen Standpunkt ab, da wir glauben, daß man dadurch nicht die Gebärfreudigkeit erhöhen, sondern nur die Zahl der Abortus steigern würde. Allerdings versäumen wir nie, nach den Ursachen der gewünschten Kinderlosigkeit zu suchen und eindringlichst auf die Sinnlosigkeit und Unbeständigkeit der kinderlosen Ehe hinzuweisen. Es muß ausdrücklich festgestellt werden, daß Beschränkung der Familie von uns nicht etwa als wünschenswert schlechthin angesehen wird, sondern nur als notwendige Maßnahme in der augenblicklichen wirtschaftlichen Situation. Auch hier wieder eine Aufgabe der Sexualpädagogik, die unsere Jugend lehren sollte, daß eine kinderreiche Familie eine größere Gewähr für ein glückliches Eheleben gibt als eine Fülle von Gegenständen der modernen Technik. Leider ist unseren jungen Ehen heute vielfach die Anschaffung eines Fernsehapparates wichtiger, als die Aufzucht eines 2. oder 3. oder gar 4. Kindes.

Um festzustellen, ob ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Kinder und den Wohnverhältnissen bestünde, wurde in einer besonderen Tabelle bei 1105 verheirateten Frauen, von denen Wohnverhältnisse und Zahl der Kinder bekannt waren, die Zahl der Kinder mit den Wohnverhältnissen nach Altersgruppen kombiniert.

Tabelle XV

	Zahl der Frauen	Zahl der Kinder	Zahl der Kinder je Frau
Eigene Wohnung	947	1892	2,0
Untermiete	158	205	1,3

Es hatten also 947 verheiratete Frauen mit eigener Wohnung 1892 Kinder, d. h., auf jede Frau kamen 2 Kinder. 158 verheiratete Frauen, die in Untermiete wohnten, hatten 205 Kinder, d. h., auf jede Frau kamen nur 1,3 Kinder. Es liegt die Überlegung nahe, daß dieser Unterschied dadurch zustande käme, daß es sich bei den Frauen, die zur Untermiete wohnten, hauptsächlich um die jungen Ehen handelt, die naturgemäß noch weniger Kinder haben mußten. Es wurde daher dieselbe Berechnung für die Altersklasse 3, 4, 5 durchgeführt, d. h. für die Ehen, in denen die Frauen 25 bis 40 Jahre alt waren. Es ergab sich

Tabelle XVI

	Zahl der Frauen	Zahl der Kinder	Zahl der Kinder je Frau
a) Altersgruppe 3 = 25—30 Jahre			
Eigene Wohnung	531	583	1,7
Untermiete	91	101	1,1
b) Altersgruppe 4 = 31—35 Jahre			
Eigene Wohnung	303	658	2,2
Untermiete	41	63	1,5
c) Altersgruppe 5 = 36—40 Jahre			
Eigene Wohnung	293	651	2,2
Untermiete	26	41	1,6

Es kommen also auch in den höheren Altersgruppen auf 1 Frau mit eigener Wohnung etwa 2 Kinder, während bei den verheirateten Frauen, die zur Untermiete wohnten, auch in den höheren Altersgruppen nur 1,4 Kinder auf 1 Frau kamen.

Eine Übersicht über die Zahl der verheirateten Frauen, die vor der ersten Beratung keine Kinder hatten, unterteilt nach den Wohnverhältnissen, zeigt Tab. XVII.

Tabelle XVII

Wohnverhältnisse	Zahl der Frauen	davon 0 Kinder	= %
Eigene Wohnung	947	76	8,0
Untermiete	158	28	18,4

Die Tatsache, daß durchgehend die Zahl der Kinder pro Frau bei den verheirateten Frauen mit eigener Wohnung höher ist als bei denen, die zur Untermiete wohnen, ferner die Tatsache, daß von den Frauen mit eigener Wohnung bei der ersten Beratung nur 8% keine Kinder hatten, während von den Frauen, die zur Untermiete wohnten, 18,4% keine Kinder hatten, weist darauf hin, daß die Wohnverhältnisse einen erheblichen Einfluß auf die Zahl der Kinder in einer Ehe haben können.

Soweit die Schilderung der Situation, die uns in unseren Fällen veranlaßte, ärztlich geleitete Antikonzption zu treiben: einmal die Tatsache, daß soziale Verhältnisse und mangelnder Wohnraum eine unbegrenzte Kinderzahl nicht zulassen, auf der anderen Seite die Gefahr, daß Geburtenbeschränkung mit Hilfe der gesundheitsschädlichen, moralisch abzulehnenden Schwangerschaftsunterbrechung getrieben wird. Zur Gesundung unserer Familien mit dem Verantwortungsbewußten Willen zum Kinde halten wir neben einer Verbesserung der sozialen Verhältnisse eine bewußte, ärztlich überwachte Geburtenregelung bei den verheirateten Frauen für angezeigt.

Indikationen zur Empfängnisverhütung

Es ist nachdrücklich festzustellen, daß die für eine Schwangerschaftsunterbrechung aufgestellten Indikationen für die Frage der Empfängnisverhütung nicht ohne weiteres zu übernehmen sind.

Schlechte soziale Verhältnisse, wie unzureichendes Einkommen und schlechte Wohnverhältnisse, lassen eine unbegrenzte Kinderzahl nicht zu. Geburtenbeschränkung aus sozialer Indikation vor allem auch, um der Gefahr einer Abtreibung vorzubeugen, erscheint hier nicht nur vertretbar, sondern auch aus ärztlicher Sicht dringend erforderlich.

Die Tatsache der Unehelichkeit allein kann niemals als Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung gelten. Vom Blickpunkt der antikonzptionellen Beratung aber gilt es, durch unschädliche, moralisch einwandfreie vorbeugende Maßnahmen den Versuch zu machen, ein soziales Problem zu lösen. An dem Vorhandensein dieses Problems kann kein in diesen Dingen Erfahrener vorübergehen, der Tatsache nämlich, daß auf Grund der ökonomischen Strukturveränderungen unserer Zeit und auf Grund der Wandlung der Moralbegriffe der voreheliche Verkehr leider zu einem Faktum geworden ist, mit dem man rechnen muß. Hier täte eine frühzeitige sexualpädagogische Anleitung unserer Jugend,

besonders unserer jungen Mädchen not, um ihnen wieder eine verantwortungsbewußte Einstellung zu den Problemen der Beziehungen zwischen den Geschlechtern zu geben.

An weiteren Indikationen zur antikonzeptionellen Beratung dürfte sich der Begriff der eugenischen und der medizinischen Indikation mit dem decken, was N a u j o k s hierfür fordert. Bei der eugenischen Indikation, für die ja für die Schwangerschaftsunterbrechung eine juristische Anerkennung fehlt (N a u j o k s), dürfte eine ärztlich überwachte antikonzeptionelle Beratung einer Gefährdung der Nachkommenschaft vorzuziehen sein. Die auch von N a u j o k s befürwortete sozialmedizinische Indikation spielt bei der Indikationsstellung zur antikonzeptionellen Beratung insofern eine größere Rolle, als man hierunter vor allem die Fälle rechnet, die der Engländer mit »child spacing« bezeichnet. Es handelt sich hierbei um Frauen, die durch eine oder mehrere bereits durchgemachte Geburten und evtl. anschließende längere Stillzeiten infolge schwieriger sozialer Verhältnisse oder auf Grund körperlicher Schwächlichkeit verbraucht sind. Eine vorübergehende etwa einjährige antikonzeptionelle Maßnahme ist in diesen Fällen häufig geeignet, den nötigen Kräftevorrat für eine weitere Schwangerschaft zu schaffen und die Frau zur weiteren Erfüllung ihrer Pflichten der vergrößerten Familie gegenüber zu befähigen. Die Fälle von sozialmedizinischer Indikation bei Unverheirateten umfassen die Fälle, in denen zu der sozialen Indikation der Unehelichkeit Krankheit oder allgemeine körperliche Schwäche hinzutreten.

Eine Übersicht über die Verteilung der Indikationsstellung zur antikonzeptionellen Beratung in 3043 Fällen gibt Tabelle XVIII, berechnet nach dem Familienstand.

Tabelle XVIII

Familienstand	Indikationen			
	medizinische	soziale	eugenische	sozialmediz.
ledig und verlobt .	4 %	86,7 %	0 %	9,6 %
verheiratet	4,5 %	63,2 %	0,3 %	31,9 %
getrennt				
verwitwet	2,0 %	60,0 %	0 %	38,0 %
geschieden				

Tab. XVIII ergibt, daß die soziale Indikation bei weitem im Vordergrund steht. Aus eugenischer Indikation erfolgten nur einzelne Beratungen. Naturgemäß bei den Unverheirateten, sowie den getrennt Lebenden, Verwitweten und Geschiedenen gar keine. Die Anzahl der medizinischen Indikationen ist bei den ersten Gruppen annähernd gleich, bei der letzten Gruppe der getrennt Lebenden, Verwitweten und Geschiedenen geringer, wahrscheinlich, weil es sich hier meist um ältere Frauen handelt, die, wenn sie wesentliche organische Leiden aufweisen, keine neuen Beziehungen eingehen. "

Die antikonzeptionelle Technik

Für das unschädlichste und sicherste mechanische Mittel zur Empfängnisverhütung halten wir auch heute noch das Kondom. Seine Anwendung (es wird in der Statistik unter der Rubrik »sonstige Mittel« gezählt) spielt jedoch in unserem Material praktisch kaum eine Rolle,

da nur in ganz einzelnen Fällen die Ehemänner zu seiner Anwendung bereit waren. Häufig suchten uns die Frauen aus dem Grund auf, weil eine neue Schwangerschaft beiden Ehepartnern unerwünscht war und der Ehemann eine Anwendung des Kondom ablehnte (siehe auch G e s e n i u s und K n a c k).

Der Coitus interruptus, der im Gegensatz hierzu weit verbreitet ist, wird von uns aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt, führte die Frauen zudem häufig zu uns, weil er nicht den gewünschten Erfolg gehabt hatte.

Schon aus diesen praktischen Gründen kommt es darauf an, statt dem Mann, nunmehr der Frau die rechten Mittel zur Empfängnisverhütung in die Hand zu geben. Auch prinzipiell sollte die Frau die letzte Verantwortung auferlegt werden, wenn beide Sexualpartner zur Empfängnisverhütung entschlossen sind, ist sie doch diejenige, welche die ganze Last einer ungewollten Schwangerschaft zu tragen hat.

Bei der praktischen Beratung verwandten wir bis auf wenige Ausnahmen stets die Kombination eines mechanischen mit einem chemischen Schutzmittel. Als mechanische Mittel wurden verwandt ein Scheidenokklusivpessar oder eine Zervixkappe. Die Anwendung von Stiftpessaren, Spreizpessaren oder Intrauterinpessaren, wie der bei den Frauen so beliebte Gräfenbergring, wurden als gesundheitsschädlich grundsätzlich abgelehnt.

Die verwandten Scheidenokklusivpessare (in der Statistik Parma genannt) bestehen aus feinem, weißem Gummi mit elastischem Spiraland. Diese werden nach mehrfacher eingehender Unterweisung der Frau und Kontrolluntersuchung zu jedem Koitus von der Frau selbst eingesetzt und nach 12 Stunden wieder entfernt.

Die Zervixkappen (in der Statistik »Kappe« genannt) bestehen aus weißem oder durchsichtigem elastischen Material. Sie werden von einer Menstruation zur anderen in situ belassen, von den Frauen selbst vor der neuen Menstruation entfernt, aber stets von der Ärztin selbst eingesetzt, wobei bei völliger Beschwerdefreiheit mindestens jeden 3. Monat eine gynäkologische Untersuchung mit Inspektion der Portio erfolgt. Diese Kappen wurden prinzipiell nur da verabfolgt, wo sich keinerlei gynäkologische Erkrankungen (Fluor, Adnexitis usw.) in der Anamnese fand und die Menstruation einigermaßen regelmäßig erfolgte.

Zusätzlich zu diesen mechanischen Mitteln wurden chemische Mittel in Form von Gelees, Geleezäpfchen und Tabletten zur Einführung in die Vagina verwandt, die Zusätze von spermafeindlichen Ingredienzien enthalten. Ihre Aufgabe ist, durch Erhöhung des Säuretitors der Vagina die äußerst säureempfindlichen Spermatozoen zu schädigen.

An eine Keimschädigung der Spermatozoen, die ausnahmsweise nach Gebrauch chemisch antikonzptioneller Mittel doch zur Befruchtung eines Eies kommen sollten, glauben wir nicht (siehe auch G e s e n i u s).

Neuerdings empfohlene Mittel, wie das Agen, dessen Wirkung auf einer Hyaluronidase-Hemmung im Sperma beruht und eine Verflüssigung des zervikalen Schleimpfropfes sowie der das Ei umgebenden Gallerthülle behindert, kamen trotz bestechender Erfolgsberichte nicht zur Anwendung, da etwaige Nebenwirkungen der Hyaluronidase-Hemmung auf den Gesamtorganismus bei langdauernder Anwendung noch nicht genügend untersucht zu sein schienen. Ebenso wurde eine Empfängnisverhütung durch hormonale Umstimmung des Zyklusablaufs als »keineswegs wünschenswerter Eingriff in das endokrine System« (G e s e n i u s)

abgelehnt. Eine intensive Forschung auf diesem Gebiet ist im Gange. Ob sie zu befriedigenden, unschädlichen Resultaten führt, bleibt abzuwarten.

Auf Kosten einer hundertprozentigen Sicherheit fühlten wir uns verpflichtet, nur Mittel zu empfehlen, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unschädlich waren.

Eine Übersicht über die in 3071 antikonzeptionellen Beratungen zur Anwendung gekommenen Mittel gibt

Tabelle XIX

Zahl der Fälle	Parma allein	Parma und chemische Mittel	Kappe allein	Kappe und chemische Mittel	Sonstige
3071	28	1095	41	1812	95

Tab. XIX zeigt, daß mechanische Mittel allein nur in den seltensten Fällen, im allgemeinen die Kombination eines Pessar mit einem chemischen Mittel angewandt wurden. Die Angabe, daß hierbei in der Mehrzahl Zervixkappen verwandt wurden, entspricht nicht der heute in den Beratungsstellen ausgeübten Technik. In den ersten Jahren war dies sicher der Fall. Im Laufe der Jahre hat sich jedoch die für die Frau umständlichere, aber erfolgssichere und niemals zu irgendwelchen Reizungen führende Methode des Scheidenokklusivpessar in Verbindung mit einem chemischen Mittel durchgesetzt, die heute mit ganz wenigen Ausnahmen als Methode der Wahl durchgeführt wird.

Bei den in der 5. Gruppe gezählten 95 Fällen sind diejenigen zusammengefaßt, in denen die Anwendung eines mechanischen Schutzes sich verbot durch krankhafte Veränderungen an den Genitalien (z. B. Descensus vaginae, Retroflexio fixata in bestimmten Fällen, Fluor) oder in denen weltanschauliche Bindungen die Ratsuchenden abhielten, antikonzeptionelle »Mittel« zu benutzen. Wo die Anwendung mechanischer Mittel aus gesundheitlichen Rücksichten nicht möglich war, blieb als Notbehelf die Verwendung eines Kondom oder, falls dies abgelehnt wurde, lediglich die Anwendung eines chemischen Mittels, wobei stets auf die wesentlich geringere Chance eines befriedigenden Erfolges hingewiesen wurde. Wo weltanschauliche Bedenken, z. B. bei katholischen Patienten bestanden, denen die Kirche nur die sogenannte »natürliche Empfängnisverhütung« in Form von Abstinenz in den fruchtbaren Tagen gestattete, wurde die Methode nach K n a u s - O g i n o empfohlen, auf die später noch eingegangen wird.

Von diesen 3071 antikonzeptionell beratenen Fällen wurde im Laufe der Beobachtungszeit bei 340 Fällen eine Änderung der Maßnahmen durchgeführt. Maßgebend hierfür waren teils praktische Gesichtspunkte, teils Beschwerden, die nach Anwendung der ursprünglich durchgeführten Methode eintraten. Eine Übersicht über diese Fälle gibt

Tabelle XX

Gründe	Wechsel von	
	Parma auf Kappe	Kappe auf Parma
praktische Gründe.	52 = 4,75 %	83 = 5,76 %
Beschwerden	17 = 1,55 %	188 = 10,83 %
Gesamt	69 = 6,30 %	271 = 14,96 %

Es wurde also wesentlich häufiger notwendig, von einer Zervixkappe auf ein Scheidenokklusivpessar überzugehen, nämlich in 14,96% der Fälle, während das Scheidenokklusivpessar nur in 6,3% der Fälle in eine Zervixkappe ausgewechselt wurde. Praktischer Grund für die Änderung der Maßnahme war bei dem Scheidenokklusivpessar oft außergewöhnlich häufiger Koitus (täglich, gelegentlich mehrmals täglich), der die korrekte Anwendung erschwerte, nur in seltenen Ausnahmefällen die Unfähigkeit der Frau, das Pessar ordnungsgemäß einzusetzen. Praktischer Grund für Änderung der Maßnahmen war bei der Zervixkappe meist berufliche oder häusliche Schwierigkeiten der Frauen, welche die Beratungsstelle jeweils sofort nach den Menses aufzusuchen, um das Pessar neu einsetzen zu lassen.

Wechsel von Parma auf Kappe erfolgte wegen Beschwerden nur in 1,55% der Fälle. Wir sahen gelegentlich leichtes Druckgefühl bei einer Retroflexio oder mußten bei Frauen mit chronischer Obstipation feststellen, daß das Pessar nicht ordnungsgemäß saß. Auch diese Fälle wurden als »Beschwerden« gezählt. Irgendwelche nachteiligen Folgen, selbst bei jahrelanger Anwendung, konnten wir bei Verwendung des Scheidenokklusivpessar niemals feststellen. Demgegenüber war der Wechsel von der Zervixkappe auf das Scheidenokklusivpessar in 10% der Fälle, die eine Zervixkappe erhalten hatten, wegen irgendwelcher Beschwerden oder objektiver gesundheitlicher Schäden, nötig. Einzelne Frauen empfanden trotz völlig intaktem Genitale nach einigen Tagen ein Druckgefühl, andere bekamen leichten Fluor, in einzelnen Fällen erzeugte der Rand der Zervixkappe an der Umschlagstelle der Schleimhaut vom Kolum zur Vagina kleine fühlbare Fältchen, die zum sofortigen Wechsel zwangen. Diese Erfahrungen veranlaßten, daß in den letzten Jahren praktisch nur noch das Scheidenokklusivpessar verwandt wurde. Ausnahmen bilden Frauen, bei denen wegen pathologischer Veränderungen (z. B. starke Retroflexio fixata oder Status post Kolporrhaphie) ein Scheidenokklusivpessar nicht korrekt zu plazieren ist, das Kondom vom Ehemann abgelehnt wird und doch aus zwingenden, z. B. medizinischen Gründen eine antikonzeptionelle Beratung erforderlich ist.

Zur Kritik der Methode nach Knaus-Ogino

Neben der Verwendung chemischer und mechanischer Mittel zur Empfängnisverhütung versuchten wir verschiedentlich auch die Methode nach Knaus zu verwenden, stießen hier aber auf Schwierigkeiten. Knaus selbst hat gegenüber seinen ersten optimistischen Veröffentlichungen im Laufe der Jahre verschiedene Einschränkungen für die Verwendbarkeit seiner Methode gebracht. Bekannt sind außerdem die Arbeiten von Stieve, in denen er die Möglichkeit von Zwischenovulationen aus den verschiedensten Gründen nachweist. Eine seiner diesbezüglichen Veröffentlichungen schließt mit den Worten: »daß es im Leben der gesunden Frau im geschlechtstüchtigen Alter außerhalb der Schwangerschaft keinen Zeitabschnitt gibt, in dem eine Befruchtung ausgeschlossen ist«. Dazu kommen praktische Schwierigkeiten, welche die Anwendung der Methode erschweren. Das ist einmal die Tatsache, daß in einer Vielzahl von Fällen die Sexualpartner nach unserer Erfahrung nicht bereit sind, manchmal trotz bester Vorsätze, sich an die gegebenen Daten zu halten und die sogenannte »natürliche Methode« als die unna-

türlichste von allen empfinden. Weiter ist die Methode nur da anwendbar, wo es sich um einigermaßen regelmäßige Menstruationszyklen handelt. Wir haben bei 560 unserer Frauen, bei denen die Menstruationsdaten über 2 Jahre laufend von uns notiert wurden, versucht, einen Überblick über die Regelmäßigkeit der Menstruation zu erhalten. Das Ergebnis zeigt die

Tabelle XXI

Menstruation ist regelmäßig alle 28 Tage bei	4 Frauen = 0,7%
„ zeigt Differenz bis zu 4 Tagen bei	395 „ = 70,5%
„ zeigt Differenz von mehr als 4 Tagen bei	122 „ = 21,8%
„ ist ganz unregelmäßig bei	39 „ = 7,0%

Es zeigt sich also, daß eine Differenz von regelmäßig 28 Tagen nur in der Ausnahme vorkommt (siehe auch *Stecher*). Das Gros zeigt eine Differenz von 1 bis 4 Tagen. Wir berechnen die fruchtbaren Tage nach dem jeweiligen Zyklus jeder einzelnen Frau nach dem von *Ockel* angegebenen Schema. Das würde z. B. bei einer Schwankungsbreite von 26 bis 30 Tagen eine fruchtbare Zeit vom 7. bis 20. Tage des Menstruationsmonats ergeben. Rechnet man die Menstruation selbst mit nur 4 Tagen, so würde das bedeuten, daß in diesem Falle ein Koitus nur zwischen dem 4. und 7. Tag nach Mensesbeginn und dann ab 20. Tag, also 6 bis 10 Tage vor der neuen Menses stattfinden dürfte, das ist eine Beschränkung, die bei unserem Material, in dem der Koitus nach unseren Erfahrungen durchschnittlich 2- bis 3mal wöchentlich ausgeübt wird, eine nicht zu erwartende Disziplin der Ehepartner voraussetzt (siehe auch *Dietel*).

Von einer Anwendung der Basaltemperaturmessung mußten wir bei unserem Material absehen, da es sich vorwiegend um Frauen der werktätigen Bevölkerung handelte oder aus dem kleinen Mittelstand und diese durch ihre häuslichen und beruflichen Pflichten nicht in der Lage waren, morgens nüchtern konsequent ihre Temperaturen zu kontrollieren.

Der Wert der Erkenntnisse von *Knaus* scheint uns mehr in ihrer Anwendung zur Bekämpfung der Sterilität zu liegen, wobei wir sie, wie schon dort erwähnt, nie außer acht lassen. Bei der antikonzeptionellen Beratung pflegen wir in den letzten Jahren bei den Frauen, die uns regelmäßig aufsuchen, über 1 Jahr die Menstruationsdaten zu notieren und dann die »fruchtbaren Tage« auszurechnen. Wir empfehlen den Frauen, stets Schutzmittel anzuwenden, in den fruchtbaren Tagen aber so selten wie möglich zu koitieren. Wir kombinieren also die Methode der mechanischen und chemischen Mittel mit der von *Knaus*. Dies ist, dessen sind wir uns bewußt, ein noch recht kompliziertes Verfahren, bietet aber eine fast 100%ige Sicherheit.

Überprüfung der angeratenen Mittel

Den Erfolg der in den Beratungsstellen angewandten Methode festzustellen, ist nicht ganz einfach. Ein großer Teil der Frauen suchte uns nach anfänglichen regelmäßigen Kontrollbesuchen nicht mehr auf, so daß wir in diesen Fällen den Erfolg der Maßnahmen nicht beurteilen konnten. Eine schriftliche Anfrage wurde nur von 10% der Frauen beantwortet, teilweise erst nach einem Jahr, so daß die Resultate nicht

mehr bei der Statistik verwendet werden konnten. Die Antworten lauten fast durchweg positiv, die Frauen waren mit der Methode zufrieden, verwandten sie ständig und korrekt und hatten darum keine Notwendigkeit gesehen, uns wieder aufzusuchen. Diese Tatsache wird uns auch aus England bestätigt, wo zur Zeit 200 derartige Beratungsstellen bestehen. Der Erfolg oder Mißerfolg unserer Maßnahmen wurde zu berechnen versucht aus 926 Fällen, in denen wir die Resultate über mindestens 2 Jahre mit Sicherheit verfolgen konnten. In 686 von diesen 926 Fällen hatten die empfängnisverhütenden Maßnahmen den erwünschten Erfolg. In den übrigen 238 Fällen war der Erfolg negativ, d. h., es kam trotz antikonzeptioneller Beratung doch zu einer neuen Schwangerschaft. In der nachfolgenden Übersicht wurde bei den negativ verlaufenen Fällen unterschieden, ob die Methode korrekt oder unkorrekt durchgeführt worden war. Ausgewertet wurden nur die Fälle, in denen ein Scheidenokklusivpessar kombiniert mit chemischem Mittel oder eine Zervixkappe kombiniert mit chemischem Mittel verordnet worden war. Bei den übrigen Methoden waren die Zahlen zu klein, um über Erfolg oder Mißerfolg etwas aussagen zu können.

Tabelle XXII

Erfolg der Maßnahmen	Angewandter Schutz	
	Parma mit chemischen Mitteln bei 319 Frauen	Kappe mit chemischen Mitteln bei 606 Frauen
gut	255 Frauen = 80,0 %	432 Frauen = 71,4 %
negativ		
korrekt	5 „ = 1,57 %	31 „ = 5,0 %
inkorrekt	59 „ = 18,43 %	143 „ = 23,6 %
insgesamt negativ	64 „ = 20,0 %	174 „ = 28,6 %

Tab. XXII zeigt, daß die Versager bei Verwendung von Zervixkappe zahlreicher sind als bei Verwendung des Scheidenokklusivpessar. Dies ist ein zweiter Grund, weswegen in letzter Zeit dem Scheidenokklusivpessar durchweg der Vorzug gegeben wird. Ein Grund, weswegen die Zervixkappe unzuverlässiger ist, liegt wohl darin, daß die Frauen oft nicht sofort anschließend an die Menstruation die Beratungsstelle aufsuchen konnten, da die Beratungen nur zweimal wöchentlich stattfinden, und dann gelegentlich ungeschützt koitieren. Die Zahl der Fälle, in denen der Erfolg beurteilt werden konnte, ist für die Anwendung der Zervixkappe deswegen so unverhältnismäßig hoch, weil diese Frauen gezwungen sind, die Beratungsstelle regelmäßig aufzusuchen, da die Zervixkappe, wie dort beschrieben, allmonatlich von der Ärztin selbst eingesetzt wird. Diese Frauen suchten uns gern regelmäßig auf, und es gab jedesmal einen Kampf, wenn aus triftigen Gründen von der Zervixkappe auf das Scheidenokklusivpessar übergegangen werden mußte. Die Frauen bevorzugen die erstere, weil sie erstens den ganzen Monat nichts von der Anwendung des mechanischen Schutzes merken, ante coitum keinerlei Manipulationen vorzunehmen brauchen, die ihnen unsympathisch

sind, und zweitens, weil manche von ihnen sich lieber darauf verlassen, daß die Ärztin das Pessar richtig plaziert hat, während sie bei dem selbst eingesetzten Scheidenokklusivpessar in den ersten Monaten oft Angst haben, sie könnten es nicht richtig eingesetzt haben. Bei längerem erfolgreichem Gebrauch verlassen sie sich allerdings so darauf, daß sie die zusätzliche Anwendung von chemischen Mitteln unterlassen. Daraus resultierten dann hier die Versager.

Die unkorrekt behandelten Fälle mit negativem Erfolg kommen so meist durch die Unachtsamkeit der Frauen zustande. Die so entstandenen Schwangerschaften werden in der Mehrzahl der Fälle abgetrieben.

Von den 925 Fällen, in denen der Erfolg über mindestens 2 Jahre sicher beobachtet wurde, ergaben 238 Versager. Von diesen 238 Versagern wurde in 202 Fällen unkorrekte Anwendung der vorgeschlagenen Maßnahmen zugegeben. Es blieben also im ganzen bei 925 antikonzeptionellen Beratungen 36 Fälle, in denen bei korrekter Anwendung der Maßnahmen Versager eintraten, d. h. in 3,89% der Fälle, anders ausgedrückt: es ergab sich bei den geschilderten Methoden zur Empfängnisverhütung bei korrekter Anwendung eine Sicherheit von über 96%. Das deckt sich mit Angaben, die auch von Schweden auf einem internationalen Kongreß der International Planned Parenthood Federation 1955 gemacht wurden.

Als letztes eine Übersicht über das Schicksal derjenigen Frauen, die vor der ersten Beratung Abortus hatten, nach Anwendung der antikonzeptionellen Maßnahmen. Von den 925 antikonzeptionell beratenen Frauen hatten 563 vorher bereits Abortus durchgemacht. Von diesen 563 Frauen, die bei einer neuen Gravidität wahrscheinlich wieder abgetrieben hätten, blieben nach der Beratung abortfrei 403 (71,4%). Den Unterschied zwischen korrekt und unkorrekt befolgter Methode bei den Frauen, die vorher bereits Abortus gehabt hatten, zeigt

Tabelle XXIII

Erfolg der Maßnahmen	Zahl der Frauen	
	korrekte Anwendung	unkorrekte Anwendung
gut	338	130
negativ	27 = 7,4 %	127 = 49,4 %
Gesamtzahl	365	257

Diese letzte Tabelle zeigt, daß bei korrekter Befolgung der Methode von 365 Frauen, die vorher schon Abortus gehabt hatten, nur in 7,4% der Fälle neue Schwangerschaften auftraten, also in 92,6% der Fälle neue Schwangerschaften und damit neu zu erwartende Abtreibungen vermieden wurden. Bei inkorrekt Anwendung war ein solcher Erfolg nur in 50% der Fälle zu verzeichnen. ...

Es darf gerade aus diesem letzten Ergebnis der Schluß gezogen werden, daß eine korrekt durchgeführte, ärztlich geleitete antikonzeptionelle Beratung als ein geeignetes Mittel zur Bekämpfung der Abtreibung angesehen werden kann. Damit wäre erwiesen, daß es sich hier um eine echte medizinische Präventivmaßnahme handelt. Die Ergebnisse können als Beitrag zu der in Deutschland in den letzten Jahren immer wieder

Brandt, Erfahrungen aus 9jähr. Tätigkeit in den Berliner Frauenberatungsstellen

geführten Diskussion dienen, ob Geburtenkontrolle eine Aufgabe der Sozialversicherung ist, soweit diese sich mit Präventivmaßnahmen befaßt. Dies sind Fragen, die in anderen Ländern unseres Kulturkreises nach anfänglich scharfer Diskussion heute längst kein Problem mehr sind. In Amerika bejahten z. B. nach Gutmann von 3381 befragten Ärzten 68% eine antikonzeptionelle Beratung für alle Verheirateten.

Die Schilderung der Arbeit in den Berliner Frauenberatungsstellen zeigt einen Versuch, den heute drohenden Verfall unserer Familien durch rechtzeitige sexualpädagogische Anleitung der Jugend, durch vor-eheliche Beratung, Eheberatung und bewußte Geburtenkontrolle mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu bekämpfen mit dem Ziel einer gesunden Familie mit dem verantwortungsbewußten Willen zum Kinde.

Diskussion einiger strittiger Fragen

Es erhebt sich zuerst die Frage, ob derartige Beratungsstellen, bei denen es sich oft um subtilste Dinge der Intimsphäre handelt, zweckmäßig von einer behördlichen Stelle, wie in diesem Falle der Krankenkasse, oder besser von einer privaten Stelle durchgeführt werden. Was die Eheberatung angeht, so dürfte manche Frau sich wohl lieber an eine private Stelle wenden. Letztlich wird es dabei jedoch auf die Persönlichkeit des Beratenden ankommen. Gerade die Frauen, die Hilfe bei der Klärung ihrer in Gefahr befindlichen Ehe suchen, kommen meist auf Empfehlung einer Frau, die bereits beraten wurde. Hierbei wird weniger eine Rolle spielen, ob es sich um eine behördliche Stelle handelt, sondern darum, ob es dem Berater gelungen ist, Kontakt und Vertrauen bei den Rat suchenden Frauen zu gewinnen.

Was die sexualpädagogischen Beratungen angeht, so wurde bereits erwähnt, daß diese eigentlich nicht Sache der Beratung erwachsener Frauen sein sollten. Bereits in der Jugend sollten Elternhaus und Schule diese Dinge in gemeinsamer Arbeit den Kindern vermittelt haben. Es handelt sich hierbei um Probleme, die auch in anderen Ländern lebhaft diskutiert werden, in Deutschland noch ganz im Fluß sind und teilweise gerade in Schulkreisen noch auf größte Hemmungen stoßen. In Schweden ist z. B. die gesamte Sexualpädagogik im Laufe der letzten 20 Jahre auf Initiative von Frau Dr. h. c. Elise Ottesen-Jensen in Gemeinschaftsarbeit mit den Eltern in den gesamten Lehrgang der Schulen eingebaut worden. Dies erfordert allerdings eine eingehende Unterweisung der Eltern, die selbst oft in den primitivsten Dingen der sexuellen Aufklärung und -pädagogik unerfahren sind, und eine intensive Schulung geeigneter Lehrer, die sich bewußt sind, daß außer der Wissensvermittlung auch die Charakterbildung der ihnen anvertrauten Kinder ihr eigenstes Aufgabengebiet sein sollte.

Die schwerstwiegenden Probleme dürften sich bei der Frage der bewußten Geburtenkontrolle ergeben. Von einer Diskussion weltanschaulicher Einstellung zu diesen Fragen soll hier abgesehen werden. Das sind rein persönliche Fragen, welche die Rat suchende Frau und der beratende Arzt mit ihrem Gewissen abmachen müssen.

Die antikonzeptionelle Beratung gehört schon eher in eine öffentliche Beratungsstelle, da diese als Kostenträger in der Lage sein wird, außer der Beratung auch die Abgabe von Mitteln kostenlos zu ermög-

lichen. Nur so können die wirtschaftlich Schwachen uneingeschränkt in den Genuß der Beratung kommen, und gerade diese sind es ja, denen man häufig die Versorgung einer vielköpfigen Familie in der heute gegebenen wirtschaftlichen Situation nicht zumuten kann. In diesem Sinne verfaßte die Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie bereits 1952 auf ihrer Gründungstagung in Kassel eine Resolution, welche die Verordnung von antikonzeptionellen Mitteln als kassenübliche Leistung fordert.

In der ärztlichen Presse wurde in den letzten Jahren wiederholt diskutiert, ob bewußte Geburtenkontrolle eine Aufgabe der ärztlichen Praxis sei. Es ist zu wünschen, daß die Ärzteschaft diese Diskussion fortführt und sich zu der Erkenntnis durchringt, daß es sich hier um eine echte präventive ärztliche Tätigkeit handelt, nämlich eine Prävention gegen die illegale Abtreibung, eine Prävention, die echtes ärztliches Handeln erfordert und in keinem Falle Laien überlassen werden darf. Vorbedingung hierfür wäre allerdings, daß das gesamte Gebiet der bewußten Geburtenkontrolle sowohl bezüglich der Technik als auch der ethischen Unterbauung in das Programm des klinischen Unterrichts auf den Universitäten eingebaut würde, wie dies z. B. bereits 1937 die American Medical Association empfohlen hat. Dies wäre auch eine Vorbedingung für die Anerkennung präventiver Maßnahmen auf diesem Gebiet als selbstverständliche Kassenleistung. Nur solange dies nicht der Fall ist, brauchen wir eigene Beratungsstellen zu diesem Zweck, um eine Lücke auszufüllen, die von nicht zu übersehender Bedeutung für die Gesundheit unserer Frauen ist.

Gedanken über die Zukunftsaussichten der Zangenoperation

Von Dr. R. Knebel, Siegen

Mit 1 Abbildung

Wie ich in meinen früheren Arbeiten immer wieder hervorhob, besteht das Grundübel bei der Zangenoperation darin, daß es uns nicht gelingen will, den Kopf bei der »Ersten Traktion« reibungslos zu entwickeln, weil das Steißbein einen echten Achsenzug in Richtung der Eingangsachse nicht zuläßt. Es geht uns da wie einem Mann, der an einer Kommodenschublade nicht ganz schienengrad zieht, so daß sie stockt und bockt und er nun zusehen muß, wie er zurechtkommt. Und was tut der Mann? Wenn er genügend Erfahrung hat, sagt er sich: Ich muß ohne Gewaltanwendung zum Ziele kommen, wenn die Schublade nicht verquollen ist, also versuche ich es behutsam mal nach unten mal nach oben, und mal seitlich, solange, bis er die Stellung erreicht hat, wo es am leichtesten geht.

Genauso sollte es auch der Geburtshelfer machen, wenn er davon überzeugt ist, daß kein Mißverhältnis besteht. Und genauso haben es auch die guten alten Geburtshelfer schon immer gemacht, nur daß sie es dabei viel schwerer hatten als dieser vorsichtige Mann, weil bei diesem ja die Schubladenachse mit der Schienenachse der Kommode zusammenfällt, bei der Zangenoperation aber die Zangenachse in eine andere Richtung zeigt als die Progressionsachse des Kopfes und letzterer außerdem sich dabei drehen will, so daß wir nicht einfach gradaus ziehen können,