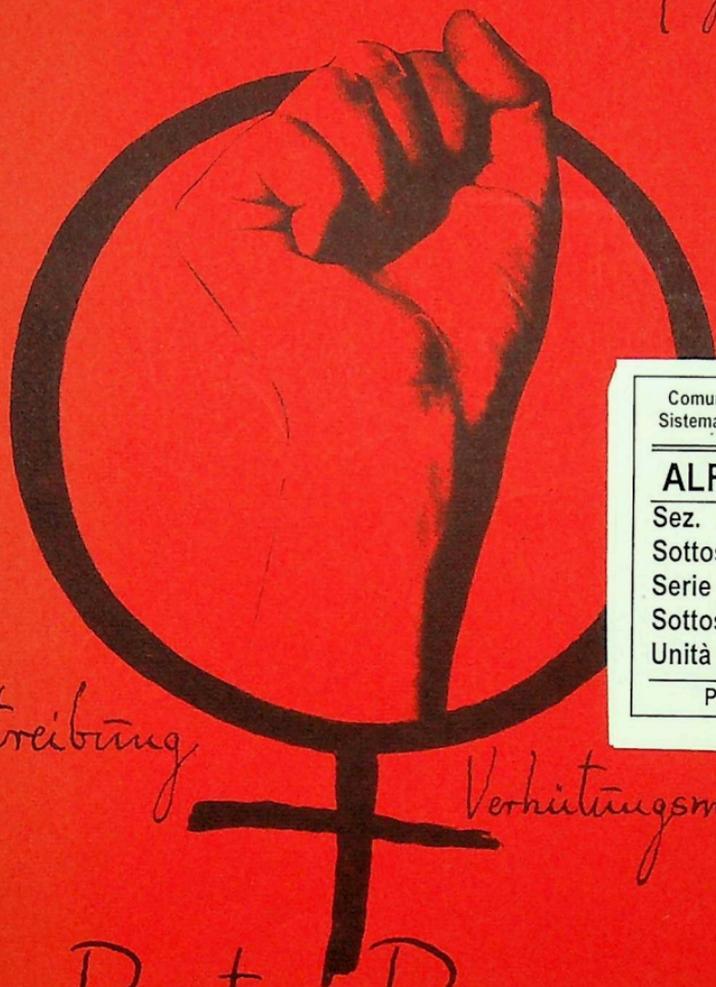


Fr. 1  
Frauenhandbuch  
überarbeitete und erweiterte Auflage



Comune di Padova  
Sistema Bibliotecario

---

**ALF - SLD**

---

Sez. 6  
Sottosez.  
Serie 10  
Sottos.  
Unità 308

---

PUV 55

Abtreibung

Verhütungsmittel

Brot ♀ Rosen

die neuauflage des frauenhandbuchs nr. 1 erscheint als erste publikation des neuen autonomen verlags FRAUEN.

der verlag hat sich die aufgabe gestellt, in seinem programm die frage nach der bedeutung der sexualität in produktion und reproduktion zu stellen und die ergebnisse in die entwicklung einer theorie zur befreiung der frauen einzu- bringen.

unsere nächsten titel erscheinen im frühjahr. FRAUEN bedient sich der technischen mittel des gerhardt verlags und ist deshalb über dessen verlagsadresse zu erreichen:

gerhardt verlag, 1 berlin 31, jenaer str. 7.

2. überarbeitete und erweiterte auflage

11. - 110. tausend

erschieden im verlag FRAUEN im gerhardt verlag

(c) brot ♀ rosen, berlin, 1974

alle rechte vorbehalten

gesamtherstellung: dürschlag, berlin

## Über das Copyright

Wir finden es grundsätzlich gut, wenn unsere Texte weiterverbreitet werden. Aber wir sind nicht damit einverstanden, daß andere damit Geld machen ohne uns ein Honorar zu überweisen, Belegexemplare zuzuschicken und womöglich noch, ohne sich die Abdruckgenehmigung eingeholt zu haben.

Von Gruppen, die ohne Profit arbeiten und unsere Texte verbreiten, erwarten wir, daß sie uns darüber unterrichten und uns unaufgefordert zwei Belegexemplare zusenden.

Wir dulden es nicht länger, daß man mit der Arbeit von Frauen so achtlos umgeht. Gegenüber etablierten Verlagen und Autoren könnte man sich so etwas niemals leisten.

### BESTELLUNGEN

Das Buch ist zu beziehen über

Maulwurf-Buchversand

1 Berlin 62

Crellestrasse 22

Bezahlungen auf folgendes Konto:

Postscheckkonto Berlin West 8501/102 Basis-Verlag

## Inhaltsverzeichnis

<u>Vorwort</u>	Seite - 1 -
<u>Verhütung</u>	
Einige Probleme des heterosexuellen Beischlafs für die Frauen	- 40 -
Pille	- 44 -
IUD	- 66 -
Sterilisation	- 84 -
Andere Methoden	- 90 -
<u>Abtreibung</u>	
Für die ersatzlose Streichung des § 218	- 100 -
Schwangerschaftstests	- 110 -
Abtreibungsmethoden	- 112 -
Was man nicht tun soll	- 120 -
<u>Vom Anteil der Frauen an der Menschwerdung des Affen</u>	- 123 -
Selbstuntersuchung	- 142 -
Anatomie	- 156 -
Menstruationszyklus	- 160 -
Menstruelle Extraktion	- 165 -
<u>Anhang</u>	
Allgemeine Literaturliste	- 168 -
Fragebogen für die Sprechstunde	- 170 -
Adressen von Frauengruppen	- 175 -

## VORWORT

zur 2. völlig neu überarbeiteten Ausgabe.

FRAUEN, wir müssen alles neu überdenken.

### DAS NEUE FRAUENHANDBUCH NR. 1

#### Warum wir das Handbuch völlig neu überarbeitet haben:

Die erste Ausgabe des Frauenhandbuchs sollte die Kampagne der Aktion 218 zur ersatzlosen Streichung des Paragraphen unterstützen. Den gleichen Zweck hat auch diese Ausgabe, in der wir schildern, wie sich die Frauenbewegung in den letzten beiden Jahren weiterentwickelt hat und was aus den von der Frauenbewegung entwickelten politischen Forderungen zur Abtreibung geworden ist. Wir haben die medizinischen Informationen auf den neuesten Stand gebracht. Die Kapitel über Selbstuntersuchungen, menstruelle Extraktion und vom Anteil der Frauen an der Menschwerdung des Affen sind dazugekommen.

Wir haben Mißverständnisse beseitigt. Im Frauenhandbuch Nr. 1 wurde unsere Kritik an der Pille vielfach so verstanden, als wollten wir die Frauen an das Kondom zurückverweisen. Es stimmt, daß unsere Kritik an der Pille damals noch diffus war. Das Problem war für uns selber neu und wir fingen erst an zu begreifen, welche Rolle die Verhütung bei der sexuellen Unterdrückung der Frauen spielt.

Beim Frauenhandbuch Nr. 1 haben wir begriffen, daß die Pille gesundheitschädigend ist, daß es bis jetzt kein annehmbares Verhütungsmittel gibt, daß die Parole "Verhüten ist besser als abtreiben" nicht mehr stimmt und daß die Pharmaindustrie auf Kosten der Gesundheit von Millionen Frauen ihr größtes Geschäft macht. Aus der politischen Forderung nach "Pille auf Krankenschein", die von Gewerkschaften über Parteien bis zu linken Gruppen gestellt wird, machten wir darum die Forderung nach "Entwicklung unschädlicher Verhütungsmittel". Wir lehnten jedoch damals hormonelle Verhütungsmittel noch nicht grundsätzlich ab. Wir forderten eine staatlich

bezahlte Langzeitstudie über die Nebenwirkungen der Pille. Diese Forderung haben wir inzwischen fallengelassen, weil die Schädlichkeit der Pille nicht mehr in teuren Versuchen bewiesen werden muß. Genaueres darüber steht im Kapitel über die Pille.

Uns wurde vorgeworfen, wir würden den Frauen die Pille wegnehmen wollen oder wir wurden gefragt, welche Alternative wir denn anzubieten hätten. Wir haben keine Alternative anzubieten. Wir haben aber klarmachen können, daß das, was uns vorgesetzt wird, nicht akzeptabel ist. Wir haben klarzumachen versucht, daß wir die Alternativen politisch erkämpfen müssen.

Im Frauenhandbuch Nr. 1 haben wir in erster Linie die Aufklärungsarbeit geleistet, die die zuständigen Stellen nicht leisten und haben Tatsachen erklärt, die in anderen Aufklärungsbüchern nicht stehen. Damit haben wir für viele Frauen die t e c h n i s c h e n Voraussetzungen dafür geschaffen, daß sie selber beurteilen können, welche Verhütungsmittel es überhaupt gibt und nach welchen Gesichtspunkten die Frauen das für sie jeweils Annehmbarste herausfinden können. Erst die Informationen über die Bedingungen, unter denen wir verhüten müssen, d.h. über die Bedingungen, unter denen wir mit einem Mann schlafen, haben uns dazu befähigt, zu erkennen, wie sich in der Verhütungsfrage die Frauenunterdrückung äußert.

In der Neuauflage des Frauenhandbuchs Nr. 1 über "Verhütung und Abtreibung" versuchen wir darüberhinauszuweisen, daß die Pille thrombosefördernd ist - was wichtig ist zu wissen - wir versuchen die sexuellen und gesellschaftlichen Beziehungen, die uns überhaupt zu einer wie auch immer gearteten V e r h ü t u n g zwingen, zu analysieren, damit wir die Ursachen der sexuellen Unterdrückung und Verstümmelung der Frauen klarer sehen und sie abschaffen können.

Was im neuen Frauenhandbuch weggefallen ist.

Die Kapitel über die "Chemische Industrie", "Überbevölkerung und Völkermord", "Die Kirchen" und "Gleiche Arbeit" sind als selbständige Kapitel weggefallen. Wichti-

ge Informationen stehen jetzt in anderen Zusammenhängen.

Die Bilder sind, bis auf die Zeichnung von Käthe Kollwitz, alle weggefallen, weil wir sie einfach schlecht fanden.

Die medizinischen Zeichnungen hatten wir medizinischen Fachbüchern entnommen. Die Darstellungsweise dieser Bücher finden wir inzwischen abstoßend. Vorbelastet wie die Gynäkologie (siehe das Kapitel "Vom Anteil der Frauen an der Menschwerdung des Affen"), dementsprechend zeigen auch die Darstellungen eine negative Einstellung zur Sexualität. Geschlechtsteile müssen nicht nur ekelhaft aussehen. Wir meinen, daß auch medizinische Zeichnungen ästhetischen Bedürfnissen nachkommen sollten.

Wir haben die Vulva-Darstellungen von TANTRA ausgewählt, weil wir zum ersten Mal Darstellungen vom weiblichen Geschlechtsteil gefunden haben, die wir uns gerne ansehen.

Was wir nicht geschafft haben, obwohl wir es notwendig finden,

ist ein Kapitel über die Verhütungs- und Abtreibungsbedingungen der in der BRD und Westberlin lebenden ausländischen Frauen. Was die Diskriminierung betrifft, so sind die Erfahrungen von Deutschen und Ausländerinnen sicher ähnlich, aber die Ausländerinnen haben nicht nur unter dem Sexismus zu leiden, sondern auch noch unter dem Rassismus. Sie werden eher behandelt wie die Frauen der Dritten Welt, an denen zu allererst die Versuche mit neuen Medikamenten vorgenommen werden, bevor man sie Europäerinnen zumutet. Auch darüber haben wir in diesem Buch nur wenige Informationen geben können (s. Kapitel über die Pille). Auch auf alles, was mit unserer Sexualität zusammenhängt, haben wir nicht richtig eingehen können, weil wir darüber noch zu wenig wissen. Ausserdem sind alle Fragen, die mit der gesellschaftlichen Versorgung der Kinder zusammenhängen in diesem Buch nur angeschnitten.



Demonstration in Berlin: 1. Mai 1971

Für wen wir dieses Handbuch machen.

Für alle Frauen.

Wir meinen alle Frauen, weil das Leben aller Frauen durch ihre Gebärfähigkeit geprägt wird, ob sie davon Gebrauch machen oder nicht. Medizinisch werden alle Frauen durch die vorhandenen Verhütungs- und Abtreibungsmethoden geschädigt. Der Sexismus des Abtreibungsgesetzes trifft alle Frauen. Alle Frauen müssen sich damit auseinandersetzen, daß die Geschlechtsunterdrückung als gesellschaftlich anerkannte Kategorie von Unterdrückung nicht zählt. Gegen die Geschlechtsunterdrückung gibt es noch keine institutionalisierten Kampforganisationen, wie es dies für den Kampf gegen die ökonomische Ausbeutung in Form der Gewerkschaften gibt. Die Frauenbewegung versucht dies erst zu erreichen.

## Wie hoch die Auflage des Frauenhandbuchs sein soll.

Es gibt in der BRD und in Westberlin ungefähr 32 Millionen Frauen. Bei einer Auflage von 100 000 Büchern, die wir uns vorerst vorgenommen haben, erreichen wir noch nicht viele dieser Frauen. Die sachlich falschen Broschüren des Bundesgesundheitsministeriums zu diesem Thema, die aus Steuermitteln finanziert werden, beginnen meist mit einer Auflage von ca. 700 000 Stück.

## Wie die Kosten entstehen und wie das Geld verwendet wird.

Den alten Preis konnten wir nicht beibehalten, obwohl wir immer noch kein Geld für unsere Arbeit bekommen. Der Preis des Buches ist deshalb so hoch, weil einmal die Papier- und Herstellungskosten gestiegen sind, und zum anderen wir den Vertrieb diesmal nun wirklich nicht mehr selbst machen können bei einer Auflage von 100.000 Exemplaren.

Achtet darauf, daß die Buchhandlungen den hinten aufgedruckten Preis verlangen und nicht mehr, denn sie beziehen von uns die Bücher zu einem normalen Rabatt.

Die Einnahmen für die ersten 10.000 Frauenhandbücher waren nicht so hoch, wie sie hätten sein müssen, nämlich nur 6.000 statt 15.000 DM. Sie wurden verwendet für Flugblätter, Plakate, U-Bahn-Werbung, Aktionen 218, 218-Zeitungen. Die restlichen 3.000,- DM wurden - mit Krediten - für die Herstellung dieser Neuauflage verwendet.

## Wer wir sind.

"Sehr geehrte Herren, sehr geehrter Verlag, ich bitte um Zusendung eines der von ihnen herausgegebenen Bücher zum Thema Verhütung und rote Rosen per Nachnahme."

Daß wir keine Herren sind, dürfte sich inzwischen herumgesprochen haben. Das Frauenhandbuch ist unser einziges Buch. Unsere Zahl wird oft überschätzt und die Erwartungen, die sich an uns richten, können wir nicht er-

füllen. Das erste Buch hatte eine Auflage von 10 000 Exemplaren. Vier Fünftel davon haben wir im Einzelversand verschickt, das andere ging an Buchhandlungen. Wir haben die Bücher eingepackt und zur Post getragen - meist ohne Auto.



## die Frauen von Brot & Rosen

Wir sind jetzt elf Frauen mit folgenden Berufen: 3 Märlerrinnen, 2 Ärztinnen, Krankengymnastin, Schülerin, Gastwirtin, Filmemacherin, Journalistin, Juristin, Psychologin. Wir sind zwischen 19 und vierzig Jahren alt, haben zusammen 8 Kinder, 25 Abtreibungen (eine mit Verurteilung). Sieben von uns waren oder sind ein oder mehrmals verheiratet, wir leben teils mit Frauen, teils mit Männern, teils mit beiden zusammen. Zum Teil sind wir auch an der Arbeit über dem Buch asexuell geworden. Wir wissen also, worüber wir reden, wenn wir über Abtreibung und Verhütung sprechen.

Beim ersten Handbuch waren wir nur zu fünft und haben alles gemeinsam gemacht. Jetzt haben wir uns auf mehr als das Doppelte vergrößert und machen alles arbeits- teilig. Die Ergebnisse besprechen wir zusammen. Die Ärztinnen, die dazugekommen sind, sind die einzigen, für die die Arbeit am Buch direkt etwas mit dem Beruf zu tun hat. Sie sind jedoch auch keine Gynäkologinnen. Allerdings mußten gerade sie viel ärztliche Ideologie über Bord werfen, bevor sie den Ärztstandpunkt gegen einen Frauenstandpunkt vertauschten und beispielsweise Selbstuntersuchungen von Frauen guthiessen.

Die Arbeit am Buch dauerte sehr lange, weil wir uns das ganze fachliche Wissen selbst aneignen müssen und auch kaum auf Literatur zurückgreifen können. Wir sind gegen unseren Willen zu Experten in Verhütungsfragen geworden. Es wäre jedoch die Aufgabe derer, deren Beruf es ist, sich mit diesen Fragen zu befassen. Wenn wir es tun, dann aus dem Notstand heraus, in dem wir uns befinden. Wenn wir der Sache, trotz der sehr grossen Mühe, die uns das bereitet, bisher Vorrang eingeräumt haben, dann aus der politischen Einsicht, daß die Frauen vor der Lösung dieser Fragen kein intellektuelles und emotionales Selbstbewußtsein und keine Selbständigkeit erreichen können und sich auch in anderen politischen Fragen fremdbestimmen lassen werden. Wir haben niemanden, der uns finanziert (wie lange hätte sich wohl Marx abgemüht, wenn er nicht Geld seines Freundes Engels gehabt hätte, das ihm das Denken gestattet). Unsere Theorien werden erarbeitet, wenn die Berufsarbeit getan ist und die Kinder im Bett liegen. Über die genaue Darstellung medizinischer Fakten hinaus würden wir gerne in diesem Buch gründlichere Analysen machen. Wir stehen in dem Konflikt, entweder so lange zu arbeiten, bis wir selber alle uns beschäftigenden Fragen richtig gestellt oder beantwortet haben (was noch Jahre dauern würde) oder so schnell wie möglich das Buch mit allen uns selber auf die Nerven gehenden Mängeln herauszubringen, weil es politisch wichtig ist. Wir haben uns für das letztere entschieden, obwohl es uns nicht befriedigt. Wir würden gerne genau die rich-

tigen Bilder ins Buch bringen und nicht nur ein bißchen illustrieren. Wir würden gerne jeden Satz so schreiben, daß er unmißverständlich und klar gedacht ist. An dieser Arbeit empfinden wir unsere Machtlosigkeit: daß wir gezwungen sind, alle Analysen nur anzuschneiden, weil wir uns ein gründlicheres Arbeiten nicht leisten können.

Wir haben bei Frauengruppen nicht nur den Ruf, eine "gute Gruppe" zu sein, sondern auch den, autoritär und überheblich zu sein. Das sind wir nicht, aber wir sind oft abweisend und das wird als unangenehm empfunden.

Unser Ziel mit der Arbeit ist, daß die politischen Forderungen klar werden und möglichst schnell von anderen Gruppen übernommen und durchgesetzt werden. Wir möchten uns nicht unser ganzes Leben mit den technischen Details des Abtreibungsparagraphen auseinandersetzen und mit den Nebenwirkungen von Gestagenen und Östrogenen. Dies ist unsere letzte Arbeit zu diesem Problem und sie sollte vom fachlichen und den daraus abgeleiteten politischen Forderungen so sein, daß man damit weiterarbeiten kann. Dieses Ziel versuchten wir möglichst rational zu verfolgen. Damit kommen wir in Konflikte mit Frauen, die die Arbeit gut finden und mitmachen wollen, die wir aber nicht aufnehmen können, weil die Zeit für die Einarbeitung in keinem Verhältnis stehen würde zu dem Effekt. So haben wir viele Frauen abgewiesen, ohne für sie eine befriedigende Begründung geben zu können.

Wir haben uns bis jetzt mehr zufällig und privat erweitert. Meistens war es so, daß Frauen längere Zeit praktisch gezeigt haben, daß sie unsere Forderungen unterstützen und sich dafür mit viel Arbeit, theoretischer und praktischer - einsetzen. Wir haben noch keinen Weg gefunden, wie wir eine grössere Organisation werden können, die verbindlich an einheitlichen Zielen arbeitet, aber die gleichzeitig die Produktivität ihrer Mitglieder nicht unterdrückt. Wir arbeiten daran, dieses Problem zu lösen, weil wir in einer kleinen Gruppe keinen Sinn mehr sehen. Das heißt praktisch, daß wir bis Ende des Jahres 74 als Gruppe nicht mehr öffentlich auftreten werden.

## Unsere Praxis.

Wir haben vom Frühjahr 72 bis April 74 wöchentlich einmal eine Sprechstunde gemacht, die hauptsächlich von schwangeren Frauen aufgesucht wurde, die eine Abtreibung haben wollten. Pro Sprechstunde kamen zwischen fünf und zehn Frauen, nicht gerechnet die, die uns noch zu Hause aufsuchten. Die Sprechstunde wird heute nicht mehr von uns gemacht, sondern von einer Gruppe im Frauenzentrum und einer Berliner Ärztegruppe. An diesen Sprechstunden nehmen noch einige von uns teil. In anderen Städten haben Frauen inzwischen auch Sprechstunden eingerichtet.

Die meisten unserer Thesen und eigenen Erfahrungen über Abtreibung, Verhütung, Ärzte und Männer wurden durch die Sprechstunde bestätigt, vertieft oder korrigiert. Die Sprechstunde hat uns u.a. bestätigt, daß die Fristenlösung keinesfalls zu akzeptieren ist, sondern daß die Frauen die ersatzlose Streichung des § 218 durchsetzen müssen. In der Sprechstunde ist bestätigt worden, daß der § alle Frauen trifft, wenn auch in unterschiedlicher Weise. Dies wird jedoch durch den Ausdruck Klassenparagraph nicht richtig erfaßt.

Es sind Frauen aus der Mittelklasse gekommen, denen man gegen ihren Willen die Gebärmutter entfernt hatte. Mädchen, z.B. schwangere Oberschülerinnen, die fürchteten, daß der Vater sie totschiessen würde, wenn er von der Schwangerschaft erführe.

Mädchen, die für eine Klinikeinweisung die Einwilligung der Mutter brauchten, die aber die Mutter aus Angst vor dem Vater nicht gab,

Frauen, die ihre Schwangerschaft zu spät bemerkten,

Frauen, die trotz Pille schwanger wurden,

Frauen, die bei einem Arzt für eine Abtreibung bezahlten, narkotisiert wurden und nach zwei Monaten feststellten, daß er nur das Geld genommen, aber die Abtreibung nicht gemacht hatte,

Frauen, denen die Ärzte absichtlich eine Schwangerschaft falsch diagnostiziert hatten,

Frauen, die von den Ärzten solange hingehalten wurden,

bis es zu spät war, die Abtreibung auszuführen, Frauen, die von Ärzten mit völlig wirkungslosen, aber teuren Spritzen oder Tabletten gegen eine Schwangerschaft behandelt wurden, eine Frau, die einen Abtreibungstermin nicht einhalten konnte, weil auf diesen Tag der einzige Waschtermin für die große Familie fiel und der nächste erst drei Wochen später lag, eine Frau, die einen Termin nicht einhalten konnte, weil an dem Tag die Schwiegermutter zu Besuch kommen wollte und es unmöglich gewesen wäre, die Abwesenheit der Frau plausibel zu erklären, eine Frau, die sich entschied, das Kind doch zu bekommen, weil sie nach einem von der Ärztekammer genehmigten Gutachten die Behandlung des 10. sie untersuchenden Krankenhausarztes psychisch nicht länger ertragen konnte, eine Frau, die sich schließlich umbrachte, weil sie trotz Gutachten kein Krankenhaus fand, das die Abtreibung gemacht hätte....

Wir haben in der Sprechstunde die Frauen nicht von Anfang an systematisch nach ihren Erfahrungen gefragt. Wir fingen erst damit an, als sich bestimmte Angaben über Ärzte häuften, immer schrecklichere Fesseln deutlich wurden, die die Frauen daran hinderten, ihre Schwangerschaft rechtzeitig zu erkennen, zu unterbrechen oder überhaupt zu verhindern. Die meisten Frauen wurden in der Pillenpause schwanger, die sie deshalb machten, weil sie die Pille nicht vertrugen. Am Anfang machten wir die Sprechstunde nicht gerne. Wir fanden sie auch unpolitisch. Wir machten sie hauptsächlich deswegen, weil wir nicht dauernd zu Hause angerufen werden wollten. Wir wollten die Frauen nicht in der Sprechstunde agitieren. Wir wußten, daß sie von uns einen Rat haben wollten und sich sonst für nichts interessierten. Für manche Leute wurden wir eine Art barmherziger roter Schwestern, die man gern in Anspruch nahm, wenn Hilfe nötig war, deren Tätigkeit man aber für belanglos oder unpolitisch hielt. Viele lasen nicht etwa das Buch, in dem wir genau beschrieben hatten, was

eine Frau tun muß, um eine legale Abtreibung zu bekommen, sondern sie griffen lieber zum Telefonhörer, um sich das von uns persönlich erklären zu lassen. Das fanden wir beleidigend und einen Mißbrauch der Zeit von anderen Menschen.

### Warum wir die Ärzte angezeigt haben

Am 6.2. haben wir auf einer Großveranstaltung im Audimax der Technischen Universität vor 3 000 Leuten fünf Ärzte öffentlich bekanntgegeben und gleichzeitig Anzeige gegen sie beim Landgericht Berlin wegen folgender Vergehen erstattet:

Unzucht mit Abhängigen, gefährliche Körperverletzung, unterlassene Hilfeleistung, Betrug, Steuerhinterziehung, Erpressung.

Warum haben wir das gemacht?

In der Sprechstunde versuchten wir den Frauen klarzumachen, warum wir von ihnen eine Rückantwort, d.h. Erfahrungsberichte über Verhütung und ihre Abtreibungen erwarteten (bei wem, mit welcher Methode, unter welchen Bedingungen, in welcher Woche, zu welchem Preis usw.) und wieso das ihr Beitrag sein muß zum Gelingen der 218-Kampagne. Durch diese Erfahrungen veränderte sich allmählich unser Verhältnis zur Sprechstunde: sie war nicht mehr nur eine lästige Pflichtübung, sondern wir lernten darin die sexuelle Misere der Frauen und die Bedingungen unseres Gesundheitswesens kennen.

Durch die Regelmäßigkeit der Sprechstunde, die Rückfragen und die Sammlung von Informationen über legale und illegale Schwangerschaftsabbrüche haben wir - zumindest über den Berliner, teilweise auch über den westdeutschen - Abtreibungsmarkt recht genaue Informationen. Während wir anfangs den Frauen einfach weitersagten, was wir wußten, kam uns mit zunehmender Information über die einzelnen Ärzte und deren Verhalten immer mehr Bedenken, diese Informationen weiterzugeben. Einerseits arbeiteten wir daran, die Illegalität aufzuheben, aber praktisch waren wir Komplizen dieser Illegalität, an der die Ärzte mit allen ihnen zur Verfügung stehen-

den Mitteln festhalten. In der Sprechstunde haben wir erfahren, daß jede Frau, die abtreiben will, die notwendigen Schritte dazu privat und isoliert auf sich nehmen muß. Am Ende ist sie mürbe, dankbar und zu allem bereit: sich demütigen, vergewaltigen, medizinisch unzureichend versorgen zu lassen, sich von Ärzten behandeln zu lassen, die ihrer Sinne nicht mehr ganz mächtig sind, die kaum mehr sehen können oder eine zitterige Hand haben.

Einen Arzt haben wir angezeigt, weil er als Vorsitzender des Verbandes der Frauenärzte Berlins jahrelang Politik gegen eine Liberalisierung des Abtreibungsparagraphen gemacht hat. Er ist bekannt in Berlin unter dem Namen: die goldene Kürette. Dieser Arzt verdiente pro Abtreibung zwischen 1.000 und 800 DM und verdient sie auch noch, nachdem er angezeigt wurde. Er gehört zu den sogenannten guten Ärzten, die die Frauen nicht vergewaltigen.

Die anderen Ärzte sind mehr oder weniger austauschbar. Sie sind keine besonders schlimmen Vertreter ihres Standes, sondern ihre Vergehen gehören dem Durchschnitt an: sexuell anzügliche Bemerkungen, Beleidigungen Verletzungen, Folgekrankheiten usw...

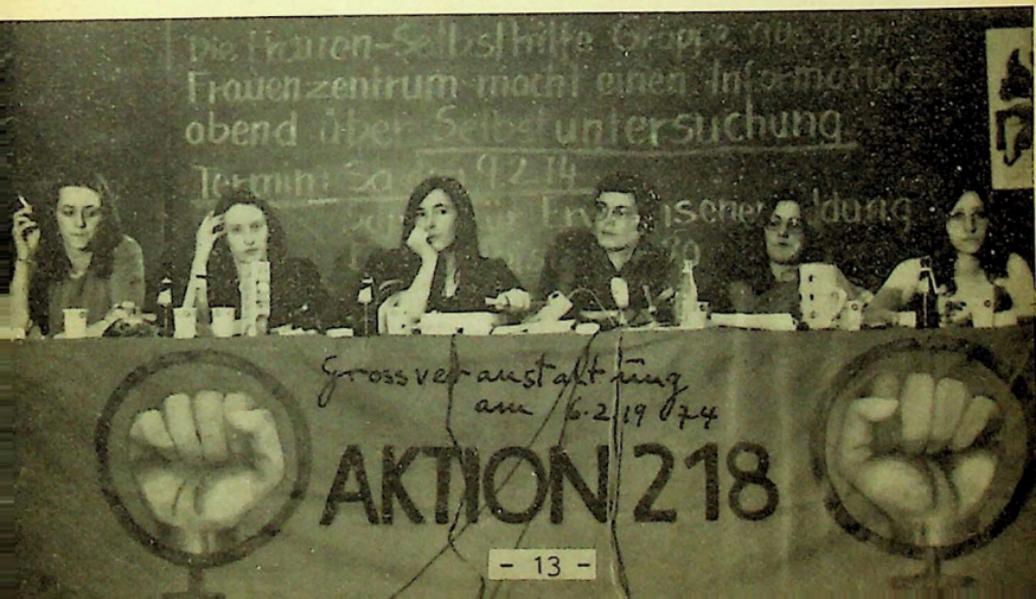
Mit den Anzeigen gegen die Ärzte wollten wir folgendes erreichen:

- weil wir die ersatzlose Streichung des § fordern und Gutachter, die über die Frauen entscheiden, ablehnen, wollten wir durch die Anzeigen klarmachen, welchen Verbrechern man die Frauen durch das Gesetz ausliefern will. Das wollten wir verhindern.

- Wir wollen verhindern, daß die gleichen Ärzte, die jahrelang illegal abgetrieben haben (in der ERD ca. 1 000 hauptberufliche Abtreiber, durchschnittliche Kosten einer Abtreibung heute 1000,- DM) nach Durchsetzung der Fristenlösung die Direktoren teurer Abtreibungskliniken werden.

- Wir wollen damit unserer Forderung nach Kontrolle der Ärzte und einem Gesundheitswesen im Dienste des Volkes Nachdruck verleihen.

- Wir wollten dadurch die anderen Ärzte zwingen, sich öffentlich von ihren kriminellen Kollegen zu distanzieren und der von ihnen vertretenen ärztlichen Standespolitik. Das ist in Solidaritätsunterschriften zu den Anzeigen geschehen, das ist praktisch durch die Selbstbeichtigung der Ärzte geschehen, an einer Abtreibung unentgeltlich teilgenommen zu haben. Dieser Aktion haben sich inzwischen siebenhundert Ärzte angeschlossen. Sie schaffen damit die Voraussetzungen dafür, daß in den Krankenhäusern tatsächlich Abtreibungen durchgeführt werden können, wenn die Fristenregelung Gesetzeskraft erlangt hat; denn die vielen konfessionell gebundenen Krankenhäuser werden sich weigern (was sie bereits angekündigt haben) bei Frauen nach der Durchsetzung der Fristenlösung Abtreibungen vorzunehmen. Wenn in einer Gegend jedoch nur konfessionell gebundene Krankenhäuser existieren, hat der Entschluß der Ärzte, sich über diese Verbote hinwegzusetzen und dafür zu sorgen, daß Abtreibung ein Recht der Frau wird, eine grosse Bedeutung.

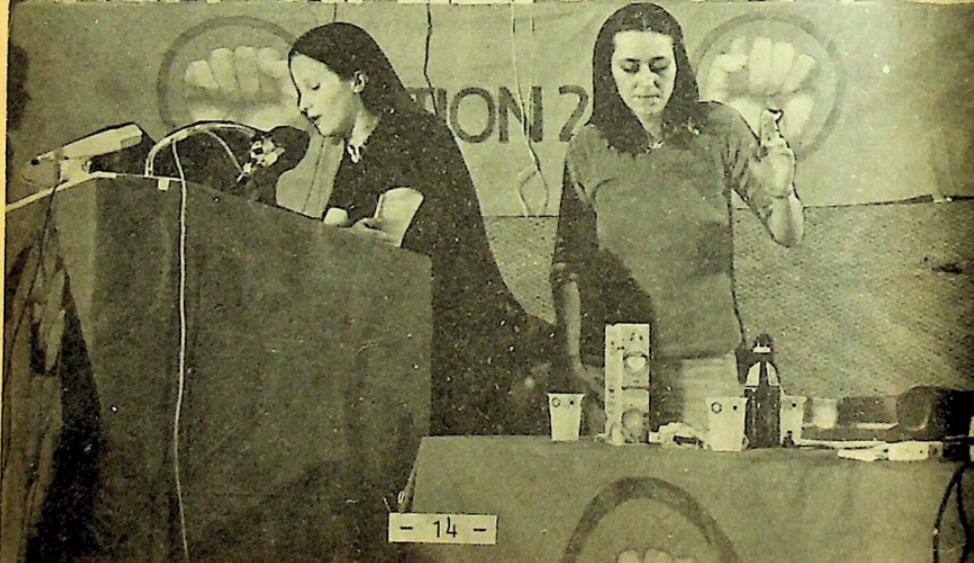




## Großveranstaltung

für die ersatzlose Streichung des § 218

Die Frauen-Selbsthilfe-Gruppe aus dem Frauenzentrum macht einen Informationsabend über Selbstuntersuchung.  
19.11.2011 um 19 Uhr im Frauenbildungszentrum





aus dem  
...tion

AKTION 218



### Was wir erreicht haben.

Als wir im Frühjahr 72 das erste Frauenhandbuch herausgaben, schrieben wir im Vorwort, daß die weitere Kampagne zur ersatzlosen Streichung des § zwei wesentliche Ziele haben müsse:

1. "Wir Frauen müssen uns selbst dazu befähigen, das, was mit uns gemacht wird, fachlich beurteilen zu können. Wir müssen lernen, irgendwelchen Fachidioten, seien es Gynäkologen oder Pillenfabrikanten, Gesetzmachern oder Arbeitgebern auf die Finger zu schauen. Wir müssen unsere Angst verlieren vor Männern, die im Namen irgendeiner Wissenschaft Respekt für sich und ihre Handlungen fordern. Wir müssen es wagen, Fragen zu stellen, so gründlich zu stellen, daß sie uns nicht mehr abtun können wie bisher." (S. 4)

Was haben wir davon erreicht? Unsere Forderung nach Kontrolle der Ärzte ist praktisch weiterentwickelt worden. Es ist der Frauenbewegung in den letzten bei-

den Jahren klargeworden, welche Bedeutung der einzelne Arzt und das System der niedergelassenen Ärzte für die Unterdrückung der Frauen hat. Wir sind aufgrund unserer biologischen Disposition, aufgrund der langen Diskriminierung und Rechtlosigkeit, aufgrund der Entwicklung der Wissenschaft unter Ausschluß der Frauen gezwungen gewesen, die Heilung unserer Beschwerden von Männern zu erwarten, die sich weder für die Ursachen noch für die Heilung unserer Krankheiten interessierten, sondern sie oft erst verursachten. Die Umstände, unter denen Frauen menstruieren, Kinder bekommen, abtreiben, verhüten sind an die männliche Medizin gebunden und die ist für die Frauen im wahrsten Sinne des Wortes eine Mord- und Foltergeschichte (siehe Kapitel "Vom Anteil der Frauen an der Menschwerdung des Affen").

In diesem kapitalistischen Wirtschaftssystem gibt es praktisch keine gesunden Leute. Aber in diesem System sind die Frauen kränker als die Männer. Das ist nicht naturbedingt, sondern gesellschaftlich bedingt. Daher hat die Auseinandersetzung mit den Ärzten und dem Gesundheitswesen eine ganz überragende Bedeutung im Kampf der Frauen um ihre Befreiung.

Der Anfang dieser Auseinandersetzung war die einfache Beschreibung, wie eine fachgerechte gynäkologische Untersuchung auszusehen habe, damit überhaupt eine brauchbare Diagnose gestellt werden kann. Aus dieser Information sahen die Frauen, daß die meisten noch niemals richtig untersucht worden waren. Daraufhin entstanden in vielen Städten Gruppen, die zur praktischen Kontrolle der Ärzte Karteien anlegen, in denen die Ärzte überprüft werden und es entstanden die Selbstuntersuchungsgruppen. Da die meisten Frauen Unterleibsbeschwerden haben (schlecht verträgliche Verhütungsmittel, schlecht durchgeführte Abtreibungen, Komplikationen nach Abtreibungen oder Geburten, falsche Diagnosen vorhandener Krankheiten und falsche Behandlung), sind diese Aktionen für sie lebenswichtig.

Die Frauenbewegung hat zwei Jahre lang täglich über

neue und unschädliche Abtreibungsmethoden informiert und nicht die Mediziner, deren Aufgabe es wäre. Diese Tatsachen sind jetzt bekannt und haben auch die Abtreibungsdebatte verändert. Die Frauenbewegung hat die neuen Methoden weiterentwickelt und nicht die Mediziner, deren Aufgabe dies wäre. Die Frauenbewegung hat die Schädlichkeit der Pille den anderen Frauen bekanntgemacht und nicht die Mediziner, deren Aufgabe es wäre. Zwei Jahre Arbeit waren nötig, bevor sich theoretische Analysen umwandeln in Praxis. Nach zwei Jahren Agitation unter Medizinerinnen haben in diesem Frühjahr zum ersten Mal Berufsgruppen einige schon beschriebene Forderungen der Frauenbewegung aufgenommen.

In der Auseinandersetzung mit dem § 218 sind ganz andere Probleme bewußt geworden:

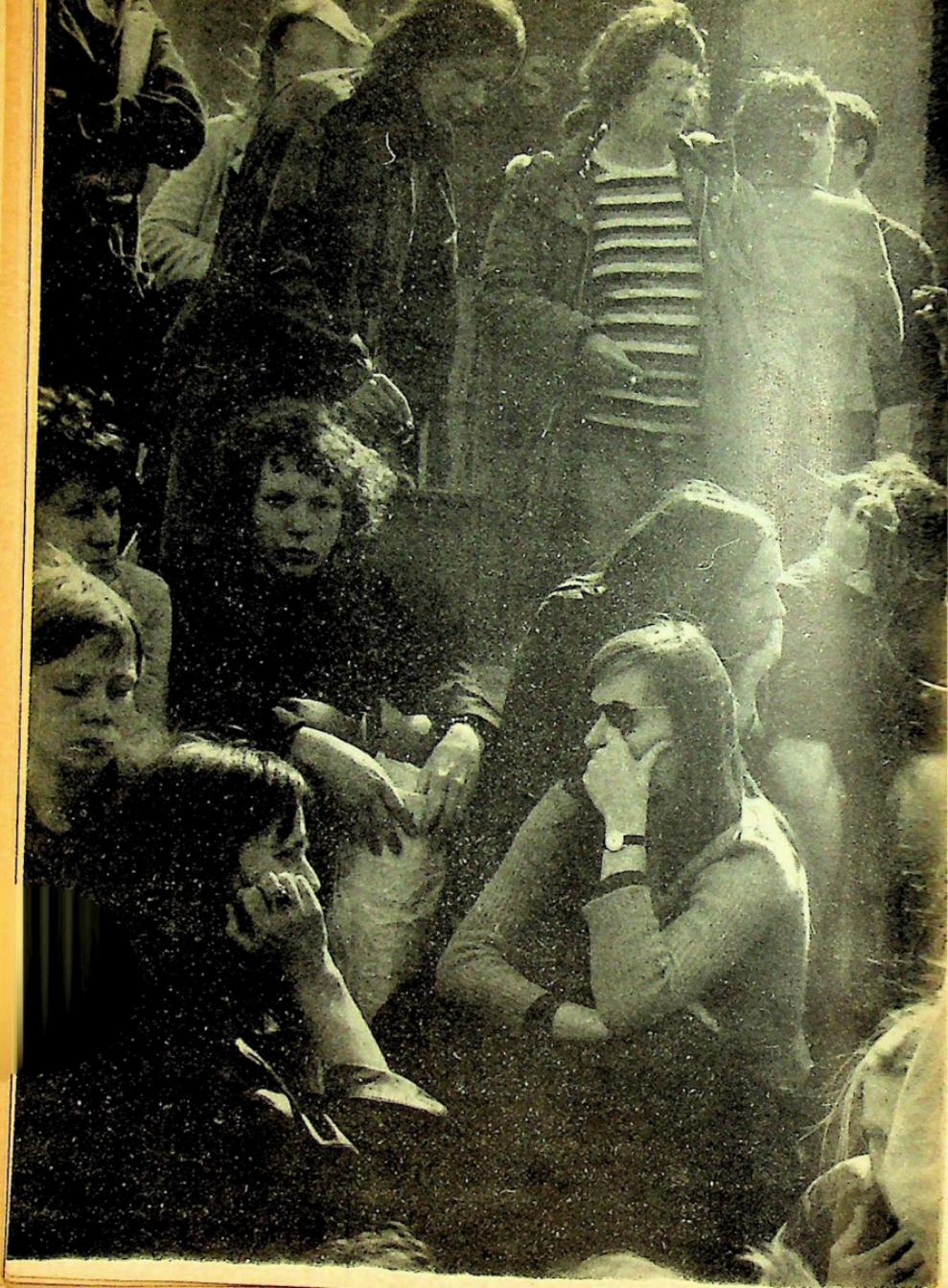
- das Problem, wieso Frauen in dieser Gesellschaft gezwungen sind, von vornherein negativ an ihre Gebärfähigkeit heranzutreten;
- das Problem, was Frauen alles auf sich nehmen, um überhaupt eine sexuelle Beziehung zu einem Mann haben zu können;
- die Folgen der gesellschaftlich allein anerkannten Heterosexualität (d.h. sexuelle Beziehungen nur zu einem Menschen vom anderen Geschlecht) auf menschliche Beziehungen überhaupt;
- das Problem der unbezahlten Hausarbeit für die ökonomische Struktur der ganzen Gesellschaft;
- die Bedeutung der Kinder für den Bestand der Gesellschaft;
- der Mangel an brauchbaren Theorien über dieses Problem;
- das kapitalistische Gesundheitswesen als eine Hauptunterdrückungsinstanz der Frauen;
- die Völkermordpraktiken der imperialistischen Länder an den Frauen der Dritten Welt über "friedliche" Organisationen (wie 'population council') mit Einsatz "friedlicher Mittel": Verhütung und Sterilisation.

Das zweite Ziel für die weitere Kampagne beschrieben wir 1972 so:



2. "Wir meinen, daß die weitere Kampagne direkter geführt werden muß. Wir müssen durch unsere Aktionen den 80 % der Bevölkerung, die gegen den Paragraphen sind, zeigen, wer die eigentlichen Interessenten an der Beibehaltung sind. Wir müssen den Frauen, die vorerst noch nicht an unserer Arbeit teilnehmen, durch direkte und allgemein erst verständliche Aktionen zeigen, wer aus unserer Lage Profit schlägt. Wir müssen die einzelnen Gynäkologen und ihre Interessenverbände bekämpfen, wir müssen die pharmazeutische Industrie und einzelne Firmen angreifen, wir müssen die Kirche und ihre Vertreter bloßstellen."  
(Seite 6)

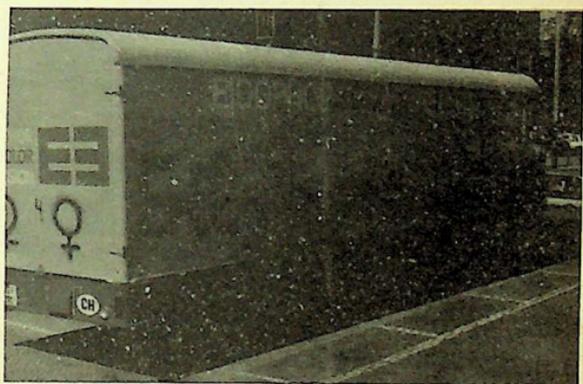
Was haben wir davon erreicht? Der Kampf gegen die Ärzte und deren Organisationen begann harmlos: Frauen forderten die Ärzte auf, ihre Forderungen zu unterstützen: nach Abschaffung des Paragraphen, nach Abtreibung auf Krankenschein, nach Entwicklung unschädlicher Verhütungsmittel, nach schonenden Abtreibungsmethoden, nach Einrichtung von Polikliniken. Die aggressiv-dummen Reaktionen der meisten Ärzte öffneten vielen Frauen die Augen und machten auch sie aggressiver. Es gab verschiedene Aktionen: das Go-in der Frankfurterinnen im Hartmann-Bund, bei dem die Ärzte die Frauen prügeln und ihnen empfehlen, "doch mit dem Feuerhaken abzutreiben", ausserdem gab es Störungen verschiedener Ärztekongresse in Berlin, München und Heidelberg.





Störung des  
"Arztkongresses."

Berlin 1973



Frauengruppen haben die Kirchen als älteste, größte und bestorganisierteste Verbrecherorganisation aller Zeiten erkannt, der es gelungen ist, sogar in sozialistischen Ländern weiter zu überleben. Es gibt keine Organisation auf der ganzen Welt, die ähnlich systematisch Verbrechen an den Frauen begangen hätte und begeht wie die Kirchen. Die Millionen Frauen, die in

der Vergangenheit von beiden Kirchen als Hexen umgebracht worden sind - die niemals rehabilitiert worden sind, für die niemals irgendjemand zur Verantwortung gezogen worden ist, an deren Tod kein einziges Denkmal erinnert - werden von der gleichen Organisation heute in anderer Form gemordet.

In Italien sterben heute noch jährlich ca. 11 000 Frauen an den Folgen einer Abtreibung (siehe Spiegel Nr. 49/1973) Diese Zahlen sind nicht bekannt, sie werden nicht glaubt, sie werden verdrängt, man hält sie für übertrieben. Diese Frauen sterben einen gewaltsamen Tod. Sie sterben an den unbekanntesten Kriegsschauplätzen der Frauen. Diese Tode nennt man nicht gewaltsame Tode oder Morde, sondern Frauenschicksale. Die Kirche hat den Haupteinfluß auf die Erziehung, sie hintertreibt die Kenntnisse über Verhütungsmittel, sie unterstützt den Glauben an die männliche Überlegenheit und die weibliche Minderwertigkeit. In der BRD machen die Kirchen Politik in den Kindergärten, Schulen und Krankenhäusern (über 50 % der Kindergärten sind in der Hand der Kirchen). Sie lehren die Mädchen und Frauen, ihre Unterdrückung anzuerkennen.

Es gibt in der linken Bewegung einen irrationalen Widerstand, sich mit den Kirchen anzulegen. Durch den Einfluß der Kirche auf die frühe Kindheit der meisten Europäer und Amerikaner schafft sie es, auch bei erwachsenen Menschen noch Schuldgefühle zu erzeugen, so daß sie es nicht wagen, gegen ihren Einfluß anzugehen. Die Gewalt, die täglich von der Kirche ausgeübt wird, wird verdrängt. Männern fällt diese Verdrängung leichter, weil sich diese Gewalt ja "nur" gegen Frauen richtet. Die radikalsten Forderungen bestehen nach einer Trennung von Kirche und Staat. Es gibt keine Forderung nach Verbot der Kirche als einer in ihren Zielen grundgesetzwidrigen Organisation.

Was es so schwer macht, gegen die Kirche zu kämpfen, ist die Tatsache, daß sie als einzige Organisation für emotionale menschliche Bedürfnisse einen institutionalisierten Ausdruck geschaffen hat. Sie hat die Bedürfnisse der Menschen nach Feierlichkeit und Pathos für

sich monopolisiert. Das Bedürfnis, ein neues Kind auf der Welt irgendwie freundlich zu empfangen, einen Abgang zu würdigen, hat sich die Kirche in Tauf- und Beerdigungsfeierlichkeiten gesichert.



Frauengruppen haben damit angefangen: mit Kirchenaustrittskampagnen, einem Go-in in den Frankfurter Dom, mit fingierten Beichten, mit politischen Parolen an Kirchtüren, womit das Tabu, daß Kirchen ausserhalb der Politik stehen und nicht angegriffen werden dürfen, gebrochen wurde.

Es geht nicht nur um eine Trennung von Kirche und Staat, es geht um die Abschaffung der Institution Kirche.

Darum: Raus aus den Kirchen (sie verschlingen 10 % der Lohnsteuer)! Raus aus dem Religionsunterricht, dem Kommuni- und Konfirmandenunterricht, keine kirchlichen Trauungen, Schluß mit dem Begräbnismonopol der Kirchen!

Überführung der kirchlichen Kindergärten, Schulen, Krankenhäuser in die öffentliche Hand.

Keine Unterstützung mehr aus öffentlichen Mitteln!  
Abschaffung der Kirchenredaktionen in den Rundfunkanstalten!

Kirchen raus aus den Rundfunkräten! Frauen rein!



## Ehescheidung in Italien: Sieg in der Volksabstimmung

Was ist in den beiden letzten Jahren noch erreicht worden? Vor zwei Jahren stand die Aktion 218 allein. Die wenigen Männer, die sie zunächst unterstützten, gingen bald aus den Gruppen hinaus. Die Presse berichtete nicht über die Forderungen der Frauen. Inzwischen versuchen in den Massenmedien arbeitende Frauen, die sich in Mediengruppen zusammengeschlossen haben, un-

ter grossen Schwierigkeiten, über die Arbeiten der Frauengruppen in der Öffentlichkeit zu berichten. Andere politische Organisationen haben die Forderungen der Frauenbewegung aufgegriffen.

Die meisten Schwierigkeiten haben andere Organisationen mit der Übernahme der Forderung nach Entwicklung unschädlicher Verhütungsmittel. Sie reagieren irritiert, peinlich berührt oder gereizt, wenn sie gezwungen werden, sich auf eine neue Weise mit dem Problem auseinanderzusetzen. Sie wollen nicht wahrhaben, daß Verhütung mehr ist als nur ein technisches Problem. Sie finden das Herumreiten auf der Forderung nach Entwicklung unschädlicher Verhütungsmittel übertrieben und in keinem Verhältnis zu seiner tatsächlichen Bedeutung. Wenn sich Organisationen schon mal für etwas einsetzen, was hauptsächlich Frauen zugute kommen soll, dann will man sich damit wenigstens nicht aufhalten müssen. Man ist für die Abschaffung oder Liberalisierung des Abtreibungsparagraphen und für eine Propagierung der Pille. Damit meint man, genug getan zu haben, um zur Tagesordnung zurückkehren zu können. Wir müssen jedoch die so logisch konstruierte Kette zerreißen. Sie stimmt nicht.

Bei der Unwilligkeit sonst kluger Leute, die Falschheit ihrer Forderung nach Pille auf Krankenschein einzusehen, handelt es sich nicht einfach um eine Panne aus Informationsmangel, sondern hier handelt es sich eindeutig um eine Sperre im Gehirn. Das läßt sich an vielen Beispielen belegen. Hier sollen zwei genügen:

1. Beispiel: Wenn kritische Mediziner (z.B. in der Broschüre "Unsere Krankheit - ihr Profit", Arbeitskreis Kritischer Mediziner, 1973) ihre Forderungen nach einer wirksamen gesellschaftlichen Arzneimittelkontrolle begründen, führen sie Beispiele von Schäden an, die entstanden sind, weil es diese wirksame Kontrolle nicht gibt. Es macht sich bei diesen Beispielen immer noch besser, mit der Schädlichkeit eines Appetitzüglers zu argumentieren, der von einigen Tausend Männern und Frauen für eine kurze Zeit geschluckt wird, als auf die seit Jahren nachgewiesenen und den Medizinern bekannten

Thrombosegefahren (als eine von vielen Gefahren) durch die Pille hinzuweisen. "Eine Frau bekommt eben Krampfadern." (Prof. Dr. Dr. Harmsen, Bevölkerungshygieniker). "Braucht denn eine Frau über vierzig überhaupt noch eine Gebärmutter?" (Luftfahrtsangestellter).

Der Sexismus äussert sich völlig unbewußt, harmlos und bei den nettesten Leuten. Daß eine Frau zu leiden habe, ist so selbstverständlich, daß die meisten einen Zweifel daran noch nicht einmal als Problem verstehen.

2. Beispiel: Ein Arztgenosse beanstandete die Ärzteamzeigen mit folgenden Argumenten: "Wenn ein Arzt einer Frau mal an der Brust rumfummelt, kann man doch nicht gleich zum Kadi rennen. Da müßt ihr schon mit handfesteren Sachen kommen, mit einer Vergewaltigung zum Beispiel. Alles andere zählt doch nicht."

In unseren Reaktionen auf solche männlichen Verhaltensweisen liegt wohl eine der größten Gefahren des weiblichen Opportunismus. Wir können davon ausgehen, daß bis jetzt noch alle Männer und die meisten Frauen von naturgesetzlichen Leiden der Frauen ausgehen und es für unnatürlich halten, wenn - vereinzelt - Frauen sich dagegen auflehnen. Diese Frauen, die sich gegen die Naturgesetzlichkeit des Leidens auflehnen, sind noch wenige und sie sind nicht immer zusammen. Im Gegenteil. Den größten Teil unserer Tage verbringen wir mit weiblichen und männlichen Patriarchen. Wir sind ihren Argumentationen ausgesetzt, deren Voraussetzungen nicht stimmen, deren Folgerungen aus Blödsinn und Scharfsinn jedoch streng logisch aufgebaut sind. Wir sind zu schüchtern, oder auch müde oder gelangweilt, um mit ihnen zu streiten, und wir sind mit ihnen auf mancherlei Weise verbunden: durch die Liebe, durch gleiche Interessen, durch die Arbeit, durch die Kinder, durch gleiche Feinde.

Wir geben uns ständig Mühe, die Gemeinsamkeiten, die ja da sind, in den Vordergrund zu schieben, weil die Verschiedenheiten nicht verstanden werden. So schweigen wir zu den Differenzen, wenn wir eine zeitlang aus dem Kämpfen immer als Verliererinnen hervorgegangen sind ohne uns jedoch verständlich gemacht zu haben. Oder wir schweigen, weil wir wissen, daß wir mit denen, denen wir das Problem erst lange erklären müssen, es auf gar keinen Fall lösen werden.

Kommen wir noch einmal auf den Ausgangspunkt zurück: Weil die Organisationen sich nicht mit der sexuellen Unterdrückung der Frauen befassen, fordern sie die Pille auf Krankenschein. Sie halten dies für eine Forderung im Interesse der Frauen. Sie ist nicht böswillig, sondern zeigt an, womit sich Männer ernsthaft beschäftigen und womit nicht. Mit der Durchsetzung einer solchen Forderung bekommt der Sexismus wieder eine neue Grundlage und wird erneut zur materiellen Gewalt. Denn die Durchsetzung dieser Forderung schadet ganz eindeutig und ganz konkret Millionen von Frauen.

Besonders fatal ist es, wenn die Organisationen der Arbeiterklasse, die Gewerkschaften, diese Forderung vertreten. Der Antifeminismus, der in dieser Forderung liegt, macht diejenigen, die sie stellen, gleichzeitig zu Stützen der von ihnen bekämpften kapitalistischen Gesellschaft.

### Was der § 218 für die Frauenbewegung bedeutet

Die Frauenbewegung untersucht heute in erster Linie die Reproduktionsbedingungen der Gesellschaft und ihre Folgen auf die Produktionsbedingungen. Unter Reproduktionsbedingungen verstehen wir die sexuellen und ökonomischen Bedingungen, unter denen Frauen Kinder bekommen, d.h. den Fortbestand der Gesellschaft sichern, unter Produktionsbedingungen die Bedingungen, unter denen die kapitalistische Wirtschaft funktioniert.

Im Kampf um die Abschaffung des Abtreibungsparagrafen entwickelt die Frauenbewegung die Theorie zur Befreiung

der Frauen aus der Geschlechtsunterdrückung unter den spezifischen Bedingungen des Kapitalismus. Diese Definition schließt ein, daß es noch andere Bedingungen der Frauenbefreiung gibt: der Frauenbefreiungskampf unter den spezifischen Bedingungen des - immer noch existierenden - Feudalismus, unter den spezifischen Bedingungen des Sozialismus.

Jede Form der Geschlechtsunterdrückung bezeichnen wir als Sexismus, sowie jede Form der Rassendiskriminierung Rassismus ist. Es gibt keinen Lebensbereich, der nicht durch den Sexismus geprägt wäre, es gibt daher auch keinen Lebensbereich, der nicht radikal geändert werden muß, um den Sexismus abzuschaffen. Auf welche Weise der Sexismus abzuschaffen ist, erarbeitet die Frauenbewegung in der feministischen Theorie. Soviel ist heute sicher, daß es keinen Feminismus ohne Sozialismus geben kann und keinen Sozialismus ohne Feminismus. Dieses Handbuch soll diese These an den Fragen und den Forderungen zur Verhütung und Abtreibung beweisen.

Das heißt, die marxistische Theorie befindet sich nicht im Widerspruch zur Frauenbewegung, sondern sie wird von denen, die sich für Marxisten halten und die Theorie nicht verstehen, dazu deklariert. In der Arbeitsbehinderung spielen diese Gegner eine gewisse Rolle. Das Dilemma ist, daß viele der Nachfahren von Marx und Engels den Fehlschluß ziehen, daß die Auseinandersetzung mit den Reproduktionsbedingungen unwichtig ist, nur weil Marx und Engels diese Probleme nicht behandelt haben. Denn die wenigen Aussagen der beiden hierrüber können wir nicht als Auseinandersetzung mit dem Problem betrachten. Aus der linken Ignoranz folgt, daß die Frauenbewegung gegen mehrere Fronten kämpfen muß: Gegen die erkennbaren Feinde: Arbeitgeber, Kirchen, Ärzteorganisationen usw. und gegen die bornierten Freunde: die eigenen Ehemänner, Kinder und Befreiungsorganisationen, die sich damit aufhalten, die **A b - g r e n z u n g e n** im gemeinsamen Kampf zu ziehen.

Ausser den Frauen macht niemand die notwendige Arbeit. Nur wenn wir wissen, was wir wollen, sind wir eine

gesellschaftliche Kraft, mit der andere sich auseinanderzusetzen haben. Nur, wenn wir unsere Interessen klar kennen und benennen, nur dann können wir mit Männern zusammenarbeiten, nur dann sind "Männer und Frauen stark".

Wie jede Massenbewegung entwickelt sich auch die Frauenbewegung nicht einheitlich, sondern voller Widersprüche und unter vielen Schwierigkeiten:

- Die Zusammensetzung der Frauengruppen:  
Die meisten Frauengruppen entstehen heute noch aus dem Mittelstand, allerdings aus dem weniger gebildeten. Viele Frauen sind verheiratet, die meisten berufstätig. In Universitätsstädten ist das Bild ein wenig anders, da werden Frauengruppen häufig von Studentinnen geprägt. In Brot und Rosen haben sechs Frauen Abitur, fünf davon studieren, bzw. haben studiert. Zwei haben Volksschul-, die anderen Realschulabschluß. Die unterschiedlichen Vorkenntnisse und Erfahrungen, die zum Teil auch widersprüchlich sind, bringen in eine Gruppe viel Schwierigkeiten. Diejenigen, die einen qualifizierteren Beruf haben, der die sprachliche Ausdrucksfähigkeit fördert, können sich auch in Frauengruppen leichter durchsetzen, was nicht heißt, daß sie deswegen richtiger denken. Altbekannte Arbeitsteilungen setzen sich in solchen Gruppen ebenfalls leicht durch, weil alle ständig unter Zeitdruck stehen. Da ist es einerseits eine Erleichterung, eine Arbeit an jemanden zu delegieren, die sie mit weniger Schwierigkeiten macht als eine andere, andererseits können dadurch auch Probleme verharmlost, Lernprozesse unterdrückt und Informationen monopolisiert werden.

Unterschiedliche Erfahrungen und Kenntnisse führen oft dazu, daß diese Unterschiede wegen der angestrebten Gemeinsamkeit und Solidarität nicht richtig beachtet, heruntergespielt oder verwischt werden. In manchen Frauengruppen wird ein künstlicher Gegensatz zwischen Rationalität und Emotionalität aufgebaut. Rational ist männlich-autoritär - emotional ist

weiblich. Das heißt, viele Frauen sitzen dem Klischee der Männer von Frauen selber auf. Das führt dann dazu, daß Frauen mit Erfahrung in methodischem und systematischem Denken aus falsch verstandener Bescheidenheit oder aus Angst, für männlich gehalten zu werden, sich zurückhalten (oder die Gruppen verlassen), um nicht autoritär zu wirken oder andere abzublocken. Das ist aber falsch. Es gibt faktisch keine aufgearbeitete Geschichte der Frauen, es gibt keinerlei Geschichtsbewußtsein, keinerlei Wissen darüber, daß Frauen nicht immer das verkommene, ängstliche, bigotte demütige und masochistische Geschlecht waren, das es heute ist. Die Wissenschaftsfeindlichkeit vieler Frauen ist zwar verständlich, weil Wissenschaft für Frauen jahrhundertlang buchstäblich Tod und Verderben bedeutet hat. Die Frauen sind im Namen der Wissenschaft umgebracht worden. Die Wissenschaft hat den Frauen ihre Minderwertigkeit wissenschaftlich bewiesen. Frauen lernen erst allmählich, daß es darauf ankommt, die bestehende Wissenschaft zu verändern, sie so zu verändern, daß sie nicht mehr gegen die Bevölkerung angewandt werden kann. Das aber heißt, die Wissenschaft zu erobern.

- Die Identitätsprobleme der Frauen.

Frauen werden dazu erzogen, sich selber gering zu schätzen. Darum hat die Vorstellung zunächst keine Attraktivität, mit mehreren Frauen ohne Männer an einem Problem zu arbeiten, weil man sich nichts Bedeutendes vorstellen kann, was ohne Männer vor sich geht.

Heutige Feministinnen waren oft noch vor einigen Jahren die Frauen, die beteuerten, nur mit Männern zusammenarbeiten zu können, nur bei Männern Solidarität und Anregung zu finden. Dabei ist es oft so, daß die Gruppen, die von vornherein ein sozialistisches Selbstverständnis haben, sich eher an Männer anpassen und dabei veröden, weil es ihnen gar nicht gedankt wird und Gruppen, für die Frauenarbeit zum ersten

Mal überhaupt gesellschaftliche Auseinandersetzung ist und die zu Beginn ihrer Arbeit oft eher bürgerlich oder liberal sind, viel radikaler gegen Männer vorgehen und damit wirklich zur Auseinandersetzung mit der Geschlechtsunterdrückung zwingen.

Ein Beispiel für Anpassung an männliche Normen und Angst vor den eigenen Möglichkeiten ist der Sozialistische Frauenbund Westberlin. Der Frauenbund tritt für die Fristenlösung ein. Er nimmt den Abtreibungsparagraphen nicht zum Anlaß, die besondere Unterdrückung der Frauen daran aufzuzeigen, sondern fordert - rein technisch - das zur Zeit Realistischste, d.h. die Lösung, die Chancen hat, im Bundestag angenommen zu werden, ohne jedoch gleichzeitig auf die Problematik dieser Entscheidung einzugehen. Der SFB bedenkt nicht, daß Frauen a n d e r e Inhalte in die gesellschaftliche Auseinandersetzung bringen, Inhalte, die die Kategorien menschlicher Unterdrückung weiter fassen und damit bisherige Maßstäbe umstürzen, weil sie nicht ausreichen. Nach den Vorstellungen des SFB sollen die Frauen befähigt werden, auf eine gemeinsame intellektuelle Stufe mit den Männern zu kommen, damit dann die Probleme gemeinsam und gleichberechtigt angepackt werden können - aber unter den schon bestehenden Voraussetzungen. Damit reduzieren die Frauen des SFB die Unterdrückung der Frauen auf ein Problem des Bildungsgefälles. Sie gehen von einem Abstraktum Mensch aus: beide arbeiten, beide essen, beide haben sexuelle Beziehungen, beide sind für Kinder verantwortlich. Sie vernachlässigen, daß die Menschen diese Arbeit, diese Beziehung usw. immer in verschiedenen Funktionen haben, nämlich als Mann oder als Frau und daß Abhängigkeitsverhältnisse auch bei gleicher Bildung bestehen bleiben. Es kommt bei der Frauenarbeit auch darauf an, Defizite zu beheben, aber es kommt vor allem darauf an, die Fragen zu entwickeln, die eine Auseinandersetzung zur Abschaffung der Geschlechtsunterdrückung ermöglichen und dabei kommt es darauf an, daß Frauen selber sagen, was für sie Unterdrückung ist. (1)

- (1) Als Organisation ist der SFB inzwischen eine Fiktion. Das, was hier unter SFB verstanden wird, meint mehr eine Haltung zur Frauenfrage, deren Ausdruck einmal der SFB als Organisation war. Faktisch gibt es ihn nicht mehr, was die praktische Kritik der Frauen an seinem Verständnis von Unterdrückung ist. Daß es so scheint, als würden die Thesen des SFB über die richtige Art einer Frauenorganisation weitere Verbreitung haben, liegt daran, daß diese Haltung auf Beifall anderer linker Organisationen stößt - da sie ja mit ihrem bornierten Verständnis von Befreiung identisch ist und ihnen von daher mehr Publikationsmöglichkeiten offen stehen.

Das andere Extrem für Identitätsprobleme würden wir in Gruppen sehen, die aus der Not eine Tugend machen und die schrecklichen Folgen der weiblichen Unterdrückung auch noch verklären. Das, was Gruppen wie der SFB als Mangel sehen, wird hier verherrlicht: intellektuelle Anspruchslosigkeit von Frauen, Ziellosigkeit, keine Realitätsbezogenheit, Auseinandersetzungen in der Gesellschaft werden nicht zur Kenntnis genommen, sondern nur die eigenen, Wissen wird als Angriff empfunden, es gibt den Drang zum Ausgleichen, Konflikte werden verdeckt. Solche Formen sehen wir tendenziell im Frauenzentrum Berlin. Die Formen, mit denen Frauen versuchen, männliche zwangshafte Verhaltensweisen aufzubrechen, können sich sehr schnell verselbständigen und ebenso zwanghaft werden. Z.B. versuchen Frauengruppen, Frauen zu helfen sich zu äussern, weil jede das Gefühl kennt, nicht beachtet zu werden, wenn sie etwas sagt. In Frauengruppen geht man davon aus, daß jede Frau etwas zur allgemeinen Erfahrung beisteuern kann und daß man sich helfen muß, Hemmungen und Minderwertigkeitsgefühle zu überwinden. Frauen können tatsächlich mit viel weniger Angst miteinander reden, sie können ausreden, man hört ihnen zu, der Leistungsdruck ist nicht so stark. Die Angst, andere Frauen durch eigenes Verhalten zu blockieren, kann so weit gehen, daß man ein Problem geduldig zum hundertsten Mal durchgeht, wenn eine Frau sich erst später in die Diskussion

einschaltet. Das ist für die anderen terroristisch und lähmend, aber kaum jemals bringt eine den Mut auf und bringt das zur Sprache. Von daher kommt die Ueffektivität, unter der viele Gruppen leiden, obwohl sie zahlenmässig sehr viel auf die Beine bringen müßten. Wahrscheinlich ist diese Geduld eine kollektive unbewußte Angst vor den Konsequenzen der eigenen Überlegungen. Ein weiteres Ritual bei Gruppen ist es, reihum zu reden, um jeder die Möglichkeit zu geben, sich zu äussern. Das kann für jemanden, die nichts zu sagen hat und lieber zuhören möchte angstvoll sein, für die anderen überflüssig. Eine gewisse Betonung von Sachlichkeit in dem Sinn, sich nur zu einem Problem zu äussern und zu einem anderen nicht, wird für männlich-autoritär gehalten und aus Prinzip abgelehnt. Das führt zu stark formalisiertem Verhalten und macht es oft unmöglich, inhaltlich etwas zu klären. In Frauengruppen soll es "schön" sein, Aktionen müssen nicht nur politisch richtig sein, sie müssen auch "Spaß" machen. Wer die Spässe aber nicht spaßig findet und die Witze infantil und für Flucht aus Verantwortlichkeiten hält, wird abgelehnt.

Wir sprechen hier über Probleme von Frauen, die sich für die Arbeit negativ auswirken. Wir alle haben diese Identitätsprobleme in irgendeiner Weise. In manchen Gruppen überwiegen aber die einen mehr als die anderen. Daß diese Probleme produktiv werden, zeigt zum Beispiel das "Rockfest" des Frauenzentrums Berlin, zu dem nur Frauen zugelassen waren, die in Scharen kamen, ca. 1.500 Frauen, die ein Fest in der Technischen Universität feierten, tanzten und mit einer Rockband sangen. Das hatte eine Vitalität, die es einfach bei gemischten Festen nicht gibt.

- Die Angst vor der Macht.

Sie äussert sich in der Bescheidenheit der Frauen: Für eine Veranstaltung an den kleinsten Saal zu denken anstatt der Wichtigkeit der Sache entsprechend an den größten. Sie äußert sich darin, die entste-

henden Frauenforen nicht zur Kenntnis zu nehmen, weil sie eine Frauenpartei anstreben. Die selbständig arbeitenden Frauengruppen, die in Frauenzentren zusammenarbeiten wollen, setzen sich nicht damit auseinander, ob die Gründung einer Frauenpartei heute richtig oder falsch ist, ob sie dieses oder jenes Programm haben soll, sondern sie nehmen die Ziele einer anderen Organisation einfach nicht zur Kenntnis. Frauengruppen denken noch immer in Familieneinheiten, nur daß die Familie jetzt grösser ist, nämlich die eigene Gruppe umfaßt, auf die man nichts kommen läßt und die man vor anderen Gruppen schützen muß.

Diese Haltung zeigt, daß Frauen sich noch nicht ernst nehmen, weil sie immer noch davon ausgehen, daß sie andere überzeugen müssen, in ihrem Interesse zu handeln, anstatt selber zu handeln.

Um uns handlungsfähig zu machen, müssen wir die Geschlechterparität in allen Bereichen durchsetzen, auch da, wo es noch keine Frauen gibt. Geschlechterparität und nicht nur Drittelparität. Arbeiterkontrolle und Frauenkontrolle. Geschlechterparität in die Betriebe, die Schulen, die Universitäten, die Gewerkschaften.

#### - Die Probleme der Wissenschaft.

So wie Wissenschaft unseres Wissens an den Universitäten betrieben wird, unterstützt sie keine Ansätze der Frauenbewegung. Mit ihren Theorien setzt sich niemand auseinander. Gerade die Wissenschaftlerinnen sind oft der Frauenbewegung feindlich gesinnt, vielleicht deswegen, weil sie selber so lange um ihre Anerkennung innerhalb der Wissenschaft kämpfen mußten, was bisher nur durch Anpassung an männliche Normen ging. Wir greifen die intellektuellen Frauen, die in solcher Weise den Kampf der Frauen schwächen, nicht deswegen an, weil sie bürgerlich oder privilegiert wären, sondern deswegen weil sie ihre Fähigkeit oder Funktion nicht nutzen und in den Dienst der Frauenbewegung stellen. Es gibt kaum Arbeiten, die auf die Kämpfe der Frauenbewegung eingehen.

- Die internationale Entwicklung der Frauenbewegung.

Die Lücken im Geschichtsbewußtsein der Frauen können heute nur international gefüllt werden. Das geht jedoch unendlich langsam: Frauen können weniger Fremdsprachen, weil sie weniger lernen. Wir haben weniger Zeit zum Übersetzen, weil wir mehr arbeiten. Die Verlage interessieren sich gemessen an der Bedeutung der Frauenfrage kaum für deren Publikationen.

Es gibt zu wenig Wissenschaftlerinnen.

Filme werden nicht produziert usw.

Aus den angelsächsischen Ländern kommen mehr Bücher mit weiblichem Selbstbewußtsein. Die mangelnde Scheu der Frauen dieser Länder, sich mit ihrer eigenen Geschichte zu befassen, mag zum Teil daran liegen, daß die theoretischen Auseinandersetzungen mit den sich als marxistische verstehenden Organisationen nicht solche fatalen Auswirkungen hatte wie in der BRD, wo diese Organisationen lange als Feinde der Frauenbewegung aufgetreten sind und versucht haben, sie abzuwürgen (was ihnen in der BRD auch zeitweilig gelungen ist). Das haben die Organisationen anderer Länder nicht in dem Maß geschafft.

Trotz all dieser beschriebenen Schwierigkeiten hat sich in der BRD in der Auseinandersetzung um die ersatzlose Streichung des § 218 die Theorie über die Bedingungen der Frauenbefreiung weiterentwickelt.

Der Kernsatz dieser Theorie ist die Forderung nach gesellschaftlicher Versorgung der Kinder.

Wir wollen hier versuchen, einige Zusammenhänge zwischen dem Kampf der Frauen um die Abschaffung des Abtreibungsparagrafen und der Forderung nach gesellschaftlicher Versorgung der Kinder zu klären.

Indem Frauen Abtreibungen machen, dem Arzt ein paar Monatslöhne hinblättern, sich Krankheiten holen, regulieren sie den Stand der Bevölkerung. Frauen machen

Bevölkerungspolitik, ohne es zu wissen. Sie entscheiden sich alle ähnlich, die Frauen. Sie handeln als Gruppe, nur ist ihnen das nicht bewußt. Sie entscheiden sich alle dafür, möglichst wenige oder überhaupt keine Kinder mehr zu bekommen und sie versuchen, dieses Ziel mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu erreichen - mit gesundheitsbedrohenden und lebensbedrohenden- immer noch ihre Gesundheit und ihr Leben bedrohenden Mitteln. Daß Frauen Bevölkerungspolitik machen, ist aber den Politikern bewußt. Sie sehen, wie sich die millionenfachen Einzelentscheidungen der Frauen zahlenmäßig auswirken: in einem zwar langsamen, aber ständigen Rückgang der Bevölkerung.

Diese Selbstregulation hat auch ihre guten Seiten. Würden die Frauen die Kinderzahl nicht selbst regulieren, würde die Infrastruktur der Gesellschaft zusammenbrechen; denn woher sollte man die Kindergärten, Schulen, Krankenhäuser für die nichtabgetriebenen oder die verhüteten Kinder nehmen?

Viele Kinder wären eine Katastrophe. (Zum Beispiel werden in den sogenannten überbevölkerten Entwicklungsländern Abtreibungen ohne das Wissen der Frauen vorgenommen!) Wenn die Entscheidungen einzelner Frauen gegen ein eigenes Kind eine bestimmte Massenhaftigkeit erreicht haben, d.h., wenn die zu erwartende Kinderzahl unter eine bestimmte Grenze sinkt, dann ist es auch nicht recht und es muß mit gesetzlichen Mitteln dafür gesorgt werden, daß noch Kinder geboren werden. Aus diesem Grund ist es den herrschenden Kräften der Gesellschaft so wichtig, den § 218 nicht ersatzlos zu streichen.

Warum sind Kinder für die Gesellschaft so wichtig?  
Was ist ein Kind der Gesellschaft wert?

Dazu ist zu sagen: Als Kind ist es überhaupt nichts wert. Als Kind kostet es nur. Es kostet die Eltern und es kostet die Gesellschaft. Es gibt bestimmte Einrichtungen, für die die Gesellschaft die Verantwortung übernimmt. Hierher gehört die allgemeine

Schulpflicht. Hier hört das Privateigentum der Eltern am Kind auf. Sie können nicht das Kind selber unterrichten, wenn ihnen die Schule nicht paßt. Die Eltern müssen das Kind von ihren Mitteln versorgen, pflegen, kleiden, ernähren, überwachen und es in die Zwangseinrichtungen der Gesellschaft für die Kinder schicken.

Das Verhältnis zwischen den Kosten, die die Gesellschaft für die Kinder bringt und denen, die die einzelnen Eltern, besonders die Mütter bringen, ist nicht konstant. In den sozialistischen Ländern werden zunehmend und planmäßig immer mehr die durch Kinder entstehenden Kosten von den einzelnen Eltern weg auf die Gesellschaft gelegt: in Form von Kindergärten, Steuererleichterungen, Kinderfreibeträgen, Mittagsstischen u.a.m. In den kapitalistischen Ländern gibt es diese Tendenz auch, sie entsteht aber zufällig und chaotisch und hat zur Grundlage nicht die Bedürfnisse der Kinder, sondern die der Produktion. Immer mehr Mütter arbeiten ausserhäuslich. Dabei stellt sich die Frage, was mit den Kindern passieren soll, ganz konkret. Über eine längere Strecke hinweg wird das Problem privat reguliert, indem die Mütter die Kinder an Omas oder Tanten geben. Das ist aber keine Möglichkeit für die Masse der Bevölkerung und wird auch zunehmend schwieriger, weil die Omas nicht erreichbar sind, oder auch noch selber arbeiten. Wenn die Kluft zwischen den Arbeitsansprüchen und den Ansprüchen der Kinder an die Mutter zu groß wird (was sich in Statistiken über Krankheiten zeigt und im Arbeitskräftemangel), dann werden die gesellschaftlichen Kräfte mobilisiert, um Einrichtungen für die Kinder zu ermöglichen. Das ist - stark vereinfacht - die kapitalistische Praxis.

Im Kapitalismus ist ein Kind ein toter Kostenfaktor. Man muß jahrelang in es hineinstecken, bevor man etwas herausholen kann. Aber man will nicht mehr hineinstecken, als unbedingt notwendig erscheint. Die Widersprüche, die sich zwischen lang- und kurzfristigen Planungen ergeben, geben oft den Anlaß zu Reformen.

Die Möglichkeit, für sich selbst zu entscheiden und bei gesellschaftlichen Entscheidungen mitzuwirken, bekommt ein Kind, wenn es mündig ist, d.h. in einem Alter, in dem es arbeitsfähig und seinerseits fähig ist, die nachkommende und die alte Generation durch seine Arbeit zu erhalten. Vorher sind die Kinder rechtlos und befinden sich faktisch noch im Zustand der Leibeigenschaft. Die Aufgabe der Frauen besteht darin, die Kinder zu bekommen und sie verantwortungsvoll großzuziehen, bis die Kinder ins Wirtschaftsleben eingegliedert werden können.

In 22 Millionen Haushalten der BRD werden jährlich rund 50 Milliarden Arbeitsstunden geleistet. Ihnen stehen im gesamten Wirtschaftsleben während des gleichen Zeitraums nur annähernd 65 Milliarden Arbeitsstunden gegenüber. Rechnet man mit einem Drittel erwerbstätiger Frauen, dann fallen allein auf Frauen 72 Milliarden jährliche Arbeitsstunden. Davon sind 50 Milliarden unbezahlt und ca. 22 Milliarden unterbezahlt. Alle Männer zusammen arbeiten ca. 43 Milliarden Arbeitsstunden. "Die Unterdrückung der Frau, deren bloße Erwähnung in der Herrengesellschaft mit dem bekannten Grinsen beantwortet wird, ist indes keine Frage der Weltanschauung, sondern der Statistik." (Zitat: Gunhild Feigenwinter)

12- bis 16-Studentage sind für Hausfrauen und für berufstätige Frauen das normale - 50 Jahre nach Durchsetzung des 8-Studentages für Männer.

Wie setzen sich diese Stunden zusammen, wird immer wieder gefragt. Das bißchen Staubwischen kann es nicht sein. Frauen können eben nicht rationalisieren. Der Rationalisierung sind jedoch Grenzen gesetzt. Finanzielle Grenzen: Für jedes haushaltserleichternde Mittel muß zuerst gearbeitet werden, bevor man es sich anschaffen kann. Grenzen, die aus der Natur der Sache kommen: daß man nicht einmal, sondern dreimal am Tag Hunger hat, ißt und abwäscht. Mit einem Auto kann man Großeinkäufe machen, ohne nicht, usw..

In Grenzen läßt sich heute Haushaltsarbeit schon einschränken: mit Drucktöpfen, Waschmaschinen und einem "verständnisvollen Partner". Damit wird aber die millionenfache Verschwendung der Arbeitskraft im Einzelhaushalt nicht aufgehoben.

Der entscheidende Punkt ist aber der, daß die Arbeit mit den Kindern sich nicht einschränken läßt, sondern im Gegenteil mehr wird. Es ist eine bekannte Tatsache, daß Kinder auf dem Land weniger Arbeit machen als in der Stadt, mehrere Kinder sich besser allein beschäftigen als Einzelkinder usw.. Eine Mutter hat dauernd vor Augen, was den Kindern alles fehlt: sie dürfen keinen Krach machen wegen der Wohnungen, keinen Dreck wegen der Einrichtung, bekommen zu wenig Zuneigung, weil keine Zeit da ist. Mütter werden rasend, weil Kinder nicht müde werden, ihre Ansprüche quäkend zu bekunden. Kinder lassen sich nicht rationalisieren. Die Mütter werden aggressiv, weil sie nicht wahrhaben wollen, daß sie selber so gar keine Rechte haben sollen. Sie haben ein ständig schlechtes Gewissen und sind gereizt: den Kinderlosen gegenüber, die weggehen können, wann sie wollen, die ausschlafen können und durchschlafen können. Wo andere über ihre exklusiven Bedürfnisse reden, denken die Mütter oft an einen Krankenhausaufenthalt und stellen sich vor, dort einmal ausschlafen zu können.

Der gute Ratschlag, Mütter sollen sich in Wohngemeinschaften zusammentun, ist unrealistisch und nur ein Ausweg für einige Leute. Diese Veränderung ändert aber nichts an der grundsätzlichen Situation, daß die Mutter privat verantwortlich ist für das Kind. Die gemeinsame Versorgung von Kindern in Wohngemeinschaften oder Kommunen klappt solange wie die Kinderlosen Lust haben, in der Wohngemeinschaft wohnen zu bleiben und zu zahlen. Wird ihnen die Sache zu anstrengend, ziehen sie aus und stellen die gemeinsamen Verpflichtungen ein. Die Mutter ist vom guten Willen der anderen abhängig.

Sie muß eben doch fragen, ob sie abends weggehen darf. Die Kinderlosen fragen nicht. Eine Mutter ist kein Mensch mit Rechten, eine Mutter ist nur ein Mensch mit Pflichten.

Um die Voraussetzungen zu schaffen, daß auch eine Frau ein Mensch wird, muß daher von Frauen politisch die gesellschaftliche Versorgung der Kinder durchgesetzt werden.

Die Mittel zur Versorgung der Kinder sollen nicht mehr privat von den einzelnen Eltern aufgebracht werden, sondern von der Gesellschaft. Sie müssen so bemessen sein, daß die ausreichende Versorgung aller Kinder garantiert ist. Sie müssen so sein, daß kein Elternteil wegen vorhandener Kinder gegenüber Kinderlosen finanziell, zeitlich, persönlich benachteiligt ist. Die Mittel für Nahrung, Kleidung, Erziehung, Wohnung, Ausbildung müssen von der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden. Das ist die Voraussetzung, die Sklaverei der Frauen und Kinder aufzuheben.

Die Durchsetzung dieser Forderung ist unser politisches Programm.

### Verhütung

#### Einige Probleme des heterosexuellen Beischlafs für die Frauen.

Das Handbuch beschäftigt sich mit Problemen, die Frauen haben, wenn sie mit Männern schlafen.

Nur am Rande können wir darauf eingehen, für welche Art von sexuellen Beziehungen Frauen alle Konflikte der Verhütung auf sich nehmen und was sie alles tun müssen, um mit einem Mann schlafen zu können.

Verhütung ist ein Problem der Heterosexualität, nicht der Homosexualität. Sexualität hängt also nicht automatisch mit der Verhütungsfrage zusammen, wenn Männer mit Männern und Frauen mit Frauen schlafen, müssen sie sich keine Gedanken über die Verhütung machen.

Daß die Verhütung eine so überwältigende Rolle im Leben der Frauen spielt, hat viele Gründe:

Es liegt unter anderem daran, daß nur die Heterosexualität gesellschaftlich anerkannt ist und die Homosexualität diskriminiert wird. Darum gibt es sehr viel mehr heterosexuellen Beischlaf und folgerichtig muß auch mehr verhütet werden.

Auch wenn ein Mann kein Kind will, ändert sich der Geschlechtsverkehr für ihn prinzipiell nicht. Eine Frau dagegen muß sich immer entscheiden für eine mögliche Schwangerschaft, für oder gegen ein bestimmtes Verhütungsmittel, für eine mögliche Abtreibung. Aber Frauen denken nicht nur darüber nach, ob ein Verhütungsmittel auch funktioniert, sondern oft müssen sie auch ihren Kinderwunsch aktiv unterdrücken, weil sie wissen, daß sie aufgrund ihrer ökonomischen, psychischen und beruflichen Situation ihre Gebärfähigkeit nicht anwenden können. Daher haben Frauen ein recht zwiespältiges Verhältnis zu Verhütungsmitteln, weil ein Verhütungsmittel die Vollkommenheit des Körpers stört und sogar Körperfunktionen ausschalten kann. So kommt es, daß sie oft eine Schwangerschaft nicht wahrhaben wollen, oder sie verdrängen sie, weil sie schon wissen, wie schrecklich Abtreibungen sind.

Frauen fühlen sich oft verstümmelt, wenn sie ihre Organe nicht anwenden können. Sie glauben, erst eine "richtige" Frau zu sein, wenn sie Mutter sind. Ob diese Angst davor, ohne eigenes Kind unvollständig zu sein, kulturell oder biologisch bedingt ist, wissen wir noch nicht. Wir können nur die Konflikte beschreiben, die Frauen mit ihrer Gebärfähigkeit tatsächlich haben.

Frauen haben faktisch keine freie Wahl. Auch eine Abtreibung bei Freigabe des § 218 ist keine freie Wahl, sondern von der gesellschaftlichen Situation der Frau aus gesehen das kleinere Übel. Was ein Kind für die Frau in dieser Gesellschaft bedeutet, ist einer Frau, die sich zur Verhütung oder Abtreibung entschließt, immer konkret bewußt: daß sie es selber aufziehen muß, selber die Verantwortung hat - Tag und Nacht - , daß es Folgen für ihr eigenes Leben hat. Das stellen sich die Frauen vor und wägen es ab. Wenn sie die Möglichkeit dazu überhaupt haben. Meistens wägen sie es noch nicht einmal nach ihren eigenen Wünschen ab, sondern überlegen, ob sie dem Kind ein lebenswertes Leben ermöglichen können.

Dann gibt es Frauen, die stehen unter einem Leistungsdruck anderer Art: Sie wollen sich und der Welt beweisen, daß sie ein Kind haben und gleichzeitig auch noch eigene Interessen verfolgen können. Das geht meistens schief. Weil aber das gesellschaftlich anerkannte Bild von der Frau das der Mutter ist, gibt die Frau ihr Versagen nicht zu. Sie versucht immer wieder, das Unmögliche möglich zu machen und gesteht das Scheitern niemandem ein: Scheitern heißt: daß sie es nicht schafft, ihren eigenen Bedürfnissen und denen der Kinder gleichermaßen gerecht zu werden. Die meisten Frauen geben dann ihre eigenen Bedürfnisse auf. Opfermut und Bedürfnislosigkeit gehören zum Bild der Mutter.

Hat sich eine Frau mit heterosexuellem Geschlechtsverkehr einmal dazu entschlossen, kein Kind zu haben, dann hat sie zwei Möglichkeiten, dies zu verhüten:

Entweder sie kennt ihre fruchtbaren und unfruchtbaren Tage und entscheidet danach, ob und wann sie mit einem Mann schläft. Diese Möglichkeit kommt aber in der Praxis kaum vor.

Oder sie kennt ihre fruchtbaren Tage nicht und nimmt eins der mechanisch, chemischen oder hormonellen Verhütungsmittel.

Weil die Frauen nicht wissen, was in ihrem Körper vorgeht, benutzen sie Verhütungsmittel, die andere für sie

entwickelt haben, ohne deren Funktionieren, deren Wirkungen und Nebenwirkungen zu verstehen. Und vor allem ohne zu fragen, ob sie den eigenen Bedürfnissen entgegenkommen.

Wir wissen, daß die Frauen früherer Generationen und anderer Kulturen mehr über ihren Körper wußten als wir heute (siehe Kapitel über den Anteil der Frauen an der Menschwerdung des Affen). Den Frauen wurde das Wissen systematisch genommen und die Beschäftigung mit ihrem Körper verboten. Das Ausmaß dieser Folgen können wir uns heute kaum mehr vorstellen, weil wir mit diesen Folgen leben.

Ein weiterer Grund für die Verwendung von Verhütungsmitteln ist die gesellschaftliche Abhängigkeit der Frauen von den Männern. Eine Frau bekommt ihre Anerkennung vorwiegend über den Mann. Es ist wichtig für eine Frau, sich mit einem Mann öffentlich zu zeigen. Ein Mann ist auch alleine wer, einer alleinstehenden Frau wird deutlich Mißachtung gezeigt (Mauerblümchen).

Eine Frau, die zu kompliziert ist, ist bei Männern nicht gefragt. Eine Frau, die eigene sexuelle, emotionale und intellektuelle Ansprüche hat, ist unbequem. Eine längere Beziehung bedeutet aber auch emotionale Sicherheit. Da die meisten Menschen sich aus Zeitgründen schon gar keinen intensiven Auseinandersetzungen mit ihren Beziehungen leisten können, geht man Konflikten aus dem Wege und löst sie technisch - u.a. auch mit Verhütungsmitteln. Da die meisten Frauen die Männer noch zur eigenen Definition brauchen, befinden sie sich in einer dauernden zwangshaften Anpassungssituation.

Sie nimmt Verhütungsmittel, weil sie oft nur ihm zuliebe mit ihm schläft. Sie wagt nicht, ihm zu sagen, daß sie heute ihren Eisprung hat, weil sie Angst hat, daß er dann weglaufen könnte. Das Gegenargument vieler Männer ist: Aber Vögeln macht doch Spass. Spass macht es aber nur, wenn man darüber sprechen kann und anerkennt, daß jeder manchmal Bedürfnisse hat und manchmal nicht. Oft werden auch Verhütungsmittel genommen,

weil man nicht miteinander sprechen kann. Spass heißt für die Frauen oft nichts weiter als: Immer bereit sein.

Die Zeiten von großer Leidenschaftlichkeit sind relativ kurz, das heißt, solche Zeiten, wo die Frau selber in Bedrängnis kommt und unbedingt mit einem Mann schlafen will, obwohl sie weiß, daß sie ihre fruchtbaren Tage hat, kein Kind will und sich auch durch kein Verhütungsmittel schädigen will. Aber wahrscheinlich ist auch dieser Fall ein Problem der Kommunikation: Denn man kann ja auch sexuell miteinander verkehren, ohne sich zu befruchten.

Alles spitzt sich zu auf die Frage: Sind alle gebräuchlichen Verhütungsmittel an die sexuelle Unterwerfung der Frauen gebunden und nur durch sie zu erklären?

### Die Pille.

Wir haben in der ersten Auflage des Frauenhandbuchs Nr. 1 die Pille überwiegend unter dem medizinischen Aspekt der Nebenwirkungen und dem Profitinteresse der Pharmaindustrie in Frage gestellt.

Wir stiessen damit auf ziemlich viel Ablehnung. Ohne Ansehen der Tatsachen versuchten die meisten Frauen die Pille zu verteidigen.

Aus ihren Abtreibungserfahrungen heraus sagten sie: Verhüten ist besser als abtreiben.

Die meisten Frauen stecken in dem Dilemma, daß sie zwischen zwei schlechten Methoden wählen müssen, nämlich einer Pille, deren Schädlichkeit auf den ersten Blick nicht zu erkennen ist und Abtreibungsmethoden, die gefährlich sind.

Wir wurden immer wieder gefragt, welche Alternativen wir anzubieten hätten. Wir wollen hier nochmal aufzei-

gen, daß wir keine Alternative anbieten können, sondern daß wir das Dilemma aufzeigen wollen, in dem wir stecken. Wir können mit unserer Arbeit nur dazu beitragen, daß wir die Methoden, mit denen wir verhüten, genau kennenlernen und daß wir das Verhältnis zu unserem Körper und unserer Sexualität klären. So können wir uns für die Verhütungsmethode entscheiden, die uns am geeignetsten zu sein scheint und darüberhinaus richtige Forderungen stellen.

Wir fragten uns, warum wir zunächst die Pille so widerspruchslos akzeptierten.

Wir waren erleichtert, daß wir nicht bei jedem Geschlechtsverkehr Angst haben mußten, schwanger zu werden. Wir empfanden die Pille als bequem, weil der Geschlechtsverkehr nicht durch Vorkehrungen gestört wurde. Der Mann sieht, fühlt, riecht nichts - man brauchte nicht darüber zu sprechen.

Für diese Erleichterung nahmen wir gerne die "kleinen Nebenwirkungen" in Kauf. Und doch beschäftigte uns diese Verhütungsmethode täglich - ganz gleich, ob wir gerade eine befriedigende Beziehung hatten oder nicht -; jeden Tag wurden wir daran erinnert, daß wir die Pille, wenn auch manchmal "auf Verdacht" schlucken mußten. Wir merkten, daß sie nicht in die Beziehung zum Mann eingehen, denn er sieht es in der Regel als eine Selbstverständlichkeit an, daß die Frau die Pille schluckt und betrachtet damit das Problem der Verhütung als erledigt. Die sexuelle Beziehung ist damit nur scheinbar befreit, indem alle Fragen der Verhütung verdrängt werden.

Weil wir begriffen haben, daß wir uns zum jetzigen Zeitpunkt noch selbst mit der Verhütung beschäftigen müssen, weil wir die Betroffenen sind, haben wir begonnen, mehr über die Pille und ihre Verbreitung herauszubekommen. Wir haben gesehen, daß wir die scheinbare Befreiung bezahlen müssen mit einer Abhängigkeit von Ärzten und der Pharmaindustrie.

In dem medizinischen Teil zur Pille wollen wir Informationen weitergeben, die jeder Frau, die ein Medika-

ment einnimmt, zustehen. Wir wollen aufzeigen, welche Unsicherheiten über die Wirkung und Nebenwirkung der Pille bestehen - auch wenn sie seit Jahren von Millionen von Frauen geschluckt wird.

Die Pille für den Mann gibt es noch nicht im Handel. Da wir medikamentöse Verhütungsmethoden generell ablehnen, können wir die Pille für den Mann genau so wenig befürworten. Aber es ist typisch, daß ein Medikament, das so einschneidende Nebenwirkungen und Folgen hat, zuerst an Frauen ausprobiert wird.

### Wie wirkt die Pille?

Wenn man die Aussagen der Mediziner über die Pille prüft, sieht man, daß sich die einzelnen Arbeiten oft widersprechen, daß mit ungenügendem statistischen Material gearbeitet wird, daß Kenntnisse über den genauen Wirkungsmechanismus fehlen. Die entscheidenden Ergebnisse über die Wirkung und Nebenwirkung der Pille sind vage formuliert. Über das scheinbar bestuntersuchteste Medikament herrschen weiterhin Unklarheiten.

### Was wissen wir über die Pille?

Die Pille besteht aus künstlichen Hormonen, den Östrogenen und den Gestagenen. Diese Hormone werden kombiniert während des ganzen Zyklus oder in zwei Phasen einzeln gegeben.

### Die Wirkung der Pille und der anderen hormonellen Verhütungsmittel auf unseren Körper:

#### 1. Auf das Gehirn:

Die Hormone wirken über das Zwischenhirn (Hypothalamus) auf die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) und bremsen die körpereigenen Hormone LH (luteotropes Hormon) und FSH (Follikelstimulierendes Hormon), die normalerweise zur Eireifung und dem Eisprung notwendig sind (siehe Seite 48).

Durch die Hemmung des Eisprungs (Ovulation) werden keine befruchtungsfähigen Eier gebildet. Da dieser zentrale Mechanismus die Hauptwirkung der hormonel-

len Verhütungsmittel ist, werden sie auch als Ovulationshemmer bezeichnet.

2. Auf die Gebärmutter:

Der normale Aufbau der Gebärmutterschleimhaut, der zur Einnistung einer befruchteten Eizelle notwendig ist, wird gestört.

Langzeitanwendung der Pille kann zur Schrumpfung (Atrophie) der Schleimhaut führen und zu einer Schrumpfung der ganzen Gebärmutter, so daß die Einnistung eines befruchteten Eies auch nach Absetzen der Pille nicht mehr möglich ist.

Der von den Drüsen des Gebärmutterhalses abgegebene Schleim (Zervixschleim) ist normalerweise zum Zeitpunkt des Eisprungs maximal verflüssigt und durchlässig, so daß die Samen (Spermien) in die Gebärmutter eindringen können.

Durch die Gestagenzufuhr wird der Zervixschleim für den Samen mehr oder weniger (abhängig von der Zusammensetzung der Pille) undurchlässig.

3. Auf den Eierstock:

Die hormonellen Verhütungsmittel wirken nicht nur über das Gehirn auf die Eierstöcke, sondern auch direkt.

Das Bindegewebe der Eierstöcke nimmt zu, die natürlichen Hormone, die im Eierstock gebildet werden, nehmen ab, die natürliche Schwankung der Hormonausscheidung fehlt.

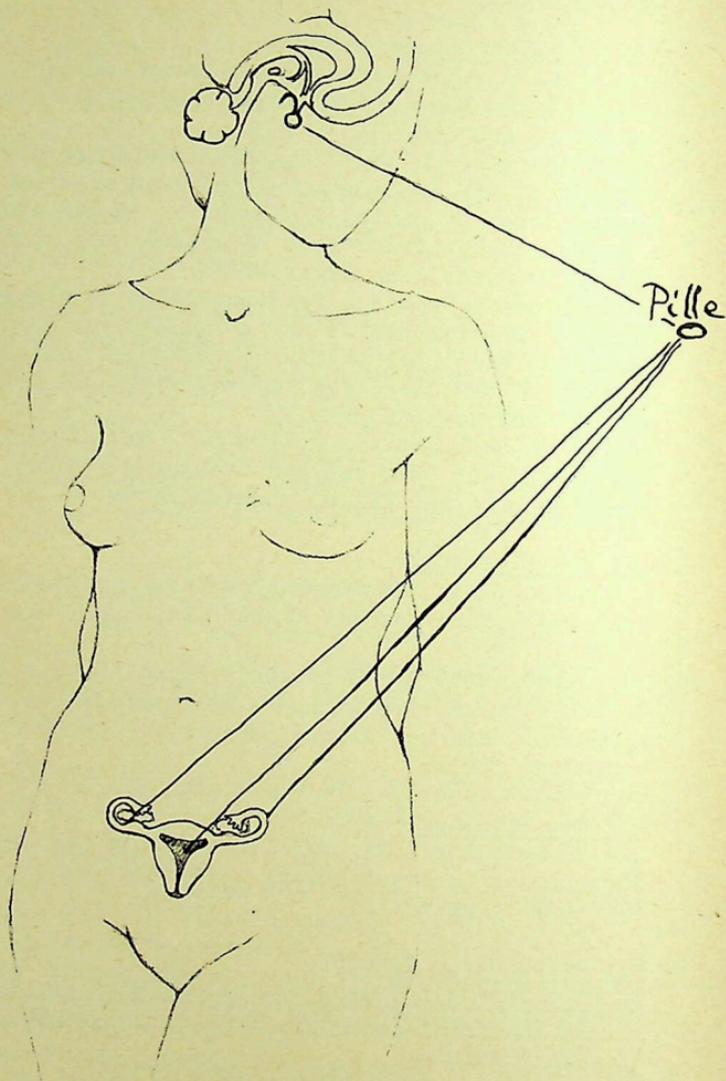
4. Auf den Eileiter

Die Beweglichkeit der Eileiter wird je nach Höhe der Hormondosen unterschiedlich verändert. Damit wird der Eitransport gestört.

5. Auf die anderen Organe:

Es gibt kaum ein Organ, das nicht durch die Hormonzufuhr in seiner Funktion, wenn auch nur gering, verändert würde.

Die Hormone wirken auf den Fettstoffwechsel, den Zuckerstoffwechsel (die Zuckerkrankheit kann verschlechtert werden), die Leber (die Ausscheidungs-



funktion kann vermindert werden).

Die Blutgerinnung wird beeinflusst, so daß es leichter zur Bildung von Blutgerinnseln (Thromben) kommt, die Dehnbarkeit der Venen nimmt zu, so daß häufig Krampfadern auftreten, bzw. verstärkt werden.

Uns muß klar werden, daß die Pille mehr in unserem Körper macht, als nur unerwünschte Kinder verhüten. Sie stört natürliche Abläufe und bewirkt eine Veränderung der Geschlechtsorgane sowie einzelner Stoffwechselfunktionen.

#### Nebenwirkungen der Pille und anderer hormoneller Verhütungsmittel.

Die Tatsache, daß jedes Medikament, das wirkt, auch Nebenwirkungen hat, die zum Teil unerwünscht sind, hat für die Pille eine fatale Bedeutung. Denn die Pille nehmen gesunde Frauen zur Verhütung einer Schwangerschaft und nicht als Medikament zur Behandlung einer Krankheit.

Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Ausfluß werden von den Medizinern als Bagatellen abgetan, die nach einigen Monaten "von selbst verschwinden". Wir haben es gelernt, mit der Pille diese Beschwerden zu schlucken. Kein Arzt wird sie als ernsthaft bewerten, sondern sie höchstens als Zeichen von Hysterie ansehen.

Wir wissen, daß kaum eine Frau, die die Pille nimmt, richtig untersucht wird, daß ihre Beschwerden meist nicht ernstgenommen, sondern einfach mit anderen Medikamenten behandelt werden. Frauen, die bei der Pilleneinnahme unter Depressionen leiden, bekommen zum Beispiel Psychopharmaka zur Aufheiterung.

Eine endgültige Aussage über den ganzen Umfang der möglichen Nebenwirkungen kann bis heute noch nicht gemacht

werden, da keine beweiskräftigen Langzeitstudien vorliegen. Und selbst wenn sie doch vorhanden wären, müssen wir uns immer fragen, wie wurden sie durchgeführt, welche Interessen stehen hinter den Untersuchungen. Ein Interesse an der weiteren Propagierung der Pille haben sicher die Männer, weil die Pille für sie so bequem ist und das Problem der Verhütung für sie damit erledigt ist, - die Ärzte, weil die Pille ihnen Arbeit und Zeit erspart, Krankenscheine und Rezeptgebühren einbringt, - die Pharmaindustrie, weil sie mit der Pille ihr größtes Geschäft macht.

### Krebsrisiko?

Man kann heute noch nicht mit Sicherheit sagen, ob die Pille das Geschwulstwachstum begünstigt. Einige Forscher beschreiben entzündliche Veränderungen am Muttermund unter Pilleneinnahme. Diese Veränderungen werden nur mit der Kolposkopie (Lupenbetrachtung des Muttermundes) und nicht aus den "Krebsabstrichen" erkannt (Guhr, O.: Hormonal induzierte Portioveränderung unter Ovulationshemmer, Münchener medizinische Wochenschrift, Nr. 16, 1972).

Ob solche entzündlichen Veränderungen ausschließlich auf die Pille zurückzuführen sind oder, wie einige behaupten, auf häufig wechselnden Geschlechtsverkehr, ist noch ungeklärt. Ebenso ungewiß ist, ob derartige Veränderungen wirklich nach einem längeren Zeitraum zum Krebs führen.

Die Unsicherheit dieser Aussage liegt wieder an der ungenügenden Untersuchung der einzelnen Präparate. Um zum Beispiel eine Verhundertfachung des Risikos, eine Brustgeschwulst zu bekommen durch Pilleneinnahme, feststellen zu können, müßten 11.000 Frauen, die dieses Pillepräparat einnehmen und 11.000 Frauen, die nicht die Pille einnehmen, untersucht werden.

## Erbschäden?

Die gleiche Unsicherheit besteht über die mögliche Schädigung der Erbanlagen. Das heißt, daß Kinder, die nach Absetzen der Pille gezeugt werden, irgendwelche Schäden haben können.

Um etwas über derartige Zusammenhänge aussagen zu können, müßte man 100.000 Kinder, deren Mütter die Pille genommen haben, über einen Zeitraum von sechs Jahren untersuchen und beobachten.

## Thrombose?

Gesichert erscheint inzwischen die erhöhte Thrombosegefahr (Bildung von Blutgerinnseln, die die Blutbahn verstopfen und so Schlaganfälle, Lungenembolien etc. auslösen können).

Nach bisher vorliegenden Statistiken ist das Risiko eine tödliche Thrombose bei Pilleneinnahme zu bekommen um das 6- bis 8fache erhöht. Eine Thrombose, die nicht zum Tode führt, kommt zehnmal häufiger vor bei Frauen, die die Pille einnehmen, als bei denen, die sie nicht einnehmen. (Nachweis der Unbedenklichkeit und der therapeutischen Wirksamkeit in: Haller, J., Kontrazeptive Steroide, Therapiewoche Heft 25, 1972.)

In den letzten zehn Jahren ist überall auf der Welt eine auffällige Zunahme von Schlaganfällen bei jungen Frauen beobachtet worden.

Schliak (Neurologe im Klinikum Westend) fand im Jahr 1969 bis 72 in Westberlin 33 Frauen unter 40 Jahren, bei denen keine andere Ursache für einen erlittenen Schlaganfall gefunden worden ist; 27 von ihnen hatten regelmäßig die Pille eingenommen.

Die Vorzeichen für Schlaganfälle sind Kopfschmerzen, Schwindelerscheinungen, Augenflimmern. Wenn bei jungen Frauen diese Zeichen auftreten, empfiehlt Schliak die Pille abzusetzen. - Wieviele Frauen müßten da die Pille absetzen ???

## Unfruchtbarkeit?

Nach Absetzen der Pille dauert es bei 5 bis 10 % der Frauen etwa ein halbes Jahr bis die regelmässigen monatlichen Blutungen wieder einsetzen. 1 % der Frauen bleiben unfruchtbar. Das heisst, die Ovulation ist für immer unterdrückt oder die Gebärmutterschleimhaut so verändert, daß keine Schwangerschaft mehr eintritt.

Die pharmazeutische Industrie reagiert auf diesen "Zwischenfall" mit der "Pille nach der Pille".

## Pille für junge Mädchen

Gerade bei jungen Mädchen kann die Pille bei Langzeiteinnahme zur Unfruchtbarkeit führen.

40 % der 15- bis 17jährigen Mädchen haben trotz Menstruation noch keinen Eisprung, im Alter von 18 bis 20 Jahren sind es etwa 25 %. Das heisst, die Entwicklung des jungen Mädchens ist noch nicht abgeschlossen und wird durch Hormongaben gestört.

Aber nicht aus medizinischen Überlegungen, sondern aus moralischen Gründen, empfiehlt die Ärztekammer, daß Mädchen unter 16 Jahren die Pille nicht erhalten sollen, Mädchen zwischen 16 und 18 Jahren die Pille nur verschrieben wird, wenn die Einwilligung der Eltern vorliegt und nach 18 Jahren, wenn "persönliche Reife" vorliegt.

Allerdings ist in der BRD noch niemals gegen einen Arzt Klage erhoben worden, der Jugendlichen die Pille ohne Einwilligung der Eltern verordnete.

## Andere Nebenwirkungen.

Die sogenannten "Bagatellnebenwirkungen" sind immerhin so beträchtlich, daß 30 % der Frauen aufhören die Pille zu schlucken.

Unverträglichkeiten, die auf die Östrogene zurückzuführen sind:

Übelkeit und Erbrechen;  
schnelle Gewichtszunahme durch Flüssigkeitsansammlung im Körper;  
Spannungsgefühl, vor allem vor der Menstruation;  
Schweregefühl in den Beinen;  
verstärkte Blutung;  
vermehrter schleimiger Ausfluß;  
Entzündung am Muttermund;  
Kopfschmerzen.

Unverträglichkeiten, die auf die Gestagene zurückzuführen sind:

Trockene Scheide;  
vermindertes Bedürfnis zum Geschlechtsverkehr;  
Hitzewallungen;  
Müdigkeit;  
Depression;  
Wadenkrämpfe;  
langsame Gewichtszunahme;  
Pilzinfektionen der Scheide.

Pille für jeden Typ"?

Um die Pille für alle Frauen akzeptabel zu machen, hat die Industrie die "Pille für jeden Typ" geschaffen.

Es wird den Frauen weisgemacht, daß es eine Pille entsprechend ihrem Hormontyp gibt.  
Dazu werden Frauen in dicke, "normale" (!) und dünne eingeteilt, die dann Östrogenbetonte, ausgeglichene (!) und gestagenbetonte Typen genannt werden.

Die Östrogenbetonte Frau wäre klein und dick, hätte weibliche Formen, eine weibliche Behaarung, eine verstärkte Blutung und eine vermehrte Sekretion der Scheide. Beim gestagenbetonten Typ wäre so gut wie alles umgekehrt.

Die gestagenbetonten Frauen brauchen mehr Östrogen (um weiblicher zu werden?!), die östrogenbetonten mehr Gestagen.

In Wirklichkeit ist die Einteilung in Östrogentyp und Gestagentyp nach solchen Merkmalen unsinnig. Hormonanalysen sind viel zu aufwendig und werden in der Praxis nicht durchgeführt.

Wie unsinnig diese Einteilung und wie wenig haltbar sie ist, wollen wir begründen:

1. Es gibt keine exakte Methode zur Bestimmung der sogenannten Gestagenpotenz. Bei der Frau sind die Gestagenwirkungen nur an der Wirkung, die sie auf die Gebärmutterschleimhaut ausüben, meßbar, die anderen Wirkungen, die dieses Hormon sonst noch im Körper ausübt, sind nur mit Tierexperimenten zu ermitteln. Das heißt, die Gestagenpotenz (-stärke) bezieht sich nur auf die Wirkung an der Gebärmutterschleimhaut.
2. Die verschiedenen Gestagengewichtsmengen kann man nicht vergleichen mit den Gestagenstärken. So hat zum Beispiel Norgestrel eine niedrige, wirksame Dosismenge und ist dabei doch ein verhältnismäßig starkes Gestagen. Das heißt, die Werbung mit niedrigen Dosen ist bewußt irreführend.
3. Einige Gestagen haben zusätzlich östrogenartige Wirkung oder hemmen die Östrogene.  
Man will uns mit einer scheinbaren wissenschaftlichen Genauigkeit weismachen, daß es für jede Frau die richtige Pille gibt, wenn man nur die richtige Hormonanalyse macht.

#### Die Einphasenmethode.

Bei der Einphasenmethode muß jeden Tag (21 Tage) die gleiche Pille mit einem bestimmten Anteil an Östrogen und Gestagen geschluckt werden.

Vorteil: Hohe Sicherheit, das heißt, wenn 100 Frauen ein Jahr die Pille schlucken, wird höchstens eine Frau schwanger. Pearl-Index ist kleiner als 1.

Nachteil: Atrophie der Gebärmutterschleimhaut, Unfruchtbarkeit.

### Die Zweiphasenmethode.

Hierbei wird in der ersten Hälfte des Zyklus eine Pille mit Östrogenen eingenommen und in der zweiten Hälfte eine Pille mit Östrogen und Gestagen.

Man glaubt mit dieser Kombination eine bessere Anpassung an die natürlichen Hormonverhältnisse zu erreichen.

Vorteil: Keine Atrophie der Gebärmutterschleimhaut, Unfruchtbarkeit nach Absetzen der Pille seltener (!) als bei der Einphasenmethode.

Nachteil: Wegen der höheren Östrogendosis erhöhte Thrombosegefahr. Geringere Sicherheit:  
Pearl-Index: 1 - 4

### Die Minipille.

Da die Östrogene allgemein in Verruf gekommen sind, ernstliche Nebenwirkungen wie Thrombosen, Leberschädigung etc. zu erzeugen, hat die pharmazeutische Industrie ein neues Präparat vermarktet.

Die Minipille enthält nur Gestagene, die kontinuierlich - ohne Pause - eingenommen werden müssen.

"Microlut greift nur gering in den physiologischen Zyklus im Organismus der Frau ein. Die Ovulation wird nicht gehemmt." (Schering-Prospekt) Es wird aber nach neueren Untersuchungen von Hammerstein (1972) in 20 bis 40 % aller Zyklen der Eisprung doch gehemmt, das heißt, die Minipille greift auch zentral am Zwischenhirn ein.

Die Minipille wirkt ausserdem auf den Zervixschleim und macht ihn für Samen undurchlässig.

Vorteil: Bessere Allgemeinverträglichkeit,  
seltener (!) Depressionen, Kopfschmerzen,  
Krampfadern;  
keine Leberschädigung.

Nachteil: Geringe Sicherheit: Pearl-Index: 2 - 9  
Die Pille muß jeden Tag fast auf die Stunde genau eingenommen werden.  
Bei 20 bis 40 % der Frauen treten Blutungsstörungen auf.  
Ausbleiben der Blutung nach Absetzen der Pille bei 3 bis 8 % der Frauen.

Bei der Werbung mit der Minipille wird uns klar, daß die Entwicklung neuer hormonaler Verhütungsmittel keine Verbesserung für uns bringt.

Es wird davon ausgegangen, daß sich die Frauen längst daran gewöhnt haben, Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen.

Man wirbt also mit weniger Nebenwirkungen.  
Der Werbespruch lautet: der "micro"dosierte Ovulationshemmer macht - weniger Übelkeit,  
- weniger Kopfschmerzen,  
- weniger Oedeme,  
- weniger Beinbeschwerden!

#### Depot-Präparate.

1. Einmonatsspritze : Dreimonatsspritze
2. Einmonatspille
3. Siliconkapsel

#### 1. Die Einmonatsspritze und die Dreimonatsspritze.

enthält Dihydroxyprogesteron-Acetophenid und Östradiol-Öthanthat, das heißt, ein Gestagen und ein Östragen mit Langzeitwirkung.

Die Dreimonatsspritze enthält 150 mg Madroxy-Progesteron-Azetat und wird alle drei Monate intramuskulär gespritzt.

Bei der Verwendung dieser Spritzen treten so starke Menstruationsstörungen auf, daß in der Fachliteratur von einem "Chaos der Menstruation" gesprochen wird.

Das bedeutet: Nach Beendigung der Hormonbehandlung vergehen viele Monate, bis die regelmässigen, monatlichen Blutungen wieder einsetzen und normal verlaufen.

Nach einjähriger Behandlung mit der Einmonatsspritze sind 3/4 aller Frauen (75 von 100!) für immer unfruchtbar!

Die Mediziner bezeichnen diese Art der Geburtenregelung, wegen der zu erwartenden schweren gesundheitlichen Schäden, als für e u r o p ä i s c h e  
F r a u e n u n t r a g b a r.

Dazu ein Zitat von G.A.Hauser aus Medizinische Klinik 65, Nr. 27, 1970:

"Trotzdem glauben wir, daß die Depot-Ovulationshemmer besonders in Entwicklungsländern eine große Zukunft haben. Wenn es gelingt, ein Depot für etwa sechs Monate herauszubringen, so kann gerade bei Analphabeten, wenig verantwortungsbewußten oder fatalistischen Bevölkerungsguppen wirksam und mit wenig Aufwand gearbeitet werden."

## 2. Die Einmonatspille.

Das am meisten getestete Präparat enthält 2 mg Quinestrol als drei bis vier Wochen wirkendes Östrogen und 2,5 mg - 5 mg Quingestaolacetat als wenige Tage wirksames Gestagen. Die Einmonatspille wird jeweils am 21. Tag nach Beginn der Menstruation genommen.

Die Einmonatspille gibt in den ersten Monaten keinen

zuverlässigen Schutz vor Empfängnis. Ab dem zweiten Monat ist die Versagerquote laut Pearl-Index 1 - 2. Als Nebenwirkung gelten die gleichen wie bei der üblichen Pille, zusätzlich treten Menstruationsstörungen auf.

### 3. Die Pille danach.

Östrogenpille danach:

Seit 1966 ist bekannt, daß hohe Dosen von Östrogen eine Schwangerschaft verhüten können, nach bereits erfolgter Befruchtung.

Man muß spätestens 48 Stunden (!) nach dem Verkehr fünf Tage lang täglich 3 bis 5 mg Äthinylostradiol, wie zum Beispiel fünf Tage lang jeden Tag 10 bis 15 Tabletten Progynon M schlucken; oder: fünf Tage lang täglich 25 - 5 mg Diäthylstilbestrol, das heißt, 60 bis 100 Tabletten Cyren B forte täglich.

Da bei diesen hohen Hormondosen zwangsläufig Übelkeit und Erbrechen die Folge sind, empfiehlt die Herstellerfirma (Schering), gleichzeitig die Gabe eines Anti-Brechmittels!

Ein statistischer Nachweis der Wirksamkeit liegt nicht vor - da man die Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt nicht beweisen kann.

Die zu erwartende Periode kann sich um einige Tage verschieben. Die Temperaturmethode ist nicht mehr anwendbar, da die Östrogene die Temperatur senken.

Nach Auskunft der Arzneimittelkontrollbehörde der USA (FDA) wird in der Packungsbeilage darauf hingewiesen, daß bei Versagen der Methode die Schwangerschaft unterbrochen werden soll.

Wie verhält sich die Arzneimittelkommission in der BRD?

"Da die Voraussetzungen des Schwangerschaftsabbruchs

wegen der Rechtslage in der BRD nicht generell erfüllt sind, empfiehlt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft den Ärzten bis zum Vorliegen eingehender Untersuchungen über die genannten Risiken bei der Verschreibung von Östrogen-Präparaten für diesen Zweck größte Zurückhaltung zu üben."  
(Deutsches Ärzteblatt März 1970)

Inzwischen sind ernsthaft Nebenwirkungen von Cyren B forte bekannt. Bei Mädchen, deren Mütter Cyren B forte geschluckt haben, kommen gehäuft Unterleibskrebse vor.

#### Die Gestagen-Pille danach.

Bisher sind Versuche mit Gestagendosen von 0,8 mg Quingestanol bekannt. Diese Dosis muß 24 Stunden nach dem Verkehr eingenommen werden. Dabei soll die Schwangerschaft fast 100%ig verhütet werden. Diese Dosis entspricht der 3fachen Minipillendosis und hat geringere Nebenwirkungen. Bisher existiert noch kein Präparat im Handel.

#### Die Schwedenpille

(Cyclofenil) hat sich als unwirksam erwiesen.

#### 4. Die Silikon Kapsel oder Silastik-Kapseln

Sie enthalten Gestagene (Megestrola acetat 15 bis 30 mg) und werden unter die Haut meist an der Beugeseite des Unterarms eingepflanzt. Die Wirkungs-dauer beträgt ungefähr neun Monate.

Die Wirkung entspricht der Minipille. Es gibt keine verbindlichen Angaben über die Versagerquote, sicher ist, daß erst ab fünf implantierte Kapseln die Schwangerschaft verhütet wird.

Die Pille findet sich noch im Stadium der Erprobung - natürlich nicht in Europa!

Dazu Hammerstein (Frauenarzt im Klinikum Steglitz):  
"Während es mehr als fraglich erscheint, daß dieses Verfahren in hochzivilisierten Ländern eingeführt wird, bietet seine Anwendung in der Dritten Welt zweifellos Vorteile!"

Zynischer kann man die Verstümmelung wehrloser, unaufgeklärter Frauen wohl nicht beschreiben!

### Literatur

- Cottier, P. Nebenwirkungen der oralen Kontrazeptiva, Schweizerische medizinische Wochenschrift 102, 821-28, 1972
- Kaiser, R. Ovulationshemmer und Tumoren, Deutsches Ärzteblatt, Heft 24, Juni 1973
- Pesendorf, F. Gefäßwandschädigung und thromboembolische Gefäßverschlüsse nach Einnahme von Ovulationshemmern, Med. Klinik 68, Nr. 3, 7-77, 1973
- Pendl, G. Zerebrovaskuläre Ereignisse unter oralen Ovulationshemmern, Münchener medizinische Wochenschrift, Nr. 10, 96. Jg., 413-21, 1971
- Ludwig, H. Thromboserisiko durch hormonale Kontrazeptiva, Therapiewoche Heft 7, 7494-96, 1973
- Hauer, G.A. Nebenwirkungen der hormonalen Kontrazeption, Med. Klinik 65, Nr. 27, 1290-95, 1970
- Haller, J. Nachweis der Unbedenklichkeit (Unschädlichkeit) und der therapeutischen Wirksamkeit, Sonderfall: Kontrazeptive Steroide, Therapiewoche Heft 25, 2052-58, 1972

- Weng, Ch.      Ischämische cerebrale Insulte bei jüngeren Frauen unter Ovulationshemmern, Münchener medizinische Wochenschrift, 115, Nr. 22, 1973
- Initiativkreis Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt,  
Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Pahl-Rugenstein-Verlag, Köln
- Projektgruppe Medizin München, 100 Jahre Standespolitik - 100 Jahre auf der Seite der Reaktion, Druck und Verlag Freies Volk
- Scholmer, J.    Patient und Profitmedizin, Westdeutscher Verlag, 1973
- Scholmer, J.    Die Krankheit der Medizin, Luchterhand Verlag, 1971
- Gesenius, H.    Empfängnisverhütung, Urban Schwarzenberg, 1970
- Haller, J.      Ovulationshemmung durch Hormone, Georg Thieme-Verlag, 1971
- Kewitz, H.      Nebenwirkung contraceptiver Steroide, Westkreuzverlag, 1971
- Arzneitelegramm, unabhängiger Arbeitskreis Arzneipolitik      11/73, 3-4/72, 5/72
- Haller, J.      Langzeiteffekte der hormonalen Kontraceptiva, Therapiewoche 23, Heft 7, S. 501, 1973
- Clark, J.H.     Influence of copulation on time of ovulation in women, Amer.J.Obstret.Gynec. 109: 1083-1085, 1971

- Ovulationshemmer, Therapiewoche 15,  
128-196, 1973.
- Feldmann, H., Kuppe, G. Sicherheit und Wirkungsweise  
der Minipille, Klinikarzt, 2, 45, 1972
- Meng, M. Erfahrungen mit der "Minipille", Schweiz.  
Rundschau. Med. 61, 519-529
- Lauritzen, Ch. Die wichtigsten Wirkungen der Östrogene  
und Gestagene, Therapiewoche 23, 7, 473,  
1973
- Hammerstein, J. Theoretische Grundlagen der hormonalen  
Kontrazeption, Med. Klinik 65, 1279-89,  
1970
- Nijs, P. Psychosomatische Aspekte der oralen Anti-  
konzeption, Ferdinand Enke Verlag, Stutt-  
gart, 1972
- Guhr, O. Hormonalinduzierte Portioveränderung unter  
Ovulationshemmer, Münchener Med. Wochen-  
schrift, Nr. 6, 1972, S.766-68
- Mestwerdt, G. Diagnostik und Behandlungsmöglichkeit  
des Mikrokarzinoms am collum uteri, Münche-  
ner Med. Wochenschrift, Nr. 22, 1973
- Hammerstein, H. Hormonale Kontrazeption in Bewegung,  
Medizin heute, Heft 20, 1971, S.7-12
- Bailer, P. Ovulationshemmer trotz Nebenwirkungen,  
Sexualmedizin II/1973
- Taenhaeff, D. Gezielter Einsatz von Ovulationshemmern,  
Ärztliche Praxis, 23, 3351-56, 1971
- Brehm, H. Nebenwirkungen in Abhängigkeit von der  
unterschiedlichen Zusammensetzung der

Tabelle: Im Handel befindliche Ein- und Zweiphasenpräparate zur oralen Einnahme

Handelsname	Östrogentyp	Dosis (mg)	Progestagentyp	Dosis (mg)	Hersteller
Einphasenpräparate					
Agenorol	Äthinylöstradiol	0,05	Megestrol	4,0	Dr. Herbrand
Anacyclin	Mestranol	0,1	Äthinylöstrenol	1,0	Ciba
Anacyclin 28	Mestranol	0,1	Äthinylöstrenol	1,0	Ciba
Anovlar	Äthinylöstradiol	0,05	Norethisteronacetat	4,0	Schering
Co-Ervonum	Äthinylöstradiol	0,1	Megestrolacetat	2,0	Glaxo
Delpregnin (für gynäkologische Indikationen propagiert)	Mestranol	0,1	Megestrolacetat	5,0	Novo-Industrie
Duoluton (für gynäkologische Indikationen propagiert)	Äthinylöstradiol	0,05	Norgestrel	0,5	Schering
Etalontin	Äthinylöstradiol	0,05	Norethisteronacetat	2,5	Parke-Davis
Etalontin 28 Fe	Äthinylöstradiol	0,05	Norethisteronacetat	2,5	Parke-Davis
Eugynon	Äthinylöstradiol	0,05	Norgestrel	0,5	Schering
Eugynon 28	Äthinylöstradiol	0,05	Norgestrel	0,5	Schering

Lyndiol	Äthinylöstradiol	0,05	Lynestrenol	2,5	Organon
Neogynon	Äthinylöstradiol	0,05	d-Norgestrel	0,25	Schering
Neogynon 28	Äthinylöstradiol	0,05	d-Norgestrel	0,25	Schering
Noracyclin	Mestranol	0,15	Äthinylöstrenol	5,0	Ciba
Noracyclin 22	Mestranol	0,075	Äthinylöstrenol	2,5	Ciba
Orlest	Äthinylöstradiol	0,05	Norethisteronacetat	1,0	Parke-Davis
Orlest 28	Äthinylöstradiol	0,05	Norethisteronacetat	1,0	Parke-Davis
Ortho-Novum	Mestranol	0,1	Norethisteron	2,0	Cilag-Chemie
Ortho-Novum 1/50	Mestranol	0,05	Norethisteron	1,0	Cilag-Chemie
Ovu-en	Mestranol	0,1	Äthinodioldiacetat	1,0	Boehringer, Mannheim
Planovin	Äthinylöstradiol	0,05	Megestrolacetat	4,0	Novo-Industrie
Stediril	Äthinylöstradiol	0,05	Norgestrel	0,5	Wyeth-Pharma
Stediril-d	Äthinylöstradiol	0,05	d-Norgestrel	0,25	Wyeth-Pharma
Weradys	Äthinylöstradiol	0,05	Megestrol	4,0	Waldemar Weimer
Sinovular	Äthinylöstradiol	0,05	Norethisteronacetat	2,5	Schering
Yermoril	Äthinylöstradiol	0,04	Lynestrenol	2,0	Geigy

Handelsname	Östrogentyp	Dosis (mg)	Progestagentyp	Dosis (mg)	Hersteller
<u>Zweiphasenpräparate ohne Progestagenanteil in der Östrogenphase:</u>					
Menoquens (für gynäkologische Indikationen propagiert)	Äthinylöstradiol	0,1	Megestrolacetat		1,0 Novo-Industrie
	Mestranol	a) 0,08 b) 0,075	Lynöstrenol		2,5 Nourypharma
<u>Zweiphasenpräparate mit geringem Progestagenanteil in der Östrogenphase:</u>					
Kombiquens	Äthinylöstradiol	0,1	Megestrolacetat	a) 0,1 b) 1,0	Novo-Industrie
Oraconal	Äthinylöstradiol	0,1	Megestrolacetat	a) 0,1 b) 1,0	Asta/Lappe
Tri-Ervonum	Äthinylöstradiol	0,1	Megestrolacetat	a) 0,1 b) 1,0	Glaxo
Microgynon	Äthinylöstradiol	0,03	d-Norgestrel	0,15	Schering
Microlut			d-Norgestrel	0,03	Schering
Micronor			Norethisteron	0,35	

## Das IUD.

"IUD" ist die Abkürzung der englischen Bezeichnung "intrauterine contraceptive device". Damit bezeichnet man intrauterine Pessare (daher die deutsche Abkürzung IUP) wie Spiralen, Ringe, Schleifen etc., die von einer medizinisch ausgebildeten Person zur Empfängnisverhütung in die Gebärmutterhöhle eingelegt wird. "IUD" ist der international gebräuchliche Ausdruck. Wir sagen meistens "Spirale" dazu.

## Die juristische Seite.

Die IUD's waren lange Zeit nicht legal, weil man sich nicht einigen konnte, ob sie verhütend oder abtreibend wirken.

In einigen deutschen Bundesländern - Bremen, Hessen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sollen sie noch durch Polizeiverordnung oder Gesetz verboten sein, (Der Gynäkologe, S.159/74, 1972) obwohl nach juristischer Definition der Beginn des menschlichen Lebens seit einiger Zeit mit der Einnistung des befruchteten Eies in die Gebärmutter schleimhaut beginnt.

Ärzte, die ein IUD einsetzen wollen, müssen sich also zuerst nach den gesetzlichen Bestimmungen erkundigen. Falls sie ein etwaiges Verbot umgehen möchten, können sie sich auf die Empfehlung der deutschen Gesellschaft für Familienplanung berufen, die besagt, "daß es Not-situationen gibt, in denen bei aller Kenntnis für den wahrscheinlichen Mechanismus der IUP allein das ärztliche Gewissen zu entscheiden hat." (ebda.)

## Die Geschichte der IUD's.

Sie beginnt im Fernen Osten, wo lange vor unserer Zeitrechnung den weiblichen Kamelen während langer Strecken durch die Wüste Steine in die Gebärmutter gelegt wurden, damit sie unterwegs nicht schwanger wurden. Si-

cher haben auch die Frauen damals dieses Wissen gehabt und Versuche mit den verschiedensten Fremdkörpern gemacht. In Deutschland wurden IUD's seit ungefähr 1870 verwendet. Die ersten Modelle waren meist Hartgummi-stifte, die gefährliche Nebenwirkungen und oft tödliche Folgen hatten. Entzündungen der Beckenorgane, die häufig vorkamen, konnten vor der Erfindung der Antibiotika kaum bekämpft werden. Die meisten Frauenärzte verurteilten sie nicht nur aus diesen Gründen, sondern auch, weil sie sie als Abtreibungsmittel betrachteten.

Der deutsche Arzt Gräfenberg entwickelte 1928 einen Ring (aus Gold oder Silber), der als erstes IUD kommerziell vertrieben wurde. Aufgrund von schweren Nebenwirkungen und Zwischenfällen, der konservativen Haltung der Frauenärzte und der Gesetze gegen Empfängnisverhütung im Faschismus, wurde der Gräfenbergring 1937 verboten.

Das hatte weltweite Folgen: Die Weiterentwicklung und Verbesserung der IUD's blieb für dreißig Jahre stehen.

1959 wurde die Diskussion wieder aufgenommen, aber die systematische Weiterentwicklung setzte erst durch Aktivitäten des Population Councils in New York richtig ein.

Der Population Council (Bevölkerungsrat) wurde 1952 von John D. Rockefeller III mit Hilfe der Ford- und Carnegie-Stiftungen und der Unterstützung der Weltbank gegründet. Er entwickelte sich in den folgenden Jahren zu einer mächtigen Institution, die Forschungsprogramme und Kampagnen zur Geburtenkontrolle der Weltbevölkerung betreibt, hauptsächlich in den Ländern der Dritten Welt.

1965 war die Bevölkerungspolitik soweit fortgeschritten, daß der amerikanische Bundestag (Kongreß) anordnen konnte, nur noch an die Länder die Entwicklungshilfe "Nahrung für den Frieden" zu liefern, die gleichzeitig ein Bevölkerungskontrollprogramm starteten. Diese Programme bedeuteten, daß ohne Wissen der Frauen neue Verhütungsmittel an ihnen ausprobiert werden, daß Frauen nach Entbindungen oder Abtreibungen ohne ihr Wissen

sterilisiert werden, daß ihnen in ambulanten Kliniken zum Beispiel IUD's eingesetzt werden ohne eine anschließende medizinische Betreuung. Männer werden - wie zum Beispiel in Indien - in Massenabfertigung sterilisiert und bekommen als Prämie ein Transistorradio.

Die Kampagnen zur Geburtenkontrolle in der Dritten Welt sind nichts anderes als geplanter Völkermord. (Siehe dazu Frauenhandbuch Nr. 1, 1. Ausgabe, 1972, S. 61-71 und Kursbuch 33, Okt. 1973, bes. Steve Weissmann, Die Bevölkerungsbombe ist ein Rockefeller-Baby)

Der Population Council startete 1960 ein groß angelegtes Forschungsprogramm zur Weiterentwicklung der IUD's und die Sache kam ins Rollen:

- 10 bis 15 Millionen Frauen tragen heute schätzungsweise ein IUD.
- 1 bis 2 Millionen Frauen sind es in den USA, die anderen sind hauptsächlich in Indien, Pakistan, Südkorea und Taiwan zu finden.
- Es existieren inzwischen über sechzig IUD-Modelle, 12 bis 20 davon sind im Handel. Zum Teil werfen ihre Namen ein bezeichnendes Licht auf das Verhältnis der Erfinder zu den Frauen: "Schmetterling, Komet, geheimer Beschützer," etc..

Die neueren IUD-Modelle, die von 1959 bis 64 entwickelt wurden, sind aus biegsamem Kunststoff gemacht und haben zwei Nylonfäden, die am Muttermund zu sehen und zu tasten sind. Sie sind oft mit einem Kontrastmittel gefüllt, damit sie im Röntgenbild sichtbar werden.

Da sich nach einer Tragedauer von zwei bis drei Jahren auf dem Kunststoff Kalk ablagert, wodurch die Oberfläche des IUD's rau wird und Blutungen hervorruft, hat man dem Kunststoff eine bestimmte Menge Silikon zugefügt. Es zeigte sich, daß durch diese Veränderung die Ausstoßungs- und Schwangerschaftsrate abnahm. Wie die Wirkung auf die Kalkablagerung ist, weiß man noch nicht.

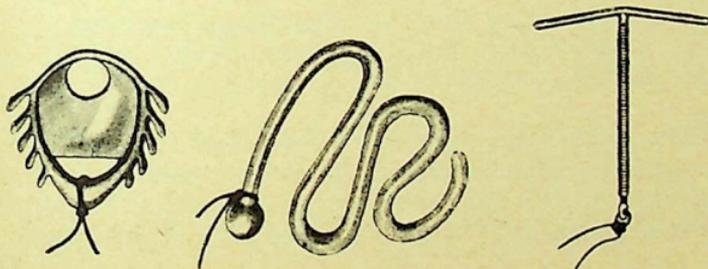
Die Kunststoff-IUD's haben allgemein folgende Vorteile gegenüber den ersten geschlossenen Modellen aus Gold, Silber und rostfreiem Stahl:

1. Der Kunststoff verhält sich gewebsfreundlich;
2. Das IUD kann mit einem Einführungsröhrchen aus Plastik ohne Betäubung eingeführt werden.
3. Anhand der Nylonfäden kann überprüft werden, ob das IUD noch richtig sitzt. Die Frau kann die Fäden sehen, wenn sie sich mit dem Speculum untersucht und sie ausserdem auch tasten. Der Arzt sieht sie bei den Kontrolluntersuchungen.

Die bekanntesten Kunststoff-IUDs sind die Lippes Loop (Grösse A bis D), die Doppel-S-Schleife und das Dalcon-Shield (Drachenschild).

Die grosse Margueliespirale soll wegen ihrer hohen Ausstoßungs- und Entfernungsrates nicht mehr im Handel sein.

Die Lippes Loop wurde von 1962 bis 68 mehr benutzt als alle anderen IUDs. Aus der Studie des Population Councils, New York, von 1968 an ca. 32.000 Frauen mit einer Lippes Loop, ging aber hervor, daß nach einem Jahr Gebrauch 23 % der Frauen aufgrund von Nebenwirkungen aufhörten, die Lippes Loop zu tragen. Nach dem zweiten Jahr waren es 35 %.



Die modernsten Intra-Uterin-Pessare (von links nach rechts) etwa in Originalgröße: Dalcon-Shield, Lippes-Schleife und Kupfer-T

Weil diese Resultate vom "demographischen" Standpunkt her entmutigend waren - die Frauen und die Ärzte zudem unzufrieden waren - wurde es dringend notwendig, die IUDs zu verbessern.

#### Das - vorläufig - letzte Entwicklungsstadium.

Alle bisherigen IUD-Modelle hatten denselben Nachteil: Form und Grösse zwangen die Gebärmutterhöhle, sich dem IUD anzupassen. Die Muskelschicht (myometrium) der Gebärmutter wurde durch das IUD gedehnt und reagierte auf diese Dehnung mit Krämpfen, um den Fremdkörper auszustossen.

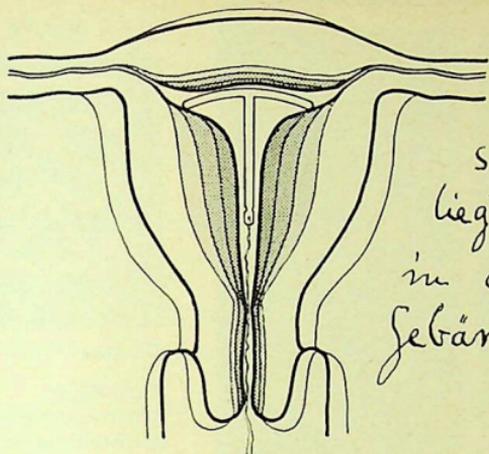
Es mußte also ein IUD entwickelt werden, das sich der Gebärmutterhöhle anpaßt und nicht umgekehrt.

Dabei ging man von folgenden Tatsachen aus:

Wenn die Gebärmutterhöhle leer ist, sind ihre Wände nur durch einen ganz feinen Schleimfilm voneinander getrennt. Eine wirkliche Höhle in dem Sinne ist nicht vorhanden. Der hauchdünne Trennungsspalt verwandelt sich in eine Höhle während der Schwangerschaft, oder wenn die Wände der Gebärmutter durch äussere Einflüsse - zum Beispiel ein IUD - voneinander getrennt werden. Die Grösse der möglichen Höhle hängt davon ab, wie elastisch das Muskelgewebe ist. Die Muskelspannung verändert sich ständig und somit auch die Form der "Höhle": Wenn sich das Muskelgewebe zusammenzieht, wird sie in alle Richtungen kleiner, wenn es sich entspannt, bekommt sie die Form eines T.

Man nahm an, daß diese Form auch bestehen bleibt, wenn sich das Muskelgewebe sehr zusammenzieht und entwickelte daher ein IUD in T-Form, weil das T der natürlichen Form der Gebärmutterhöhle am meisten zu entsprechen schien.

1967 wurde dieses Modell klinisch getestet. Die ersten



so  
liegt das IUD  
in der  
Gebärmutter

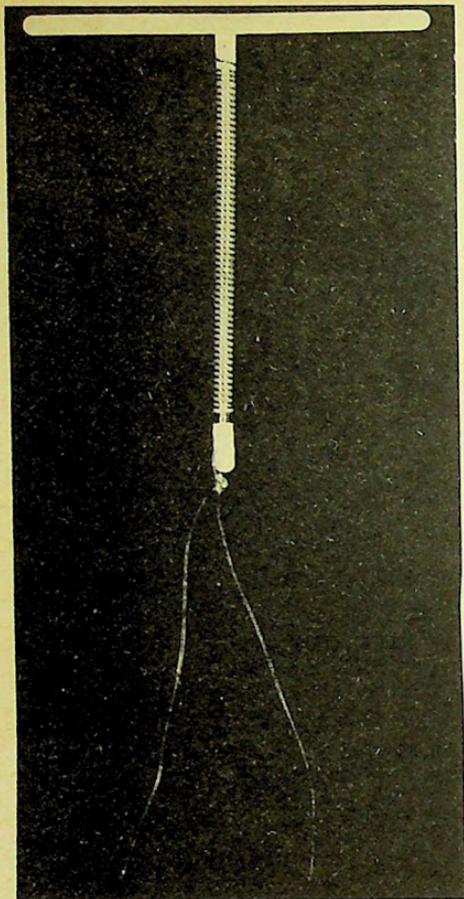
Versuche ergaben, daß das T ungefähr ein Fünftel der Beschwerden, wie sie bei der Lippes Loop D vorgekommen sind, verursachte und etwa die Hälfte der Ausstossungsrate. Aber die Versagerquote war beim ersten Versuch sehr hoch: 18 %. Das war auf die kleine Oberfläche des T zurückzuführen. (Für die herkömmlichen IUDs galt: Je grösser die Oberfläche, das heisst, je mehr die Gebärmutterhöhle ausgefüllt ist, desto kleiner die Versagerquote.)

Durch Rattenversuche, die im selben Zeitraum liefen, stellte man fest, daß metallisches Kupfer ein sozusagen perfektes Verhütungsmittel war.

Da man die Oberfläche des T nicht vergrössern wollte, weil dadurch wieder die bekannten Störungen aufgetreten wären, kam man auf die Idee, das Kunststoff-T als Träger für eine verhütende Substanz zu verwenden, und nicht mehr als Verhütungsmittel an sich.

Aus dieser Überlegung stammen die neuesten Modelle der IUDs.

1967 wurde der erste klinische Versuch mit dem Kupfer-T gemacht (- an wem, wird nicht gesagt). Um den Längsschenkel des T wurde ein Kupferdraht gewunden. Man begann mit

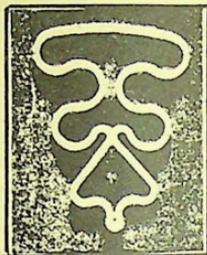


Kupfer-T. Vergrößerung

kleinen Kupfermengen, die erste entsprach einer Oberfläche vom  $30 \text{ mm}^2$ , sie wurde bis  $200 \text{ mm}^2$  gehoben. Die Versagerquote sank dabei auf  $1,5 \%$  (Lippes Loop D:  $2,1 \%$ ).

1. Dieses Modell ist unter dem Namen Kupfer-T-200 (T Cu-200) bzw. Kupfer-T-220 im Versuch.

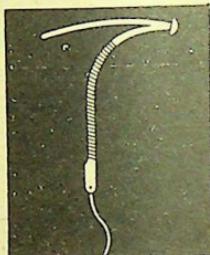
#### DANA SUPER



Tannenbaum

Hersteller:  
Forschungsinstitut  
für Medizintechnik  
CSSR

#### GRAVIGARD



Kupfer "7"

Hersteller:  
Searle  
USA

2. Es gibt ein IUD in Form einer 7, das ebenfalls mit Kupfer umwickelt ist.
3. Den "Tannenbaum" (Dana Super) aus der CSSR gibt es mit und ohne Kupfer.

Ausserdem werden Versuche gemacht mit Modellen in T-Form, die mit einem Draht aus metallischem Kupfer und metallischem Zink umwickelt sind. Die Versagerquote soll bei dieser Mischung 0,0 sein. Wo dieser Versuch gemacht wird und in welchem Umfang, ist uns bis jetzt nicht bekannt.

Das Kunststoff-IUD wird ebenfalls als Träger für Hormone verwendet: Seit 1968 laufen Tier- und seit 1970 auch Menschenversuche mit der Lippes-Loop und dem T, die als Behälter für Gestagene dienen (Progesteron).

Die Hormonmenge, die täglich abgegeben wird, soll nur lokal wirken, das heißt, nur auf die Gebärmutter-schleimhaut und die Einnistung des befruchteten Eies verhindern. Die wenigen Literaturangaben, die es dazu gibt, sind zu widersprüchlich, als daß wir daraus für uns Schlüsse ziehen könnten: Die täglich abgegebenen Hormonmengen schwanken zwischen 50 Microgramm über 700 Microgramm bis zu 20 Milligramm. (Die 700 Microgramm "waren in jedem Fall in der Lage, die Ovulation zu unterdrücken!")

### Die Wirkungsweise.

Das IUD greift nicht in den Hormonhaushalt ein, mit Ausnahme der hormonhaltigen neuesten Modelle!

1. Es wirkt lokal, in der Gebärmutter.  
Wie alle Fremdkörper verursacht es eine vermehrte Mobilisation der weissen Blutkörperchen (Leukozythen), die die Abwehrzellen unseres Körpers sind und die Aufgabe haben, Fremdkörper (Bakterien zum Beispiel) abzuwehren, indem sie diese "auffressen". Diesen Vorgang nennt man Phagozytose. Die weissen Blutkörperchen verschlingen also die Spermien und eventuell

befruchtete Eizellen. Diese vermehrte Mobilisation der weissen Blutkörperchen - hier durch Anwesenheit eines IUDs - ist als unspezifische lokale Entzündung an der Gebärmutterschleimhaut zu betrachten, im Gegensatz zu einer allgemeinen Entzündung mit Fieber etc..

In Kalifornien hat ein Arzt eine Untersuchung gemacht und festgestellt, daß diese lokale Vermehrung der weissen Blutkörperchen aufgehoben wird, wenn aus anderen Krankheitsgründen Antibiotica geschluckt werden müssen. Somit hat auch das IUD zu dem Zeitpunkt keine verhütende Wirkung mehr!

Einzelne Ärzte hier kennen diesen Zusammenhang, allgemein ist darüber nichts bekannt, und die Frauen werden auch nicht darauf aufmerksam gemacht.

Die beiden Amerikanerinnen aus der Self-Help-Klinik von Los Angeles, die im Herbst 1973 in Berlin waren, berichteten über diese Untersuchung. Sie wollen durchsetzen, daß sie bald veröffentlicht wird.

2. Andere Faktoren, die bei dieser Wirkungsweise eine Rolle spielen, sind immer noch nicht endgültig abgeklärt. Die Veränderung der Gebärmutterschleimhaut (Endometrium), die eine Einnistung der befruchteten Eizelle nicht möglich macht, ist der wichtigste davon.
3. Über die Wirkung des Kupfers gibt es nur wissenschaftliche Vermutungen und klinische Erfahrungswerte: Vermutet wird, daß das Kupfer spermizid wirkt, das heißt, Spermien abtötet.

Festgestellt wurde bis jetzt, daß, verglichen mit den anderen IUDs, das Kupfer die Versager- und Ausstoßungsquote senkte. Wie es dazu kommt, ist noch unbekannt.

Ebenso unbekannt ist, wieviel von der freigesetzten Kupfermenge im Körper verbleibt und wie die Langzeitauswirkungen von Kupfer sind. (Pro Tag werden 60 Mic-

rogramm Kupfer freigesetzt. Als Vergleich dazu: Mit der Nahrung werden täglich 2 - 2,5 Milligramm aufgenommen.)

Das Kupfer-T muß nach zwei Jahren ausgewechselt werden, weil in dem Zeitraum das Kupfer aufgebraucht sein soll.

### Nebenwirkungen.

Die häufigsten Nebenwirkungen sind Zwischenblutungen, Schmierblutungen, Unterleibskrämpfe und Rückenschmerzen.

Diese Nebenwirkungen treten meist während oder nach dem Einsetzen auf und können mit der Zeit geringer werden. Es können auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auftreten. Die Menstruationsblutung wird meistens stärker, oft schmerzhafter und kann länger als sonst dauern. Der Blutverlust ist etwas grösser. Deshalb ist es wichtig, daß der Arzt den Haemoglobin-Wert (Hb) kontrolliert: Haemoglobin heißt der rote Blutfarbstoff, der verantwortlich für den Sauerstofftransport im Körper ist. Wenn der Hb-Wert zu sehr sinkt, muß er mit Eisen ausgeglichen werden.

Manche Ärzte sagen, daß während der Menstruation keine Tampons benutzt werden sollen, weil dadurch bakterielle Entzündungen des Gebärmutterhalses oder der Beckenorgane gefördert werden können.

Eine ernsthafte Komplikation ist die generelle bakterielle Entzündung der Beckenorgane. Sie kommt am häufigsten in den ersten beiden Wochen nach dem Einsetzen des IUDs vor und vermutlich nur bei Frauen mit einer chronischen oder schlecht ausgeheilten anderen Entzündung (zum Beispiel eine alte Go). Die meisten Fälle können erfolgreich mit Antibiotica behandelt werden (siehe oben!). Manche sind aber so schwerwiegend, daß das IUD entfernt werden muß.

### Perforation.

Die Gefahr, daß die Gebärmutterwand durchstossen wird, ist beim Einsetzen am grössten und kommt sonst kaum vor. Deshalb sollte man sich ein IUD wirklich nur von einem geübten Arzt einsetzen lassen, schließlich gehen wir mit einer nicht-perforierten Gebärmutter zu ihm hin.

### Krebs.

Bis jetzt gibt es noch keinen Anhalt, daß IUDs krebsfördernd sind.

### Kontraindikationen.

Wann darf ein IUD nicht eingesetzt werden?

- Bei akuten Entzündungen der Beckenorgane,
- bei chronisch entzündlichen Beckenerkrankungen,
- bei nicht ausgeheilten bakteriellen Entzündungen der Beckenorgane,
- bei Gebärmutterblutungen unklarer Ursache,
- bei Krebs des Gebärmutterhalses oder der Gebärmutter,
- bei Verdacht auf Schwangerschaft,
- bei mehreren Myomen,
- bei angeborenen Herzkrankheiten,
- bei Herzerkrankungen rheumatischer Ursache,
- bei Endokarditis (Herzinnenhautentzündung).

Patientinnen mit Herzkrankheiten sind besonders gefährdet durch eine unterschwellige bakterielle Endokarditis und deshalb sollten alle möglichen Entzündungsherde für sie vermieden werden.

### Ausstoßung.

Die Ausstoßungsrate ist bei den verschiedenen Modellen verschieden hoch.

Sicher ist nur, daß die Ausstoßungen häufiger im ersten Jahr, am häufigsten in den ersten drei Monaten stattfinden. Es ist ungewöhnlich, wenn ein IUD noch nach einem Jahr Tragedauer ausgestossen wird.

Nicht immer, aber sehr oft, wird es während der Menstruation ausgestossen. Deshalb muß auf jeden Fall nach der Menstruation der Sitz der Nylonfäden überprüft werden. Jüngere Frauen ohne oder mit wenig Kindern stossen das IUD leichter aus als ältere Frauen mit mehreren Kindern.

### Versagerquote.

Von den mechanischen Verhütungsmitteln ist das IUD das sicherste. Über die Versagerquote existieren die unterschiedlichsten Zahlen, mit einem Pearl-Index von 1,2 bis 5,0.

### Extrauterine Schwangerschaften.

Extrauterine Schwangerschaften sind Schwangerschaften, die ausserhalb der Gebärmutter, im Eileiter, im Eierstock, oder in der Bauchhöhle stattfinden. Da das IUD lokal in der Gebärmutter wirkt, ist auch die verhütende Wirkung dort am größten. Sie ist geringer im Eileiter und besteht überhaupt nicht mehr im Eierstock. Wenn ein paar Spermien doch in die Gebärmutter gelangen sollten, ist die Wahrscheinlichkeit, daß es zu einer extrauterinen Schwangerschaft kommt, relativ grösser als sonst, am größten im Eierstock (ovarielle Schwangerschaft). Auf zwanzig Schwangerschaften, die trotz IUD entstehen, kommt ca. eine extrauterine (bei Frauen ohne IUD ist das Verhältnis 1 : 200).

### Normale Schwangerschaften.

Wenn eine Frau trotz IUD schwanger wird und die Schwangerschaft austragen will, tritt die Frage auf, ob das IUD entfernt werden soll oder nicht, und ob die eventuelle Entfernung eine Fehlgeburt auslösen kann.

Aus einer Studie vom Population Council an 722 schwangeren IUD-Trägerinnen zeigte sich, daß ein IUD offensichtlich den normalen Verlauf einer Schwangerschaft behindert. Eine Entfernung zieht aber nicht notwendigerweise eine Fehlgeburt nach sich!

Wenn ein IUD mit Fäden entfernt wird, steigen die Chancen für einen normalen Schwangerschaftsverlauf. Wenn ein IUD ohne Fäden entfernt wird, steigen die Chancen für eine Fehlgeburt, da für die Entfernung eines solchen IUDs mehr Manipulationen nötig sind.

### Das Einführen.

Als erstes muß eine vollständige gynäkologische Untersuchung (siehe Seite 147) gemacht werden. Wichtig ist der Abstrich für Krebs und Go (Tripper). Der Hb-Wert (Haemoglobin) muß bestimmt und kontrolliert werden!

Das Einsetzen des biegsamen Kunststoff-IUDs ist einfach und tut kaum weh. Auch Frauen, die noch nicht geboren haben, können einige IUDs einsetzen lassen, wie zum Beispiel das Dalcon-Shield, das Kupfer-T, die Kupfer-7.

Es kann vorkommen, daß einer Frau beim Einsetzen übel wird und der Arzt und das Personal hoffentlich auf sie eingehen. Die ersten Stunden oder Tage nach dem Einsetzen treten meist menstruationsartige Schmerzen auf.

Das IUD liegt gestreckt in einem Einführungsrohrchen aus Plastik. Dieses wird durch die Öffnung des Muttermundes bis zur Gebärmutterhöhle eingeführt. Mit sanftem Druck auf den Kolben des Einführungsrohrchens wird das IUD in die Gebärmutterhöhle befördert, wo es seine normale Form annimmt. Das Einführgerät wird herausgezogen und läßt die zwei Nylonfäden, die am IUD befestigt sind, zurück. Sie werden so abgeschnitten, daß sie gerade noch am Muttermund zu sehen und zu tasten sind. Die Fäden fühlt weder die Frau noch der Mann beim Geschlechtsverkehr.

Am besten wird das IUD während der letzten Tage der Menstruation eingesetzt, weil in dieser Zeit die Muttermundsöffnung noch erweitert ist.

Nach einer Entbindung sollte die Frau sechs bis zwölf Wochen warten. Die Perforationsgefahr ist grösser als sonst, weil die Gebärmutter noch zu weich ist von der Schwangerschaft. Ausserdem ist die Ausstoßungsrate höher als sonst.

Ähnlich ist es nach einer Abtreibung. Da sollte die Frau bis zur nächsten Menstruation warten. In Holland wird das IUD allerdings in manchen Kliniken gleich nach der Abtreibung eingesetzt.

### Das Entfernen.

Die IUDs mit Fäden sind leicht zu entfernen. Der Arzt zieht es vorsichtig an den Fäden heraus, was kaum zu spüren ist. Das IUD darf niemals selber herausgezogen werden, da es sich verhaken könnte!

Die geschlossenen Modelle ohne Fäden müssen in Narkose entfernt werden.

### Das IUD und die Frauen der Dritten Welt.

Das IUD eignet sich nach Ansicht der Fachleute sehr gut für die Bevölkerungskontrolle in der Dritten Welt. Denn es ist billig, einfach und vor allem schnell einzusetzen und wirkt sofort verhütend.

Schnelligkeit spielt eine ausschlaggebende Rolle bei der Wahl der Verhütungsmethode, wenn es um Massenabfertigung geht, um Kampagnen, die "exzessive Fruchtbarkeit" verhindern sollen.

"Ein Grund dafür, daß man intrauterine Pessare als vielversprechende Waffen gegen eine Bevölkerungsexplosion betrachtet, ist durch ihre geringen Kosten gegeben: Sie können für weniger als 10 Pfennige her-

gestellt werden. Ein weiterer Grund ist, daß sie so schnell einzusetzen sind. In einigen überfüllten indischen Kliniken dauert das Einsetzen der Pessare gerade so lange, wie eine Frau braucht, um auf den Untersuchungstisch und wieder herunter zu kommen."  
(aus: "Die Geburtenkontrolle" von Ernest Havemann und der Life-Redaktion, Life International 1967)

Laut Population-Report vom August 1973 ist in vielen Ländern Asiens, Afrikas und Lateinamerikas die Geburtenrate seit 1960 rapide gesunken. In den Ländern nämlich, in denen "dank Familienplanungskampagnen moderne effektive Methoden der Empfängnisverhütung verfügbar wurden".

Wir haben gesehen, daß ein IUD von einem geübten Arzt eingesetzt werden muß und daß jede Frau, die ein IUD trägt, unbedingt ärztliche Betreuung braucht. Wenn aber in den Ländern der Dritten Welt mobile Kliniken durchs Land fahren, die gleich wieder verschwinden, wenn die IUDs eingesetzt worden sind, können die Frauen sich an niemanden wenden, wenn Nebenwirkungen und ernsthafte Komplikationen auftreten. Die Ärzte hier sagen, daß dann Panik in den Dörfern ausbricht und nennen das eine Panne.

In einer amerikanischen Fachzeitschrift der "Family Planning Perspectives" (vol. 3, No 1, 1971) wird ausführlich beschrieben, nach welchen Regeln ein IUD eingelegt werden soll und welche Untersuchungen vorangehen müssen. Es wird ausdrücklich empfohlen, vor dem Einsetzen einen Krebs-Abstrich zu machen.

"Jedoch ist das Vorkommen von Gebärmutterhalskrebs so gering, besonders bei jüngeren, gebärfähigen Altersgruppen, und die Verfügbarkeit von kompetenten Zytologen so begrenzt, daß eine beachtliche Zahl von Frauen keine Möglichkeit hätte, von dieser ausgezeichneten Verhütungsmethode Gebrauch zu machen, wenn man den Krebs-Abstrich zu einer absoluten Vorbedingung für die IUD-Einlage machen würde."

## Das IUD und wir.

In der BRD und in Westberlin werden IUDs einerseits von niedergelassenen Ärzten für teures Geld (20 bis 200 DM, zum Teil noch geschlossene Modelle!) eingesetzt. Dabei kann man nicht überprüfen, wie erfahren der Arzt im Einsetzen ist und ob er über die verschiedenen Modelle genügend Bescheid weiß.

Auf der anderen Seite werden in Universitäts-Kliniken (Berlin und Frankfurt) entweder mit Förderungsmitteln der Industrie oder des Population Councils, New York, klinische Versuche gemacht mit den neuen Modellen. Im Klinikum Steglitz, Berlin, wird seit ca. drei Jahren das Kupfer-T-200 getestet und jetzt noch zwei weitere Modelle: Das Kupfer-T-220 und ein Progesteron-T. Dieses stammt von der Firma Gruenthal & Co.. Die Kupfer-T-Modelle stammen aus den USA und werden von Schering neuerdings vertrieben. Ob sie für niedergelassene Ärzte verfügbar werden, hängt davon ab, ob Schering schon einen Registrierungsantrag beim Bundesgesundheitsamt gestellt hat und ob dieser genehmigt wird. Das Kupfer-IUD ist als Arzneimittel registrierungspflichtig, da es pharmakologisch wirksame Kupfermengen freisetzt.

Die Preise für die verschiedenen IUDs sind hoch (12 bis 22 DM pro Stück) und schnellen noch mehr in die Höhe, wenn sie steril verpackt und mit Einführungsgerät geliefert werden.

Uns hat besonders das Kupfer-T-200 interessiert, weil wir damit am meisten Erfahrungen gemacht haben. Viele Frauen, die es sich im Klinikum Steglitz einsetzen ließen, betrachten es als Alternative zur Pille.

Es war uns zwar klar, daß wir offensichtlich als Versuchskaninchen benutzt wurden, aber wir konnten das noch akzeptieren, so lange wir glaubten, unter seriöser ärztlicher Betreuung zu stehen.

Nach und nach häuften sich die Klagen und die Empörung über das arrogante Verhalten der Ärzte im Klinikum Steglitz.

Manche Frauen wurden überhaupt nicht über das IUD aufgeklärt; sie durften es sich zum Teil nicht einmal vor dem Einsetzen ansehen. Frauen, die während des Einsetzens Schmerzen hatten oder nach kurzer Zeit wiederkamen und über Beschwerden berichteten, wurden manchmal angeherrscht, sie sollten sich nicht so anstellen: "Sie wußten doch, daß Sie Krämpfe bekommen können", hieß es. Wenn um Entfernung gebeten wurde: "Wie stellen Sie sich das denn vor, jetzt habe ich Ihnen das Ding gerade mit viel Mühe eingesetzt, jetzt soll ich 's Ihnen schon wieder rausnehmen!" (Der Grund dafür, daß eine Entfernung abgelehnt wird, liegt darin, daß die Mindestliedauer, die für die Forschung ausschlaggebend ist, sechs Monate beträgt.)

Beschwerden, die vorgetragen wurden, nahmen die Ärzte zwar zur Kenntnis, aber in erster Linie deshalb, um auf dem Computerbogen des Population Councils an entsprechender Stelle ein Kreuzchen machen zu können. - Manchmal mit dem Kommentar: "Mädchen, sie horchen zuviel in sich hinein!" -

Bei einer Frau, die sich das IUD nach eineinhalb Jahren entfernen ließ, wurde anschließend eine Strichkurettage gemacht, zu diagnostischen Zwecken, um die Gebärmutterschleimhaut zu untersuchen. Die Frau bat um eine lokale Betäubung, die abgelehnt wurde mit der Begründung, "ein Strich wäre keine grosse Sache und würde immer so gemacht". Es war für die Frau sehr schmerzhaft, was der Arzt mit der Bemerkung kommentierte: "Das werden wir ja wohl noch aushalten!"

Für dieselbe Schmerzqualität hätte sie sich - und bestimmt auch dieser Arzt - beim Zahnarzt eine Spritze geben lassen. Der Zahnarzt hätte sie ihr auch zugestanden, und wohl auch dieser Gynäkologe, denn er wäre dabei von seinen eigenen Erfahrungswerten von Schmer-

zen bei Zahnbehandlungen ausgegangen. Ein Gynäkologe kann aber keine eigenen Erfahrungswerte haben, was es heißt, wenn im Unterleib herumgewühlt wird; aber er kann in einer solchen Situation einmal mehr seine Macht beweisen.

### Literatur:

- Tatum, H.J. Intrauterine Conception, Am. Journal of Obst. a. Gyn., vol. 112, no. 7, pp 1000-23, Apr. 1, 1972
- Zielske, F. Entwicklungstendenzen auf dem Gebiet der Intrauterin pessare, Der Gynäkologe, Springer-Verlag, Berlin 1972, S. 5.159-74
- Unabhängiger Arbeitskreis Arzneimittelpolitik Berlin (uaab) Arznei-Telegramm, 9/1973, 10/1973
- Brain Information Service, Bis Conference Report, 1, 1972
- Sexualmedizin 12/73, 1/73, 3/72, Verlag Medical Tribune GmbH
- Population Report August 1973, Series J, no. 1; Family Planning Programs
- Reports on Population/Family Planning, No. 1, (edition 1971) Juli 1971
- Medical Tribune  
Nr. 44 a vom 7.11.1972, Nr. 51/72,  
Nr. 35 vom 31.8.1973, Nr. 48 vom 30.11.73
- American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 108, no. 7, Dezember 1970, p. 1005-9
- Lewit, Sarah Outcome of Pregnancy with Intrauterine Devices

Population Council Contraception, July 1970, vol.2,  
no.1, New York, N.Y.

Clinical Experience with the Cu-7 intra-  
uterine device, in: Contraception, Aug.72,  
vol.6, no.2, p.99-107

Therapeutische Umschau 27, Nr. 10, 1970,  
S. 677-80

Geburtshilfe und Frauenheilkunde 32, Heft 10,  
1.10.1972, S. 908-9

Population-Council Studies in Family Planning, Nr. 55,  
July 1970, New York, N.Y.

Medizinische Klinik, 67, Heft 38, S.1216-19

Family Planning Perspectives 3, no.1, 1971  
p. 16-24

Sagiroglu, N. Phagozytosis of Spermatozoa in the Uterine  
Cavity of Woman Using Intrauterine Device,  
Int. Journ.Fert. 16, P.1.14, 1971

### Die Sterilisation.

Die Sterilisation ist die Unfruchtbarmachung des Man-  
nes oder der Frau.

Als Verhütungsmethode bedeutet die Sterilisation einen  
Eingriff in einen gesunden Organismus.

Welche von den möglichen schlechten Alternativen der  
Verhütung die Frau wählt, hängt weitgehend von ihrem  
Selbstbewußtsein ab. Entscheidet sie sich für die Ge-  
sundheit, dann bedeutet das, daß sie fähig ist, ihren  
Status als Sexualobjekt zu bekämpfen und ihre Gesund-  
heit ernst zu nehmen.

Die Sterilisation kann sich von Fall zu Fall als die  
geeignetste der vorhandenen schlechten Methoden er-

weisen. Sie ist aber oft eine Verzweiflungstat. Wenn eine Frau schon viele Kinder hat, entschließt sie sich zur Sterilisation, um endlich Ruhe zu haben, das heißt nicht immer wieder die Angst vor unerwünschter Schwangerschaft oder Abtreibung haben zu müssen.

Die Frauen sind physisch und psychisch oft so mitgenommen, daß sie dann im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch willig einer Sterilisation zustimmen.

Es gibt bei der Sterilisation eine Reihe von Nebenwirkungen, besonders psychische, abgesehen von den möglichen Komplikationen durch die Operation selbst. Es ist auch überhaupt nicht einsichtig, sich ein Stück aus einem gesunden Körper entfernen zu lassen, sich überhaupt operieren lassen zu müssen, um eine sexuelle Beziehung zu einem Mann zu haben.

Die psychischen Wirkungen der Sterilisation des Mannes könnten sein, daß die Sterilisation vom Mann als Opfer empfunden werden könnte, das er seiner Frau bringt, was den Frauen ein ständig schlechtes Gewissen machen würde.

Ausserdem setzt die Sterilisation eine kontinuierliche Zweierbeziehung voraus. Wenn die Frau dann mit einem Mann schläft, der nicht sterilisiert ist, kommt das Problem der Verhütung erneut auf sie zu.

Mögliche Folgen für die Frau soll ein Beispiel verdeutlichen: Eine 40jährige Frau, die ein 14jähriges Kind hat, vorher die Pille nahm, ließ sich mit genehmigten Antrag durch die Ärztekammer sterilisieren. Die Ärzte versuchten ihr den Entschluß auszureden mit Argumenten wie: "Stellen Sie sich vor, der Mann Ihres Lebens steht vor der Tür und will ein Kind von Ihnen". Die Ärzte begriffen nicht, daß die Frau sich entschieden hatte, kein Kind mehr zu bekommen.

Sie schlief dann mit verschiedenen Männern. Die Reaktion auf die Sterilisation war folgende:

- ein Mann wurde impotent;
- einer meinte: "Du bist für mich erotisch nicht mehr anziehend",
- einer fragte: "Kannst Du überhaupt noch einen Orgasmus haben?".

Bisher bestand eine grosse Rechtsunsicherheit in der BRD über Fragen der Sterilisation. In Bonn wird ein neues Gesetz vorbereitet, das noch in diesem Jahr in Kraft treten soll.

Der Bundestag verabschiedete eine Neuregelung, nach der die Sterilisation kostenlos auf Krankenschein gewährt werden soll.

Der ehemalige Bundesjustizminister Jahn, der sich schon zur Änderung des § 218 sein lächerliches 4 Wochen-Fristen-Modell ausge"dacht" hatte, hat jetzt zum Sterilisationsgesetz eine Art Indikationsregelung vorgeschlagen..

Es sieht vor:

"Jeder Bundesbürger über 25 Jahre kann sich, wenn er (sie?) will, sterilisieren lassen.

Frauen und Männer unter 25 Jahren können sich sterilisieren lassen, wenn sie bereits mindestens 4 Kinder haben oder aus gesundheitlichen sowie erblichen Gründen keine Kinder bekommen dürfen."

Das wäre keine Änderung des Gesetzes, sondern eine strenge Indikationsregelung.

Alle Personen, die sich sterilisieren lassen wollen, müssen auf die Endgültigkeit des Eingriffes hingewiesen werden, denn die einmal vollzogene Unfruchtbarmachung kann, auch bei Männern, in der Mehrzahl der Fälle nicht wieder rückgängig gemacht werden.

Zur Zeit des Nationalsozialismus wurden nach dem sog. Erbgesundheitsgesetz Sterilisationen zwangsweise durchgeführt.

## Sterilisation der Frau

### Methoden:

1. Die älteste Methode - mit einem ca. 3 cm langen Schnitt wird die Bauchdecke geöffnet, mit einer Zange werden die Eileiter gefaßt, zu einer Schlinge geformt und mit einem Faden abgebunden. Die Frau muß ungefähr acht bis zehn Tage im Krankenhaus bleiben.
2. Bei der Laparoskop-Methode sind zwei Öffnungen in der Bauchdecke nötig, eine für ein "Sehrohr" (Laparoskop), die andere für eine Sonde, die an der Spitze eine Art Zange hat, womit elektrisch ca. 3 cm des Eileiters "verschmort" werden. Die Frau kann, wenn keine Komplikationen eintreten, noch am selben Tag nach Hause, d.h. wenn keine Vollnarkose angewandt wird.
3. Bei dieser Methode ist das Prinzip das gleiche, nur daß hier von der Scheide aus durch einen kleinen Schnitt im hinteren Scheidengewölbe an die Eileiter gelangt wird. Es ist eine örtliche Betäubung notwendig.
4. Dies ist die neueste Methode. Hier wird ein Gerät (Hysteroskop) durch die Scheide direkt in die Gebärmutter geschoben. Sie wird wegen besserer Übersicht mit Kohlendioxydgas aufgepumpt. Eine Elektrosonde wird in die Einmündung an den Eileiter geschoben und diese elektrisch verschlossen. Dieser Eingriff dauert Minuten bei örtlicher Betäubung. Eine Stunde später kann die Frau nach Hause gehen.

Bei allen Operationen, die in Vollnarkose ausgeführt werden, kommt als mögliche Komplikation das Narkoserisiko hinzu. Obwohl bei den meisten Methoden eine örtliche Betäubung ausreichen würde, wird oft unnötigerweise in vielen Krankenhäusern eine Vollnarkose gemacht.

Das Eröffnen der Bauchhöhle, um die Eileiter zu unterbinden, stellt für sich einen relativ schwerwiegenden

Eingriff dar, abgesehen von den möglichen postoperativen Verwachsungen.

Bei den Methoden mit elektrischer Koagulation wird oft Gewebe verbrannt, das man überhaupt nicht treffen wollte, zum Beispiel vom Darm.

Frauen, die sich entschlossen haben, sich sterilisieren zu lassen, sollten sich vorher in dem betreffenden Krankenhaus genau nach der angewandten Methode und Narkose erkundigen.

Im Deutschen Ärzteblatt wird in einer Tabelle über Maßnahmen der Empfängnisverhütung zynisch die vaginale Uterusextirpation (operative Herausnahme der Gebärmutter) als eine der sichersten Methoden angegeben.

#### Die Sterilisation des Mannes.

Über unsere Sprechstunde wurden wir öfter von jungen Männern über unsere Meinung zur Sterilisation des Mannes befragt.

Es waren Männer, die bewußt in einer Zweierbeziehung die Verantwortung für das Problem der Verhütung übernehmen wollten oder kategorisch der Meinung waren, niemals ein Kind zeugen zu wollen.

Eine Forderung der Frauen-Pille für den Mann oder - Männer, laßt Euch sterilisieren - wären falsche Forderungen.

Wenn man erkannt hat, daß eine medikamentöse Verhütung schädlich ist und sagt, daß ein Eingriff in einen gesunden Körper zum Zweck der Verhütung abzulehnen ist, gilt das auch für den Mann.

Auch in Bezug auf die Sterilisation des Mannes kann es sich aber von Fall zu Fall als die geeignetste Methode der Verhütung erweisen.

Auf die möglichen psychischen Auswirkungen der Sterilisation des Mannes auf die Frau wurde schon hingewiesen.

Meist ist die durch den Eingriff erzielte Unfruchtbar-  
machung endgültig, abhängig von den Fähigkeiten und  
Erfahrungen des Operateurs, abhängig auch von anderen  
möglichen Störungen, wie das Auftreten von Potenzstö-  
rungen.

#### Zur Methode, der Vasektomie:

Ein ca. 1 cm langes Stück der Samenleiter wird operativ  
entfernt und die geschnittenen Enden werden abgebun-  
den.

Die Vasektomie wird oft mit der Kastration, der Ent-  
fernung der Hoden, verwechselt.

Das Sekret der männlichen Hormone verändert sich durch  
die Operation nicht. Die Spermienbildung in den Hoden  
bleibt auch ungestört, nur gelangen die Spermien nicht  
mehr in die Samenflüssigkeit. Sie werden in den Neben-  
hoden abgebaut.

### *Ein OP in Nepal*

Gäbe es einen Preis für den bizarrsten  
medizinischen Film, so müßte er wohl  
Clifford R. Wheelless aus Baltimore zuge-  
sprochen werden. Er zeigte in New Or-  
leans, zum I. Internationalen Kongreß für  
Gynäkologische Laparoskopie, wie dieses  
Fach im Himalaya-Staat Nepal gehandhabt  
wird.

Nicht jeder kann sich in einem erstklas-  
sigen Krankenhaus operieren lassen, lei-  
tete der Amerikaner ein. Aber der „OP“,  
der dann im Film auftauchte, hatte mit  
dem in einem Krankenhaus wenig zu tun;  
es war ein armseliger, notdürftig beleuch-  
teter Schuppen. In einem anschließenden  
Zelt hockten oder lagen die Frauen nach  
dem Eingriff, um sich zu erholen.

Zugegeben, es war nicht das Regie-  
rungskrankenhaus in der Hauptstadt Kat-  
mandu, obgleich man auch von ihm nicht  
allzuviel erwarten darf. Laut Wheelless  
waren bis zum Zeitpunkt seines Besuches  
in Katmandu nur 15 bis 20 Allgemeinärz-  
te durchgeföhrt worden, ausschließlich  
an Mitgliedern der königlichen Familie.

In dem Schuppen wurde laparoskopiert,  
zum Zwecke der Tubensterilisation. Zwar  
gab es Lokalanästhesie; doch manch erfah-  
rener Gynäkologe blinzelte, als er mit an-  
sah, mit welcher Unbekümmertheit eine  
resolute Frauenärztin (Nepalesin, westlich  
ausgebildet) das Laparoskop durch die  
Bauchdecken stieß. Sie war erfahren, treff-  
sicher und arbeitete im Akkord.

Die Tubenligatur ist für Entwicklungsländer wahrscheinlich die geeignetste Methode, ein bereits mit Kindern gesegnetes Paar vor weiterem Nachwuchs zu bewahren. Sie ist wohl technisch schwieriger, aber dafür psychologisch unproblematischer als das Unterbinden des Samenstranges, und sie ist für unverbildete Frauen viel praktikabler als hormonelle Kontrazeption.

Junge, aber schon kinderreiche Frauen Nepals werden also überredet, sich diesem Eingriff zu unterziehen. Sie nehmen tagelange Fußmärsche auf sich, um den Operationsschuppen zu erreichen. Sie klagen nicht und jammern nicht, obgleich die Kanüle, von der man ihnen sprach, sehr viel dicker ist, als sie es sich zu Hause ausgemalt hatten.

Ganz ohne technische Hilfsmittel arbeitet man natürlich auch in Nepal nicht. Das ärztliche Instrumentarium ist vorhanden, und bei der Installation wie Wartung der notwendigen CO<sub>2</sub>-Apparatur helfen die „most experienced gas people in the world“, die Techniker der nächsten Coca-Cola-Abfüllstelle. Sie machen das umsonst, lobte Wheelless.

Nach einigen Stunden Rekonvaleszenz werden die Frauen in Autos verladen und abtransportiert, allerdings nur fünf Meilen weit. Dann müssen sie aussteigen und zu Fuß weiterlaufen, ihre drei oder vier oder fünf Tagesmärsche lang. I. I.

"Selecta" vom 20.5.74

#### Literatur:

Pro Familia, August 1973

Selecta vom 20.5.1974

Zur Situation der Frau, Modellseminar, Film- und Bücherverzeichnis, April 1974

Stern, Dr. 14 vom 28.3.1974

Das Deutsche Ärzteblatt, Heft 10, 7.3.1974

Bockelmann, Die strafrechtliche Seite der Familienplanung, Vortrag anlässlich des "Eltern-Experten-Kongresses zur Empfängnisverhütung" am 19.11.1973 in München

#### Andere Verhütungsmethoden

##### Cremes, Schäume, Gelees.

Sie sollen Spermien abtöten oder unbeweglich machen. Zugleich entfalten sie eine Schutzschicht, die verhindern soll, daß eventuell überlebende Spermien zum Ei vordringen.

Die chemischen Mittel gibt es als Zäpfchen, Vaginaltabletten, Gelees, Schaumsprays.

Sie müssen jeweils eine bestimmte Zeit vor dem Geschlechtsverkehr in die Vagina eingeführt werden.

Die Prospekte versprechen zwar 100%ige Sicherheit.

Aber es ist bekannt, daß die mechanischen und chemischen Mittel in ihrer Anwendung unsicher sind. (Pearl-Index 4 - 13)

Von dem bei uns viel gepriesenen Patentex oval raten zum Beispiel die Niederländische Vereinigung für Sexualfragen ab, da die Zuverlässigkeit des schaumzeugenden Ovulums noch nicht erwiesen ist.

### Temperaturmethode

Sie ist bei Frauen mit regelmässigem Zyklus und richtiger Anwendung ein relativ sichere Methode.

Man mißt jeden Morgen die Aufwachtemperatur (Basaltemperatur). Sie verläuft wie der Menstruationszyklus in zwei Phasen.

In der ersten Phase liegt die Temperatur normalerweise unter 36,9 Grad und steigt dann in der zweiten Phase unter dem Progesteroneinfluß um mindestens 0,2 Grad an bis ca. 37,3 Grad.

Im allgemeinen erfolgt der Temperaturanstieg ein bis zwei Tage nach dem Eisprung, in seltenen Fällen auch drei bis vier Tage danach.

Sicherheit, daß die "unfruchtbaren" Tage da sind, besteht erst, wenn die Temperatur innerhalb von 48 Stunden und mindestens an drei aufeinanderfolgenden Tagen um 0,2 Grad höher liegt als an den vorangegangenen Tagen.

Wenn man sich so genau an die Methode hält, hat sie nur geringe Versagerquote (Pearl-Index 1). Fehler können entstehen, wenn man nicht zur gleichen Zeit mißt, weniger als 6 Stunden geschlafen hat oder einen Temperaturanstieg wegen einer Erkältung usw. bekommt.

Die Zeitwahlmethode - die einzige Methode, die von der Kirche gebilligt wird.

Mit dieser Methode versucht man, die fruchtbaren und unfruchtbaren Tage einer Frau zu bestimmen. Das setzt voraus, daß vorher über eine längere Zeit (mindestens ein Jahr) ein Kalender über den Menstruationszyklus geführt worden ist. Die Methode läßt sich nur durchführen, wenn der Zyklus absolut regelmäßig ist, ist aber auch dann unsicher. Man geht davon aus, daß der Eisprung zwischen dem 12. und 14. Tag vor der nächsten Monatsblutung stattfindet, daß die weibliche Eizelle ca. 24 Stunden befruchtungsfähig ist und der männliche Samen ca. 48 Stunden lebensfähig.

Zur Befruchtung kann es nur kommen, wenn der Beischlaf kurz nach dem Eisprung stattfindet, solange das Ei lebt, oder wenn er kurz vor dem Eisprung stattgefunden hat und noch lebendes Sperma im Körper der Frau ist.

Anhand des geführten Kalenders bestimmt die Frau ihren kürzesten und ihren längsten Zyklus. Danach werden die sicheren und die unsicheren Tage berechnet.

Tag 1 ist der 1. Tag der Monatsblutung. Man zieht vom kürzesten Zyklus 17, vom längsten Zyklus 13 Tage ab.

Zum Beispiel:

Kürzester Zyklus 24 Tage weniger 17 = 7 Tage,

längster Zyklus 31 Tage weniger 13 = 18 Tage.

Das heißt, die Tage vom 7. bis zum 18. Zyklustag sind unsichere, das heißt, fruchtbare Tage, der Rest sind sichere, das heißt, unfruchtbare Tage.

Es ist also eine enorm hohe Enthaltssamkeitsspanne mit dieser Methode verbunden und eine "Sexualität nach Plan".

Ausserdem kann der Eisprung durchaus ausserhalb der berechneten Zeitspanne stattfinden, sogar während der Monatsblutung. Von dieser Methode ist deshalb unbedingt abzuraten.

## Mechanische Mittel.

### Das Scheidendiaphragma.

Es besteht aus einem Ring mit einer dünnen Membran. Es gibt verschiedene Grössen davon. Man führt das Diaphragma in die Vagina ein, sodaß die Membran vor dem Muttermund liegt.

Um ein Diaphragma benutzen zu können, muß man sich erst die richtige Grösse bestimmen lassen. Dazu muß die Frau bisher zum Arzt, der die Tiefe der Scheide bestimmt und dann das entsprechende Diaphragma auswählt. Das Diaphragma kann man dann selbst einführen, entweder mit den Fingern oder mit speziellen Einführungsstäben.

Es wird so eingeführt, daß der hintere Rand im hinteren Scheidengewölbe liegt, der vordere Rand sich hinter der Schambeinfuge befindet.

Alle zwei Jahre, sowie nach Geburten, Abtreibungen und Operationen muß überprüft werden, ob die ausgewählte Grösse noch richtig ist.

Das Diaphragma wird auch zusammen mit einer spermienfeindlichen Creme benutzt, die auf die Membran aufgetragen wird.

Das Diaphragma wird vor dem Beischlaf eingeführt und soll erst nach ca. 8 Stunden entfernt werden. Es soll nicht länger als 24 Stunden liegen bleiben, da sonst Stauungen des Zervixschleims entstehen können (Pearl-Index: 14)

### Pessare.

Sind Kappen aus Gummi, oder Celluloid, die direkt über den Muttermund gestülpt werden. Durch die Rinne, die im Inneren ist, soll ein Saugeffekt bewirkt werden, sodaß die Kappe fest auf dem Gebärmutterhals aufsitzt. Die Portiokappen können, sofern sie aus Gummi bestehen, selbst von der Frau eingeführt und entfernt werden.

Andere Kappen aus Celluloid oder Metall werden jeweils nach der Menstruation vom Arzt aufgesetzt und vor der nächsten Menstruation entfernt. (Pearl-Index: 6 - 29)

Koitus Interruptus = unterbrochener Beischlaf  
( "aufpassen" )

Bei dieser unerfreulichen Methode wird der Beischlaf kurz vor dem Samenerguß des Mannes unterbrochen. Der Mann zieht den Penis aus der Scheide der Frau heraus und muß darauf achten, daß auch keine Samenflüßigkeit auf die äusseren Geschlechtsteile der Frau gelangt, weil die Spermien sich von selbst durch Scheide und Gebärmutter bis zu einer Eizelle bewegen können. Es gibt Jungfrauen, die schwanger geworden sind! Ausserdem werden schon vor dem Orgasmus einzelne Spermien abgesondert, was diese Methode noch unsicherer macht.

Der "Erfolg" der Methode hängt zusätzlich allein von der Reaktionsfähigkeit des Mannes ab. Nicht alle Männer können und wollen tatsächlich kurz vor dem Samenerguß den Beischlaf unterbrechen, auch wenn sie vorher versprochen haben "aufzupassen".

Das Kondom.

In zunehmendem Masse, wie die schädliche Auswirkung der Pille am eigenen Körper und eigener Seele von uns Frauen erfahren wurde, glaubten wir, das Kondom (Präservativ, "Gummi", "Pariser") sei eine echte Alternative in der Verhütung und wir lobten seine Vorteile.

Grundsätzlich gibt es gegenwärtig in der Verhütung keine wirkliche Alternative, keines der bestehenden Verhütungsmittel und -methoden erfüllt die Forderung,

unschädlich

sicher

bequem

zu sein. Es ist immer nur eine Wahl unter schlechten Möglichkeiten. In unserer Sprechstunde und auch von anderen Frauen erfahren wir aber, daß das Kondom durchaus keine Antiquität ist und wieder öfter benutzt wird.

Seine Nachteile sind, daß das Kontaktgefühl, die Empfindungsfähigkeit beeinträchtigt wird. Es wird mit Gummigefühl oder Handschuhgefühl beschrieben.

Viele Männer haben Vorurteile gegen das Kondom, gegen die Prozedur des Hervorholens, Rüberstreifens (die erotische Stimmung sei gestört), aber das ist doch wohl nicht dem Kondom anzulasten, sondern sicher abhängig von der Beziehung überhaupt.

Es gilt immer noch: von dem Mann, der nicht einmal die Möglichkeit erwägt und auch mal vorschlägt, ein Kondom zu benutzen, ist in der Verhütungsfrage und auch sonst keine Unterstützung zu erwarten.

Es wird oft von den Männern nicht so ausgedrückt, daß sie, weil es für sie unbequem ist, kein Kondom nehmen wollen, sondern sie sagen, daß "die Pille den meisten Frauen überhaupt erst die Entdeckung eigener sexueller Wünsche ermöglicht hat" (dazu siehe auch den Pillenartikel).

Das Kondom jedenfalls ist nicht gesundheitsschädlich, hat keine Nebenwirkungen, ist relativ sicher (ausser, wenn es am Ende runterrutscht oder reißt), aber eben auch nicht bequem.

Das Kondom muß unbedingt schon vor dem ersten Einführen des Gliedes in die Scheide übergestreift werden, weil schon vor dem Höhepunkt des Mannes Samen austreten kann (sog. "Sehnsuchtstropfen").

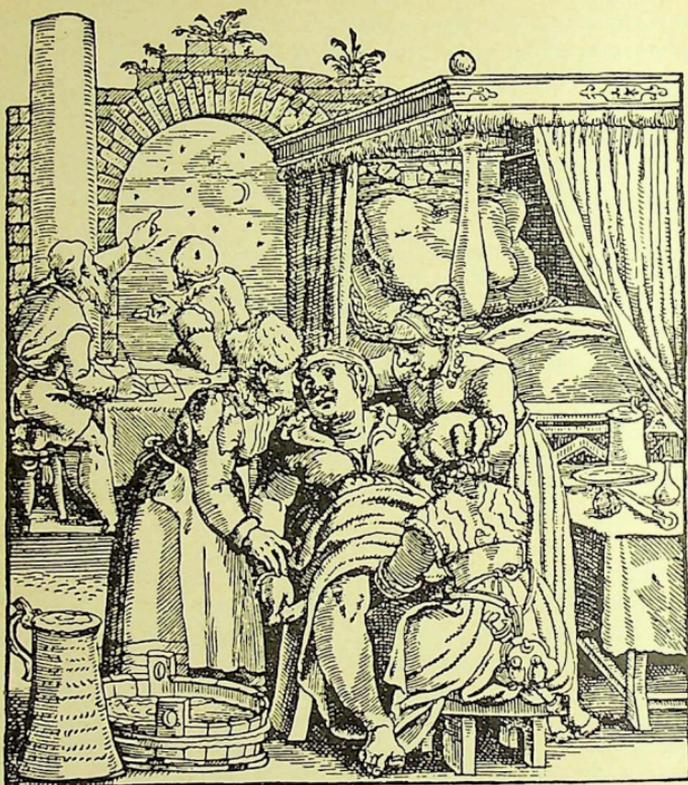
Man bekommt Kondome in Apotheken, Drogerien, Sexläden, in den meisten Friseurläden, in Automaten (nicht empfehlenswert, da die Kondome unter Umständen schon sehr lange liegen und porös werden können).

Folgende Kondome wurden nach eingehender Testung als empfehlenswert genannt: Fromms Duett, London sicher, Fromms FF-Feuchtfilm, Blausiegel ABC, R3plus, Blausiegel hauchdünn extra, Blausiegel Contacta, R3super feucht, Ritex Rubber FK3.

#### Literatur :

DM-Warentest, Juni 1973

Kursbuch, April 1974



Entbindungsszene. Holzschnitt aus dem Jahr 1580 ca.. Die Frau sitzt auf dem Stuhl. Ihre Hände halten die Handgriffe fest umklammert, während ihr die beiden Helferinnen gut zureden und ihren nach hinten gesunkenen Kopf mit ihren Armen stützen. Die Hebamme sitzt auf der Fußbank vor der Frau. Die beiden Männer im Hintergrund berechnen aus dem Sternenstand im Augenblick der Geburt das zukünftige Schicksal des Neugeborenen.

Über den folgenden Artikel haben wir heftig diskutiert, weil einige von uns meinten, daß diese Theorien ein Rückfall in Mythologie und Okkultismus seien; ausserdem müßten wir uns mit Astrologie auseinandersetzen, um beurteilen zu können, ob diese Theorie in unserer Gesellschaft anwendbar ist. Wir haben den Artikel doch stehen gelassen, weil wir es wichtig fanden, über diese Theorie zu informieren.

### Natürliche Geburtenkontrolle - neue Möglichkeiten?

Mitte der fünfziger Jahre wurde von tschechischen Psychiater Eugen Jonas die kosmische, bzw. astrologische Geburtenkontrolle entwickelt.

Seine Theorie stieß anfangs auf viel Widerstand und wurde als Scharlatanerie abqualifiziert, bis sie 1958 durch den Budapester Gynäkologen Kurt Rechnitz bestätigt wurde. Er fügte ihr die Zeitwahlmethode (Knaus-Ogino) hinzu, um eine höhere Sicherheitsrate zu erzielen. Diese Kombination ist unter der Bezeichnung Jonas-Rechnitz-Methode bekannt.

1968 eröffnete Jonas ein Forschungszentrum mit dem Namen Astra in Nitra, Tschechoslowakei. Es wurde kurz darauf, während der sowjetischen Invasion geschlossen. Heute gibt es zwei solcher Zentren: in Wien und in Rosslyn, Virginia.

Da uns zu diesem Thema nur ein kurzer amerikanischer Artikel zur Verfügung stand, können wir nicht ausführlich darüber schreiben und auch noch keine Einschätzung dazu geben (The second wave, vol.2,no.4). In dem Artikel werden folgende Thesen aufgestellt:

1. Die astrologische Geburtenkontrolle beruht auf der Entdeckung, daß jede Frau einen immer wiederkehrenden astrologischen Fruchtbarkeitszyklus hat. Sein Verlauf ist abhängig von der Position, die Sonne und Mond zur Geburtsstunde der jeweiligen Frau zueinander hatten. Jeden Monat, wenn dieselbe Posi-

tion auftritt, hat diese Frau ihre fruchtbarsten Tage - unabhängig davon, wann der Eisprung in ihrem Menstruationszyklus stattfindet.

2. Jede Frau hat einen Menstruationszyklus, an dessen 12. bis 14. Tag ca. normalerweise ein Eisprung stattfindet.
3. Der Eisprung kann aber auch durch andere Ursachen ausgelöst werden, zum Beispiel durch einen Orgasmus und - nach Rechnitz - auch durch bestimmte Einflüsse des Mondzyklus auf das Hormon- und Nervensystem der Frau, das heißt, daß praktisch jeden Tag im Monat ein Eisprung und eine Befruchtung stattfinden kann. Diese These ist zwar wissenschaftlich noch nicht erhärtet, aber durch die Praxis genügend erwiesen worden. (Als bestes Beispiel dafür dient die Tatsache, daß manche Frauen während der Menstruation empfangen haben.)
4. Die höchste Sicherheit erzielt man, wenn man die fruchtbaren Tage in beiden Zyklen feststellt.

Um die fruchtbaren Tage im Menstruationszyklus festzustellen, ist die Zeitwahlmethode unzuverlässig. (Rechnitz hatte zu der Zeit nichts besseres zur Verfügung.) Wir müssen versuchen, die Selbstuntersuchung dafür einzusetzen.

Für diejenigen, die sich näher damit befassen möchten, war folgende Literatur angegeben:

Sheila Ostrander, Lynn Schroeder: Astrological Birth Control, 1972, Prenticehall

Art Rosenblum: Natural Birth Control, 1973, Aquarian Research Foundation, 5620 Morton street, Philadelphia, PA 19144

John Billings: The Ovulation Method, 1972, Borromeo Guild, 1530 West 9th street, Los Angeles, Calif. 90015

Alan Guttmachen, W.Best, F.Jaffe: Birth Control and Love, 1970, Bantam New York

Eugen Jonas: Determination of a woman's period of fertility



Frau mit Bisonhorn aus der Grotte von Laussel (Dordogne) prähistorisch.

Darstellung des (Menstruations-)Kalenders?

Das Horn in der Hand der Frau könnte auch die Mondsichel bedeuten. Die 13 Einkerbungen die Tage des zunehmenden Mondes, die abgebrochene Spitze das Zeichen dafür, daß nach dem zunehmenden der abnehmende Mond folgt.



Für die ersatzlose Streichung des § 218

Am 26. April 74 stimmten in der dritten Lesung zur Reform des § 218 zweihundertsiebenundvierzig Abgeordnete für die Fristenlösung. Das bedeutet, daß das Gesetz vom Bundesrat wieder an den Bundestag zurückverwiesen wird. Es zeichnet sich jetzt schon ab, daß die CDU/CSU, die die Mehrheit im Bundesrat hat, mit allen Mitteln versuchen wird, den Fristenlösungsentwurf jetzt doch noch zu boykottieren und erneut einen Kompromiß im Sinne einer Indikationsregelung beantragen wird. Das heißt, es ist überhaupt noch nicht zu übersehen, was mit dem § 218 in den nächsten Monaten geschieht. Selbst wenn die Fristenlösung endgültig Gesetz werden sollte, ist der Kampf nicht beendet. Das wollen wir auf den folgenden Seiten erklären.

Die einzige Forderung, die von den Interessen der Frauen ausgeht, ist die nach ersatzloser Streichung

des § 218. Diese Forderung ist nicht in die Regierungsentwürfe eingegangen, obwohl sie von einer starken Bevölkerungsgruppe getragen wird, ausserdem wurde sie bisher weitgehend von der Presse unterschlagen.

Was sind die juristischen Gründe zur Änderung des Paragraphen? Es werden ganz wenige Abtreibungsfälle öffentlich bekannt, von den bekanntgewordenen werden nur sehr wenige aufgeklärt und von den aufgeklärten werden kaum mehr welche verurteilt und die verurteilten bekommen nicht die gesetzlich dafür vorgesehene Strafe, sondern eine Proforma-Geldstrafe.

Daß trotz der gegenwärtigen laxen Handhabung des Gesetzes wir auf der Abschaffung des Paragraphen bestehen müssen, liegt daran, daß das Gesetz in seiner vollen Schärfe aus bevölkerungspolitischen Gründen jederzeit wieder angewandt werden kann. Der Anwaltsverein hat die einzig politisch realistische Einschätzung aufgrund der Handhabung des Gesetzes und sieht ein, daß sämtliche vorgeschlagenen Indikations- und Fristenmodelle praktisch nicht angewandt werden können und tritt deshalb für die ersatzlose Streichung ein.

Es gibt die Vorstellung, daß ein weitgefaßter Indikationskatalog wie zum Beispiel in Schweden einer Abschaffung des § 218 gleichkäme.

Das stimmt aus folgenden Gründen nicht:

#### Zur medizinischen Indikation

Wie überhaupt in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist es von Zufällen abhängig, ob eine medizinische Indikation erkannt wird. Ausserdem hängt es von Zufällen ab, wie eine vorliegende Krankheit, wie es die medizinische Indikation ist, von den verschiedenen Ärzten interpretiert wird.

Es wäre sogar Aufgabe der Ärzte, den Frauen einen Schwangerschaftsabbruch nahezu legen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Da aber im Allgemeinen nicht gründlich untersucht wird, werden meistens nur diejenigen Krankheiten erkannt, von denen die Frauen selbst schon wissen und die sie selbst vorbringen.

Die Wahrscheinlichkeit, ob die Diagnose richtig oder falsch gestellt, ob die medizinische Indikation erkannt wird oder nicht, hängt weitgehend davon ab, ob der Arzt grössere technische Möglichkeiten zur Verfügung hat, die es mehr in Kliniken als in Privatpraxen, mehr in Großstädten als auf dem Lande gibt. Die Diagnose ist abhängig von seinem Wissen und vom Durchsetzungsvermögen der einzelnen Frau.

Die gleichen Gründe gelten auch für die kindliche Indikation. In der BRD kommen auf 1 Million Geburten ca. 200.000 geschädigte Kinder.

Geschädigte Kinder heißt: sie kommen taub, blind, gehörgeschädigt, spastisch gelähmt, hirngeschädigt zur Welt. Bei 20.000 dieser Kinder sind die Schäden irreversibel, das heißt, diese Kinder sind von Geburt an bis zum Tode Pflegefälle. Für diese Kinder gibt es kaum Pflege- oder Heimplätze. Das heißt, die Mütter müssen diese Belastungen privat und allein tragen, was ihr eigenes Leben völlig bestimmt und zerstört.

Wissenschaftlich wäre es heute weitgehend möglich, einen Großteil dieser Schäden vorher zu erkennen. Dazu müßten aber perinatale Einrichtungen geschaffen werden; das heißt, solche Kliniken, die es möglich machen, daß Schäden bei Müttern und Kindern vor der Geburt erkannt und behandelt werden.

Zwar weiß heute jede Frau, daß bei Röteln der Schwangeren das Kind geschädigt werden kann, aber den Schwangeren werden Informationen vorenthalten, auf welche Krankheiten das noch zutrifft. Ein Gesundheitswesen, das von den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgeht, müßte garantieren, daß solchen Schäden durch Forschung und Behandlung vorgebeugt wird.

Eine weitere Indikation heißt ethische - oder Vergewaltigungsindikation.

Was eine Vergewaltigung ist, können die Frauen nur selber beurteilen und keine Gutachter-Kommission. Eine Vergewaltigung kann ein Überfall auf der Strasse sein, aber ebenso die eheliche Pflicht.

Diese Indikation hat noch einen anderen, besonders schlimmen Aspekt. Denn sie geht wie selbstverständlich davon aus, daß Frauen eben vergewaltigt werden. Die Aufgabe dieser Indikation ist es lediglich, die schlimmen Folgen einer Vergewaltigung zu mindern, weil es nicht mehr mit der partnerschaftlichen Ideologie übereinstimmt, daß eine Frau ein Kind von einem ungeliebten Mann bekommt. Es wird nicht etwa zum Gegenstand der Beratung, wieso Frauen vergewaltigt werden und wie man die Ursachen für diese Verbrechen beseitigen kann, sondern es erscheint natürlich, daß Frauen vergewaltigt werden. Daß dieser Gedanke so akzeptiert wird und zur Vorlage eines Gesetzes genommen wird, ist das eigentlich Obszöne.

Auch die soziale Indikation kann nur die Frau selbst beurteilen. Das kann kein Arzt und keine Gutachterkommission. Nur die Frau kann beurteilen, ob sie ihrer Versorgungspflicht nachkommen kann oder nicht. Letztlich ist sie allein - auch vor dem Gesetz - für die Sorge der Kinder zuständig. Nur sie allein kann abschätzen, was ein Kind für ihr Leben bedeutet und was sie dem Kind für ein Leben bieten kann.

Auch der weitgefaßteste Indikationenkatalog ist an eine Gutachterkommission gebunden. Das müssen wir prinzipiell ablehnen, weil diese Einrichtungen grundsätzlich von der Vorstellung ausgehen, daß Frauen unfähig sind, über ihre Belange selber zu entscheiden. Nach den Indikationsentwürfen müssen die Gutachter entscheiden, ob der Frau die Abtreibung zugebilligt werden kann oder nicht. Die inhaltliche Begründung für die Ablehnung der Gutachter ist das Kapitel "Vom Anteil der Frauen an der Menschwerdung des Affen". Aber selbst das Recht auf Beratung kann unser Gesundheitssystem den Frauen nicht gewährleisten. Denn: die Berater wissen oft nichts oder sie sind Sexisten. Es gibt viel zu wenige (Gutachter für legale Schwangerschaftsabbrüche reichen heute schon nicht aus), und: sie nützen die Lage der verzweifelten Frauen auf schweinische Weise aus, indem viele sich von den Frauen zum Beispiel alle Einzelheiten des Geschlechtsverkehrs

bei dem die Schwangerschaft vermutlich entstand, berichten lassen. Oder Psychiater lassen die Frau sich nackt ausziehen und betatschen sie unter dem Vorwand einer medizinischen Untersuchung. Oder die Gutachter profitieren ökonomisch von der Lage der Frauen, indem sie für ein Gutachten bis zu 150 DM verlangen. Für alles das haben wir Zeuginnen.

Für diese Gutachten müssen die Frauen ihre Lage so schlimm wie möglich schildern und sich als potentielle Selbstmörderinnen und Depressive bezeichnen, um den Arzt zu überzeugen, seine Zustimmung zu geben. Ein einfacher Satz, daß es nicht geht, ein Kind zu bekommen, wird nicht anerkannt. Diese Gutachten mit den Selbstanklagen werden nun aber nicht etwa vernichtet, sondern sie werden in der Ärztekammer gesammelt. Zwar dürfen sie nicht weitergeleitet werden, aber wir kennen die Justiz gut genug, um daran berechnigte Zweifel zu haben, daß diese Unterlagen nicht doch in irgendeinem anderen Zusammenhang einmal gegen die Frauen gerichtet werden. Das ist der Grund für viele Frauen, sich lieber einer illegalen Abtreibung zu unterziehen als die legale Abtreibung mit den Gutachtern durchzustehen.

#### Die Fristenlösung.

Viele plädieren daher für die Fristenlösung, weil sie annehmen, bis zum dritten Monat, also innerhalb von 90 Tagen von der letzten Regel an, würde die Frau generell die Schwangerschaft bemerkt haben und Mittel und Wege gefunden haben, sie zu unterbrechen. Die Fristenlösung wird als eine Art Schutz gegenüber der Frau verstanden, die man davor bewahren will, durch eine Abtreibung nach dem dritten Monat sich selbst gesundheitlich zu gefährden.

Es ist klar, daß eine Frau eine Abtreibung so schnell wie möglich haben will, wenn sie sich einmal dazu entschlossen hat und es ist wahr, daß es weniger schädlich ist, den Abbruch früher zu machen.

Warum ist aber die Fristenlösung trotzdem eine Falle?  
Dafür gibt es mehrere Gründe.

Die ersten hängen damit zusammen, ob die Frau die Schwangerschaft überhaupt rechtzeitig genug feststellt. Da die meisten jungen Frauen heute die Pille nehmen und nach Absetzen der Pille oft Zyklusunregelmäßigkeiten haben, wissen viele zum Beispiel überhaupt nicht, ob sie schwanger sind oder nicht. Bis ein Schwangerschaftstest gemacht werden kann, sind dann schon 6 Wochen vergangen, d.h. 42 Tage nach der letzten Regel beginnt die Frau meist erst die Überlegungen und kann dann erst die notwendigen Schritte einleiten. Ausserdem geben die Ärzte oft wider besseres Wissen unwirksame und teure Spritzen. Die Ärzte kommen häufig zu widersprüchlichen Diagnosen über den Zeitpunkt der Schwangerschaft.

Ausserdem muß die Frau bei der Fristenlösung sich zwangsberaten lassen, von diesen Beratungsstellen werden ab



Demonstration gegen § 218, München 1974

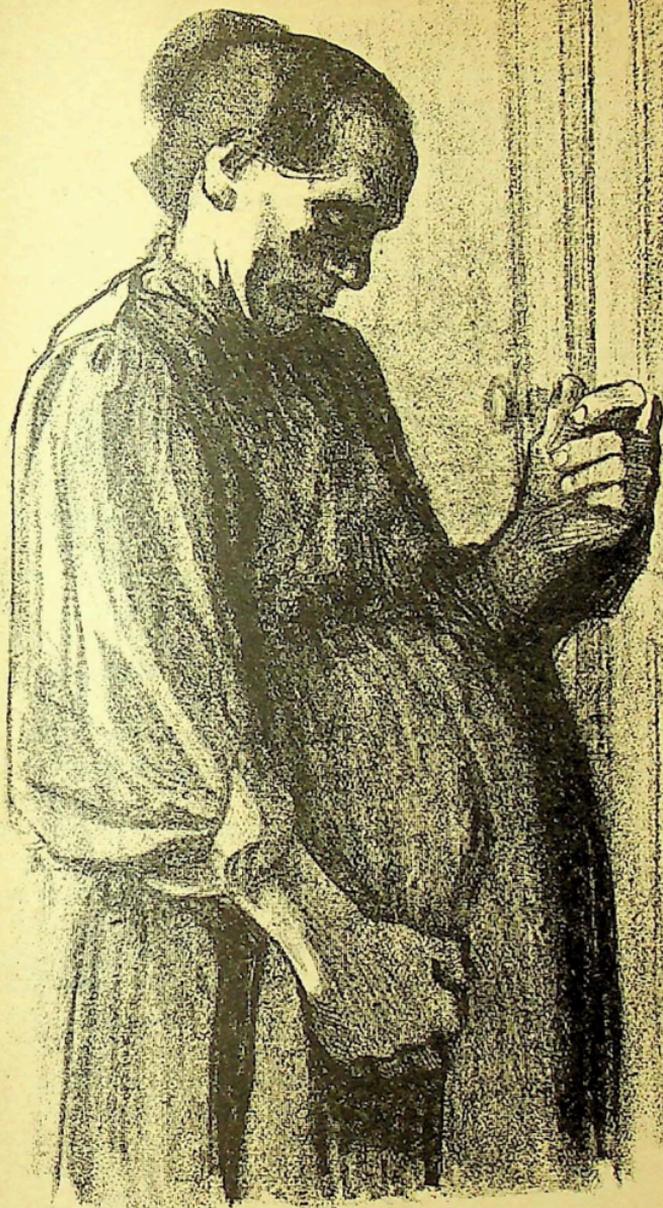
Frühjahr 74 fünfzig vom Bundesgesundheitsministerium versuchsweise eingerichtet. Das bedeutet für die Frauen, daß sie sich das Geseire der Berater anhören müssen, die sie vom Abbruch abhalten wollen, sie werden registriert und verlieren Zeit.

Eine weitere Verzögerung tritt durch das Weigerungsrecht der Ärzte und Krankenhausträger ein. Die deutsche Krankenhausgesellschaft hat laut Frankfurter Rundschau vom 2.10.73 gesagt, daß man beim § 218 die Rechnung ohne den Wirt gemacht habe, weil der Gesamtvorstand der deutschen Krankenhausgesellschaft beschlossen hat, daß Krankenhausträger und Krankenhauspersonal das Recht haben, die Mithilfe bei Schwangerschaftsabbrüchen zu verweigern.

Über 50 % der Krankenhäuser sind konfessionell gebunden und haben erklärt, daß sie die Fristenlösung boykottieren werden. Das ist auch ein Grund für die Forderung, die konfessionellen Krankenhäuser zu verstaatlichen. Daß die Fristenlösung aktiv bekämpft werden wird, ist auch noch einmal bei der Bundestagsdebatte am 25. und 26. April 74 von CDU-Bundestagsabgeordneten bekräftigt worden.

Ebenso wie die CDU/CSU und verschiedene Krankenhausträger drohen auch die Ärzteverbände wie die Bundesärztekammer und der Gynäkologenverband im Falle der Fristenlösung mit dem Weigerungsrecht der Ärzte und des Pflegepersonals (" Weigerungsrecht aus Gewissensgründen") ausser bei Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren. Wie Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren definiert ist, hängt von dem jeweiligen Arzt und dessen Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff ab.

Über das Weigerungsrecht besteht eine grosse Rechtsunsicherheit. Privatärzte und niedergelassene Kassenärzte können Schwangerschaftsabbrüche ablehnen, sie können schon jetzt die Behandlung bestimmter Fälle ablehnen.



Käthe Kollwitz: Beim Arzt

Ein Klinikleiter könnte den Assistenzärzten untersagen, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Selbst wenn Krankenhausärzte gegen den Willen des Chefarztes durchsetzen, daß sie in dem betreffenden Krankenhaus Schwangerschaftsabbrüche durchführen, drohen ihnen von daher Repressalien, daß sie im Rahmen der Facharztweiterbildung zum Beispiel in Chirurgie oder Gynäkologie nicht die erforderlichen Operationen ausführen können.

Unter diesen Voraussetzungen ist es nicht für alle Frauen garantiert, innerhalb dieser Frist eine Abtreibung zu bekommen. Auch das hängt wieder ab vom Wissen, Geld, der Zeit, dem Wohnort der Frauen und anderen Dingen mehr.

Aus all dem folgt, daß die Fristenlösung nur eine Liberalisierung auf dem Papier wäre, aber keine wirkliche Lösung. Auch bei der ersatzlosen Streichung des § 218 wären wir nicht vor den kapitalistisch betriebenen Abtreibungskliniken bewahrt. Auch damit wäre noch nicht Abtreibung als Recht der Frau durchgesetzt. Aber die ersatzlose Streichung ist für die Frauen die einzige Chance, nach all den eben beschriebenen Schwierigkeiten doch noch eine Abtreibung zu bekommen. Viele schrecken vor dem Wort 'ersatzlose Streichung' zurück und stellen sich vor, daß die Frauen dann anfangen, sich im achten oder neunten Monat zu überlegen, ob sie das Kind nun noch haben wollen. Diese Vorstellungen sind absurd und gehen von der Annahme aus, daß Frauen unzurechnungsfähig sind. Zunächst einmal ist es rein juristisch so, daß ein Kind, sobald es selbständig lebensfähig ist, also vom Ende des sechsten Monats an, nicht mehr abgetrieben werden kann, sondern dann muß eine Geburt eingeleitet werden. Juristisch wäre das Tötung, aber nicht Abtreibung. Die ersatzlose Streichung heißt also Freigabe der Abtreibung bis zum Ende des sechsten Monats. Diese Fälle kommen in der Praxis jedoch kaum jemals vor. Diejenigen, die heute noch vorkommen, sind Folgen des geltenden Rechts, bei denen den Frauen es trotz größter Anstrengung nicht gelungen ist, früher eine Abtreibung durchführen zu

lassen, oder es sind Folgen von zu spät erkannten Krankheiten, die einen Abbruch notwendig machen.

Wenn wir die ersatzlose Streichung des § 218 fordern, dann hat das nichts, aber auch gar nichts damit zu tun, daß wir Abtreibungen für eine tolle Sache halten, sondern wir halten prinzipiell jede Abtreibung - ob früh oder spät - für eine Verletzung, der sich keine Frau gerne unterzieht. Aber Abtreibungen wird es so lange geben, so lange die Frauen auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen unterprivilegiert und diskriminiert sind. Das hängt einmal davon ab, daß die Frauen noch kein sexuelles Selbstbewußtsein haben und auf der anderen Seite von den mangelhaften Verhütungs- bzw. Abtreibungsmethoden. Alle diejenigen, die die Fristenlösung für einen entscheidenden Fortschritt halten, gehen letztlich nicht von den Frauen aus. Denn wenn man sich klar macht, daß keine Frau eine Abtreibung gerne macht und vor allem keine späte, dann muß man sich auch klarmachen, daß jede späte Abtreibung eine VERZWEIFLUNGSTAT ist, die überhaupt nur deswegen vorkommt, weil es die Reglementierungen und Bevormundungen gibt, die auch durch die Fristenlösung nicht aufgehoben werden.

### Wie stellt man eine Schwangerschaft fest?

#### 1. Echolot

Anfang der 50iger Jahre wurde, anfangs durch Augenärzte - später durch Nervenärzte, eine Methode entwickelt, bei der man mit Hilfe von Schallwellen Gewebsgrenzschichten darstellen kann (zum Beispiel Augengeschwülste oder Geschwülste im Gehirn).

Seit 1968 wird diese Methode in der Geburtshilfe und Gynäkologie angewandt.

Mit Hilfe eines kleinen Apparates, der auf den Bauch in Höhe der Gebärmutter gelegt wird, werden Schallwellen ausgesendet und von Gewebsgrenzschichten (zum Beispiel von der Eihöhle, dem Embryo oder dem Mutterkuchen) reflektiert. Sie werden aufgefangen und mit Hilfe einer Apparatur zu einem Bild geformt, das sofort ausgewertet werden kann.

Mit dieser Methode kann folgendes festgestellt werden:

- das Vorliegen einer Schwangerschaft (ab 4. bis 6. Woche möglich),
- der Zeitpunkt der Schwangerschaft (durch Ausmessen der Eihöhle und des Embryos),
- Beschaffenheit des Embryos bei einer drohenden Fehlgeburt,
- Registrierung von Bewegungsabläufen, Pulsationen des Embryos,
- Differentialdiagnose der Bauchhöhlenschwangerschaft,
- Verlaufsbeobachtungen während der Schwangerschaft.

Eine Strahlenbehandlung findet nicht statt, da es sich um Schallwellen handelt.

Wenn eine derartige Untersuchung durchgeführt werden soll, muß sich die Frau von ihrem behandelnden Arzt einen Überweisungsschein für die entsprechende Klinik geben lassen.

## 2. Schwangerschaftstests.

Bei einer Schwangerschaft bildet das befruchtete Ei das Schwangerschaftshormon, das choriongonadotropes Hormon heißt.

Die Abkürzung HCG kommt vom englischen "human chorionic gonadotropin". Dieses Hormon läßt sich mit sehr empfindlichen Methoden, die aber nicht routinemäßig angewandt werden, bereits zehn bis zwölf Tage nach der Befruchtung im Urin nachweisen.

Mit den bei uns üblichen Schwangerschaftstests kann man die Hormone zuverlässig erst 9 Tage nach Ausbleiben der Regel nachweisen.

Es gibt zwei in Apotheken erhältliche Tests, mit denen man entsprechend der Gebrauchsanweisung in drei Minuten eine Schwangerschaft feststellen kann.

Der B-Test kostet 20,35 DM, der Predictor-Test 21,-DM.

Es kann falsche positive Resultate geben bei abnorm hohen LH-Spiegel, wie er bei der Insuffizienz (Schwäche) der Eierstöcke vorkommt, oder bei einer Verfälschung durch Psychopharmaka, sowie durch Eiweiß oder Blutspuren im Urin.

### 3. Duogynon.

Duogynon, ein Hormon (Gestagen) wird nur zur Erkennung der Frühschwangerschaft verwendet.

Es gibt Duogynon als Spritze. Sie enthält natürliche im Körper vorkommende Hormone (20 mg Progesteron und 2 mg Östradiolbenzoat). Duogynon-Dragees enthalten künstliche Hormone (10 mg Äthinyl-nortestonacetat und 0,02 mg Äthinylöstradiol).

Wenn man eine Spritze bekommen hat oder zwei Dragees in zwei aufeinanderfolgenden Tagen nach Ausbleiben der Regel eingenommen hat, so muß, wenn keine Schwangerschaft besteht eine Blutung in drei bis sechs Tagen, spätestens in 10 Tagen, erfolgen.

Die künstlichen Gestagene, die in der Pille und dem Duogynon-Dragee enthalten sind, können zur Vermännlichung des weiblichen Fötus führen. In Schweden wurde das Präparat deshalb aus dem Handel gezogen.

In der BRD ist Duogynon als hormonaler Schwangerschaftstest noch in Anwendung, -obgleich wie im Arzneitelegramm (9/73) - auf diese schwerwiegende Nebenwirkung hingewiesen wird. "Die Vornahme hormonaler Schwangerschaftsteste mit Gestagenen soll künftig nicht mehr gestattet sein."

Eine Anfrage bei Schering ergab folgende Antwort:  
"Bei der Anwendung von Duogynon-Dragees konnten  
in keinem Fall Mißbildungen bei später geborenen  
Kindern festgestellt werden. Auch sind uns bisher  
keinerlei Meldungen zugegangen, die unsere Aussage,  
ein nachteiliger Einfluß auf den Verlauf der Schwan-  
gerschaft durch Duogynon (siehe Prospekt, S. 5)  
sei nicht zu befürchten, in Frage stellen.  
Dennoch werden wir aus grundsätzlichen Erwägungen  
in der Neuauflage unserer wissenschaftlichen Druck-  
schriften zum Duogynon empfehlen, die parenterale  
(als Spritze) Applikation zu bevorzugen, wenn das  
Präparat als Schwangerschaftsdiagnostikum verwen-  
det wird."

## Abtreibungsmethoden.

### 1. Frühe Abtreibungen:

Hormone: (siehe Pille danach, S. 58)

#### Absaugmethoden:

Wie funktioniert die Absaugmethode?

Das Prinzip besteht bei allen Absaugmethoden darin,  
daß eine Kanüle in die Gebärmutterhöhle eingeführt  
wird und dann mittels eines Unterdrucks die Frucht  
und der Mutterkuchen abgesaugt werden. Bis zur ach-  
ten Woche braucht der Gebärmutterhals meist nicht  
geweitet werden. Es wird dann eine dünne Kanüle bis  
zu 8 mm Durchmesser durch den Muttermund eingeführt.  
Die Kanüle besteht aus Plastik und ist gebogen, da  
sie sich so besser der Gebärmutter anpaßt. Am Ende  
der Kanüle wird eine 50 ml Spritze befestigt. Beim  
Rausziehen des Kolbens wird ein Unterdruck von etwa  
70 cm Wassersäule erzeugt. Dadurch wird der Inhalt  
der Gebärmutter durch zwei dreiecksförmige, vonein-  
ander unabhängige Öffnungen, die an der Spitze der  
Kanüle liegen, abgesaugt.

Die Spitze ist abgerundet und flexibel, so daß die Gebärmutter nicht durchstossen werden kann (Perforation). Die Kanten der Sauglöcher werden als Curette verwendet, das heißt damit können verbleibende Gewebereste ausgeschabt und gleichzeitig abgesaugt werden.

Von der achten bis zur zwölften Woche ist eine Dilatation (Weitung) des Muttermundes notwendig. Die Kanüle, hat einen Durchmesser von 8 bis 12 mm, entsprechend der Schwangerschaftsdauer. Der Unterdruck wird meist mechanisch, mittels einer Saugpumpe oder eines elektrisch betriebenen Sauggerätes erzeugt.

Eine Nachcurettage, das heißt ein Austasten und Auskratzen mit einem scharfen Löffel, ist meist erforderlich.

In den USA und den Ostblockstaaten wird nur noch die Absaugmethode angewandt, weil sie gefahrloser und schonender ist, bei der frühen Absaugmethode keine Vollnarkose notwendig ist und der ganze Eingriff ambulant durchgeführt werden kann.

#### Ausschabung (Curettage)

Mit einem scharfen Löffel (Curette) aus Metall wird der Inhalt der Gebärmutter von den Gebärmutterwänden abgekratzt. Das Instrument, das aus Metall ist, sieht aus wie ein langstieliger Löffel, der seitlich abgeknickt ist, in der Mitte des Löffels befindet sich ein Loch. Damit der scharfe Löffel durch den Gebärmuttermund und den Gebärmutterhals in die Gebärmutter eingeführt werden kann, muß der Gebärmutterhals geweitet werden. Die Weitung erfolgt in einer Serie immer dicker werdender, zylindrischer Metallstifte (Hegar-Stifte). Da die Dilatation des Gebärmutterhalses sehr schmerzhaft ist, muß der Eingriff unter Vollnarkose durch einen Narkosearzt (Anästhesisten) erfolgen.

Die Methode, die in der BRD und in West-Berlin die vorherrschende Abtreibungsmethode ist, kann im Vergleich zur Absaugmethode als barbarisch bezeichnet

werden, weil man wirklich davon ausgehen kann, daß immer irgendwelche Schäden zurückbleiben, die sich in Eierstockentzündungen, Vernarbungen und anderen Krankheiten ausdrücken und später dauernde Nachbehandlungen notwendig machen. Durch die Benutzung des scharfen und starren Metallinstruments besteht die Gefahr der Verletzung des Gebärmutterhalses oder der Durchstoßung der Gebärmutter mit anschließender Bauchfellentzündung.

## 2. Methoden zur späten Abtreibung.

Von der 13. Woche an müssen kompliziertere Methoden für den Schwangerschaftsabbruch angewandt werden. Die Grenze ist jedoch flexibel - mit ein oder mehreren Wochen nach jeder Richtung - was davon abhängt, ob die Frau früher schon einmal geboren hat.

Die Methoden zur späten Abtreibung können in Ein- und Zweiphasenmethoden eingeteilt werden.

### a) Zweiphasenmethoden.

Hierzu werden Sonden, Katheter oder Ähnliches durch die Scheide und den Gebärmutterhals in den Uterus eingeführt oder auf dem gleichen Weg flüssige oder halbflüssige Mittel in ihn eingespritzt. Die meisten dieser Möglichkeiten sind in der Medizin aufgegeben worden, weil das Risiko für Perforationen, Entzündungen und allgemeine Blutvergiftungen zu groß ist. Die Keime, die durch das Katheter in die Gebärmutter steigen, rufen eine Entzündung hervor, die Gebärmutterkontraktionen auslöst, was zu einer "spontanen" Fehlgeburt führt. Man sollte niemals zu Abtreibern gehen, die diese Methode anwenden und man sollte es niemals selber tun. Es besteht hierbei die Gefahr der Luftembolie, die immer tödlich ist.

Bis zur 16./17. Woche kann eine Abtreibung mit steriler Kochsalzlösung durchgeführt werden. Nach 'Rätten till Abort' soll diese Methode nicht schmerzhaft sein, es soll keine Narkose gegeben werden, da-

mit die Frau in der Lage ist, über jede auftretende Beschwerde sofort zu berichten. Zur Entspannung soll die Frau eine Beruhigungsspritze bekommen. Die Kochsalzlösung wird durch ein Katheter in die Gebärmutter eingeführt. Eine Beschwerde muß sofort gesagt werden, weil das ein Zeichen dafür sein kann, daß die Lösung in die Blutbahn gekommen ist. Dann muß die Injektion sofort abgebrochen werden. Nach der Injektion wartet die Frau auf das Einsetzen der Wehen, die die Frühgeburt einleiten. Die durchschnittliche Wartezeit zwischen Injektion und Frühgeburt beträgt zweieinhalb Tage. Bei ungefähr 10 % der Fälle versagt die erste Injektion. Dann muß der Eingriff wiederholt werden. (Oder man muß eine andere Methode anwenden.) Bei ungefähr 85 % der Fälle muß die Gebärmutter nach der Fehlgeburt ausgeschabt werden, was heute mehr und mehr durch die V.A. ersetzt wird, in Ländern, die die V.A. anwenden.

Die Schmerzen, die während der Wartezeit auftreten, können äusserst groß sein und lassen sich nicht immer wirksam durch schmerzlindernde Mittel dämpfen. Man braucht eine knappe Woche Krankenhausaufenthalt für diesen Eingriff.

Nach der 16./17. Woche kann die Injektion direkt in das Fruchtwasser gespritzt werden, von dem ein wenig abgezapft wird und durch die Lösung ersetzt wird. Dieser Eingriff kann durch die Scheide oder durch die Bauchdecke gemacht werden. Um die Gefahren bei der Kochsalzlösung auszuschliessen, ist man teilweise dazu übergegangen, stattdessen eine 50%ige Traubenzuckerlösung zu nehmen. Die grössere Infektionsgefahr hofft man durch der Lösung zugegebene Antibiotika auszuschalten. Eine dritte Möglichkeit, die teilweise in Schweden angewandt wird, ist eine 40%ige Lösung von Formalin.

- b) Eine andere Methode ist die, die Zervix durch Laminarstifte (Quellstäbe) zu weiten. Sie bestehen aus einem trockenen, saugfähigen Material, das in die Zervix eingelegt wird und langsam Wasser aufsaugt, so daß die Stäbe dicker werden. Diese Prozedur, die

ziemlich schmerzhaft ist, dauert ca. einen Tag. Nachdem man die Stäbe entfernt hat, macht man die Abtreibung durch Curettage. In Schweden sind die Stifte fast ausser Gebrauch gekommen, weil die Infektionsgefahr mit ihnen grösser ist. In Deutschland werden sie noch benutzt (z.B. wenn bei einer legalen Abtreibung viel Zeit durch verschleppte Gutachten verloren gegangen ist, so daß man die gewöhnliche Methode nicht mehr anwenden kann).

### Einphasenmethoden

#### a) Vaginale Hysterotomie

Hierbei wird ein Schnitt von der Scheide aus in die Gebärmutter gemacht. Diese Methode war lange Zeit die gebräuchlichste Form der späten Abtreibung. Seit es sich herausstellte, daß geringe Spuren der Gebärmutter schleimhaut sich während der Operation in der Wunde festsetzen können und zur Endometriose führen, wendet man sie nicht mehr so oft an. Diese Fragmente der Schleimhaut können zu Blutungen und Zystenbildungen führen und das umliegende Gewebe angreifen. Eine schwedische Untersuchung konnte nachweisen, daß von 800 Frauen, die nach dieser Methode operiert waren, 20 % Endometriose hatten. Durch verbesserte Operationstechniken soll neuerdings diese Gefahr wieder zurückgedrängt worden sein.

#### b) Abdominelle Hysterotomie

Hierbei wird die Bauchdeck geöffnet und ein "kleiner Kaiserschnitt" gemacht. Diese Operation wird oft mit einer gleichzeitigen Sterilisation verbunden. Bei Abtreibungen nach der 17. Woche wird diese Methode der besseren Übersichtlichkeit wegen vorgezogen. Der Eingriff erfordert einen längeren Krankenhausaufenthalt.

### Prostaglandine

Mit der neuen Stoffgruppe der Prostaglandine wird seit einiger Zeit experimentiert. Prostaglandine sind bereits seit den 30er Jahren bekannt. Eine breite Er-

forschung ihrer klinischen Anwendungsmöglichkeiten wurde jedoch erst mit ihrer synthetischen Herstellung im Jahre 1968 möglich.

Woraus bestehen Prostaglandine?

Prostaglandine sind Fettsäuremoleküle, die im menschlichen Körper in fast allen Organen gebildet werden, u.a. auch in der Gebärmutterschleimhaut, im Menstruationsblut, im Fruchtwasser und in den männlichen Samenbläschen.

Vor 42 Jahren entdeckten zwei New Yorker Gynäkologen, daß sich die Gebärmuttermuskulatur im Laborexperiment durch eine Substanz der Samenflüssigkeit zusammenzieht. Man glaubte, diese Substanz stamme aus der Vorsteherdrüse, der Prostata.

Man hat mittlerweile 14 verschiedene Prostaglandine entdeckt. Zwei davon - PGE 2 und PGF 2 - werden im Wesentlichen angewandt. Sie werden in verschiedenen Formen als Spritze in die Venen, in die Gebärmutter, in den Fruchtsack und als Tablette verwendet.

Einheitliche Vorstellungen über den Wirkungsmechanismus und die Bedeutung der Prostaglandine gibt es bisher nicht. Angaben über die Dosierung schwanken erheblich.

Der schwedische Prostaglandine-Forschungskonzern Upjohn probiert sein Testprogramm an fünf deutschen Universitätskliniken aus. Die Präparate laufen unter den Namen Diniprost und Diniprostene. Prostaglandine sollen an 5.000 Frauen ausprobiert werden, wobei die Frauen nur in den seltensten Fällen unterrichtet werden, daß sie als Versuchsobjekte dienen und selbst wenn sie Bescheid wissen, welche anderen Möglichkeiten haben die Frauen mit einer späten Schwangerschaft (über den dritten Monat hinaus)?

Eine Frau mit einem genehmigten Antrag zum Schwangerschaftsabbruch berichtete uns, daß sie Ende April 1974 im Klinikum Steglitz (Universitätsklinik) eine Abtreibung in der 14. Woche mit Prostaglandinen machen sollte und nach einer anderen Methode verlangte. Daraufhin wurde ihr gesagt: Wenn sie so zimperlich sei, müsse sie ihr

Kind eben kriegen. Die Frau hatte die Möglichkeit, da sie eine Fotokopie ihres Gutachtens besaß, in einem anderen Krankenhaus die Abtreibung machen zu lassen.

Bis jetzt können Prostaglandine nur für späte Abtreibungen eingesetzt werden.

Wenn man Prostaglandine im zweiten Drittel einer Schwangerschaft, also nach der 13. Schwangerschaftswoche (13. bis 22. Woche) gibt, lösen sie meist einen Abort aus, d.h. die Frucht wird durch wehenartiges Zusammenziehen der Gebärmutter ausgetrieben. Das Mittel wird direkt in die Gebärmutter oder die Fruchthülle eingespritzt. Infusionen haben sich nicht bewährt.

Die Nebenwirkungen, die Prostaglandine bisher verursachen, sind untragbar. Sie lösen Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Atemnot und Fieber aus. Die Zeit, bis die Frucht ausgetrieben ist, dauert durchschnittlich 20 Stunden und mehr. Es kommt häufig zu starken Blutverlusten, dadurch zu einem verlängerten Krankenhausaufenthalt. Manchmal muß doch noch eine Ausschabung gemacht werden, weil die Frucht nicht ausgetrieben wird. Nachteilig ist außerdem, daß die durch Prostaglandine ausgelösten Wehen schmerzhafter sind als die Wehen, die durch andere Mittel ausgelöst werden. Es steht fest, daß dieses Experiment eine Tortur ist für Frauen und sie außerdem grössere Risiken eingehen müssen als bei anderen Methoden.

#### Literatur:

Population Report Series No. 2, April 1973  
Dpt. of Medical and Public Affairs, George  
Washington U.)

American Journal of Obstetrics and Gynaecology, St. Louis, Vol. 110, No. 4, June 15, 1971

West Coast Medical Group, inc: 3350 West  
8th St. Los Angeles, Calif.  
Informationsblatt für Schwangere

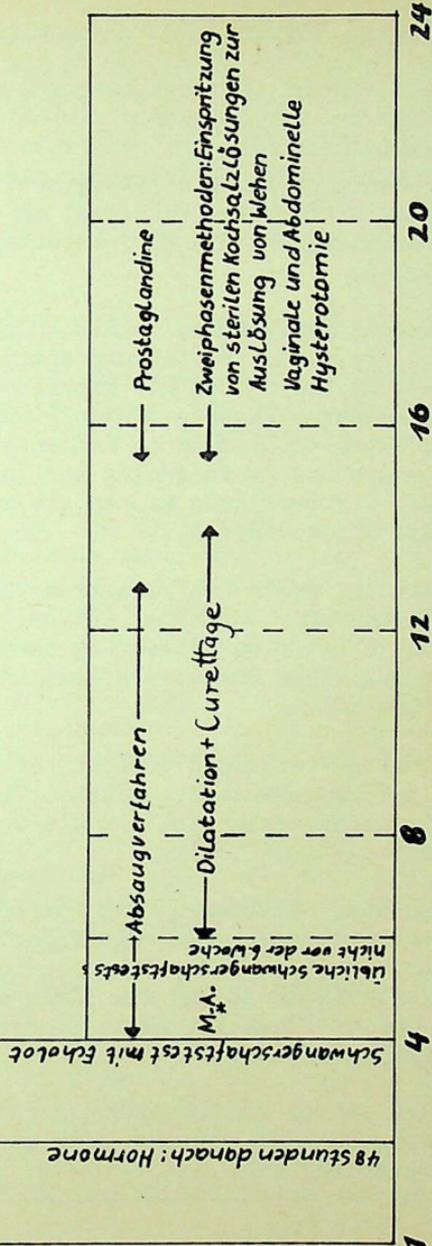
Der Arzneimittelbrief, Januar 1974

Letzte Periode

Befruchtung

# Abtreibungsmethoden

1. vermisste Periode



M.A.  
\* Menstruelle  
Aspiration

! G e f a h r !

Viele Frauen greifen in ihrer Verzweiflung zu den abwegigsten Mitteln und Methoden, um eine Abtreibung herbeizuführen. Sie hoffen, dabei wenigstens zu überleben.

Sie schlucken Mutterkorn, Chinin, Maschinenöl, Kupferwasser, Spiritus, Azeton und andere Sachen. Alle diese Mittel führen mit Sicherheit nicht zu einer Abtreibung. Dagegen wirken einige sofort tödlich, haben nicht mehr zu heilende, schwerste Verbrennungen und Schädigungen der inneren Organe zur Folge. Darüberhinaus können sie zu Mißbildungen des Kindes führen.

Jeder Versuch, durch die gewaltsame Einführung von Stricknadeln, oder ähnlicher spitzer Gegenstände, in den Unterleib eine Abtreibung herbeizuführen, ist eine qualvolle Selbstverstümmelung und endet oft mit dem Tod.

Das gleiche gilt für den Versuch, sich Seifenlösungen, Kaliumpermanganat, Alkohol, Lysol (und andere Desinfektionsmittel) in die Gebärmutter einzuspritzen.

Es ist glatter Selbstmord, mit Fahrradpumpen oder Staubsaugern zu versuchen, die Frucht aus der Gebärmutter abzusaugen. Das führt zu Luftembolien und reißt die Gebärmutter und die Därme aus dem Unterleib heraus - das ist nicht zu verwechseln mit der Vakuumaspiration.

Im übrigen ist es völlig unsinnig und wirkungslos schwere Gegenstände zu heben oder sich die Treppe hinunterzustürzen.

## Wie bekommt man eine legale Abtreibung?

In der BRD und in Westberlin ist es möglich, aus medizinischen Gründen eine durch die Ärztekammer genehmigte Abtreibung zu bekommen. Medizinische Indikation heißt, eine Abtreibung dann zu gestatten, wenn Gefahr für das Leben der Mutter besteht. Die einzelnen Bundesländer handhaben diese Möglichkeiten mehr oder weniger liberal.

### Medizinische Indikation ist eine Auslegungssache.

Man kann zum Beispiel sehr schwere Ängste entwickeln und Selbstmordgedanken haben. Der Arzt muß aber Leben schützen, und daher ist Selbstmorddrohung eine medizinische Indikation.

Jeder Arzt (nicht nur ein Gynäkologe) kann einer Frau das Attest für die Ärztekammer ausstellen. Viele Ärzte wissen das aber nicht, oder sagen den Frauen diese Möglichkeit nicht. In diesem Attest für die Ärztekammer begründet der Arzt die Empfehlung für die medizinische Indikation. (Kosten: meistens 10 bis 30 DM, die Untersuchung wird auf Krankenschein gemacht.) Mit diesem Attest muß die Frau zur Ärztekammer gehen. Dort bekommt sie ein Formular für die Krankenkasse, die bei Bewilligung die Abtreibung bezahlt.

Sie erhält die Adresse von zwei Gutachtern, die in den meisten Fällen Psychiater sind. Sie müssen prüfen, ob die Diagnose des Arztes stimmt, das heißt, ob bei Nichtbewilligung Gefahr für das Leben der Mutter besteht.

Die Genehmigung der Berliner Ärztekammer wird in der Regel relativ schnell erteilt. (Vom ersten Besuch bis zur Gutachtergenehmigung vergeht ungefähr eine Woche.) Wenn der Antrag nicht genehmigt wird, hat man die Möglichkeit, sich an einen Obergutachter zu wenden. Wenn der Antrag genehmigt ist, versucht der Arzt, der das Attest geschrieben hat, oder die Frau selber, ein Krankenhaus zu finden, das den Eingriff durchführt.

Das ist das Schwierigste an der ganzen Sache, da die Krankenhausträger und die einzelnen Ärzte sich weigern können, Abtreibungen zu machen. Wenn ein Arzt sich weigert, hat er die Verpflichtung, für ein anderes Krankenhaus zu sorgen, das die Abtreibung durchführt. Aber das wissen die Frauen nicht, und es wird ihnen auch nicht gesagt.

Wenn ein Krankenhaus gefunden ist, muß dies der Ärztekammer gemeldet werden, die dann die Einwilligungspapiere hinschickt. Oft werden die Frauen noch von -zig Ärzten unter diskriminierenden Bedingungen untersucht, um nachzuprüfen, ob das Gutachten wirklich berechtigt ist.

Der Eingriff wird unter Vollnarkose durchgeführt. Man muß mit einem einwöchigen Krankenhausaufenthalt rechnen.

Das folgende Kapitel ist als ein Anfang von dringend notwendigen Untersuchungen zu sehen, die zur Geschichte der Frauen, insbesondere zur Geschichte der Medizin gemacht werden müssen.

Vom Anteil der Frauen an der Menschwerdung des Affen.

Leserbrief aus Spiegel Nr. 10/74  
(Hervorhebungen von Brot ♀ Rosen)

Ihr kaum noch glaubhafter Bericht über dieses hemmungslose moralische Untersichlassen einiger Berliner „Brot und Rosen“-Weiber empfand ich, als Arzt in Geduld erprobt, als einsamen Gipfel. Allerbestenfalls wissen es diese denkgewohnten, enthemmten Weiber des Fortschritts nicht, daß sie mehr als Umweltverschmutzung, Streß und Übervölkerung unser aller Leben vergiften. Es war schließlich der Mann, der in das weiblich gewahrte Geheimnis des Gebärens eingriff und — nach schweren anfänglichen Mißerfolgen als Neuling — schließlich mit unendlich viel Mühen der Frau das Leben hielt. Und nun bitten solche Megären um Hilfe zur Befreiung von ihrer Leibesfrucht. Hilfe wurde ihnen gegeben, gegen das noch bestehende Gesetz und sicher oft aus Verständnis für ihre — möglicherweise vorgeheuchelte — Situation, gegeben unter totalem Einsatz eines über Jahrzehnte erlernten und erworbenen schweren Berufes und somit auch unter Einsatz der Zukunft und Sicherheit der Familie des Arztes. Diese Weiber gehen nun mit ihren Tonbändern in das überfüllte Auditorium der West-Berliner Technischen Universität und schmieren ihre Helfer bei der Justiz an. — Nein, ich selbst würde dem übelsten Mädchenhändler abraten, sie zu verhökern, um nicht in den Ruf des Roßtäuschers zu kommen.

Erzingen (Bad.-Württ.) DR. H.-J. DIETRICH  
Facharzt für innere Krankheiten

Die Geschichte der männlichen Gynäkologie ist rund zweihundertfünfzig Jahre alt.

In früheren Gesellschaften lag die Geburtshilfe in den Händen der weiblichen Gottheiten, der Priesterinnen, der weisen Frauen und Hebammen.



Artemis von Ephesus

Frauen kannten ausserdem die verschiedensten Methoden, um ihre Fruchtbarkeit zu kontrollieren: Sie benutzten Scheidentampons aus Pflanzen und Kräutern, sie legten sich Fremdkörper in die Gebärmutter ein (siehe IUD),

oder mischten bestimmte Substanzen, zum Beispiel eine Gummisubstanz gemischt mit Honig, die sie auf den Gebärmuttermund auftrugen.

Durch ihren ständigen Umgang mit Pflanzen und Kräutern spielten die Frauen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Medizin überhaupt. Sie fanden heraus, wie sie durch gezielte Hitze giftige und schädliche Stoffe aus der Nahrung entfernen konnten und lernten, Pflanzen und Kräuter als Medizin zu verarbeiten. So wurde der Grundstein der empirischen Medizin durch Beobachtung, Erfahrung und Untersuchungen gelegt.

Im alten Griechenland und in Rom war die Geburtshilfe hoch entwickelt und als Tätigkeitsfeld der Hebammen klar abgegrenzt gegenüber der restlichen Medizin, die sich zum ersten Mal in der Geschichte unabhängig vom Priestertum entfaltete. (Was an Schriften über Geburtshilfe existierte, wurde von Ärzten geschrieben, nach den Berichten der heilkundigen Frauen, die meist nicht lesen und schreiben konnten. Dieser Nachteil hatte auch im Mittelalter für die Frauen entscheidende Folgen.)

Bekannt waren in der Antike schon ein Spekulum, eine Sonde, um die Scheide auszumessen und die Tastuntersuchung. Mit dem Untergang jener Zivilisationen ging auch das Wissen jener Frauen für Jahrhunderte verloren.

Im 5. Jht.v.C. wurde die Athenerin Agnodike vor Gericht gebracht, weil sie als Mann verkleidet, die Geburtshilfe ausgeübt hatte. Die Frauen Athens organisierten eine Demonstration und protestierten vor Gericht gegen die Verurteilung ihrer Helferin. Sie setzten durch, daß Frauen von da an die Geburtshilfe ausüben durften!



Das Christentum, hauptsächlich vertreten durch die katholische Kirche, hat systematisch mit sexistischen Parolen Frauenverachtung und Frauenfeindlichkeit verbreitet. (Anhand des Sündenfalls wird bewiesen, daß erst durch das Weib die Sünde in die Welt gekommen ist.) Die Frau wurde schlechthin als Sünde definiert, ihr Unterleib als deren Sitz.

Die Frau diene nur als Brutstätte für den Embryo: Man nahm an, daß im männlichen Samen schon ein fertiger Mensch enthalten sei, der bei der Zeugung in die Frau gegossen und bis zur Geburt in ihr beherbergt würde, ohne dabei irgendwelche Eigenschaften der Frau zu erhalten.

Die Seele des ungeborenen Kindes war für die Kirche viel wichtiger als das Leben der (schon getauften!) Mutter und die Taufe entscheidender bei der Geburt als alle medizinischen Handlungen. Wenn die Geburt schwierig war und die Gefahr bestand, daß das Kind tot zur Welt kommen konnte, sollte die Taufe wenn möglich noch im Mutterleib stattfinden. Dazu wurden spezielle Taufspritzen entwickelt, die mit Weihwasser gefüllt, unsteril und oft rostig bis in die Gebärmutter eingeführt wurden, um das Kind zu bespritzen.

Es waren zwar immer noch Frauen, die Hebammen, die die Geburtshilfe leisteten - denn kein Mann hätte es wagen können, in dieser Epoche der totalen Sexualunterdrückung den Unterleib einer Frau anzusehen oder gar zu berühren - aber sie waren aufgrund ihrer Fähigkeiten und ihres Wissens in einer lebensgefährlichen Situation.

Das Mittelalter war eine der schrecklichsten Epochen in der Geschichte der Frauen. Tausende von den Millionen Frauen, die zur Zeit der grossen Hexenverfolgungen gefoltert und verbrannt wurden, waren Hebammen. Von ihnen wurde gesagt, daß sie "alle andern (Hexen) an Bosheit übertreffen". (Hexenhammer, Teil 1)

Die Hebammen waren ununterbrochen der Gefahr ausgesetzt, der Ketzerei angeklagt zu werden, wenn sie die Taufrituale weniger wichtig fanden als die Geburtshilfe. Sie bewegten sich aufgrund ihrer Fähigkeit, heilen zu können, stets am Rande des Magischen, in nächster Nähe des Satans.

Ihnen wurde vorgeworfen, fähig zu sein, den Geschlechtsakt zu verhindern, Frühgeburten einzuleiten, die Schmerzen bei den Geburtswehen zu lindern, (Unter Schmerzen soll das Weib gebären als Strafe für den Sündenfall!) und die neugeborenen Kinder dem Satan zu opfern. Diese Vorwürfe gipfelten in der Feststellung: "Niemand schadet dem katholischen Glauben mehr als die Hebammen."  
(Hexenhammer, Teil 1)

Die katholische Kirche blockierte die Entwicklung der Medizin im allgemeinen. Sie wollte die Bevölkerung abhängig halten vom Schicksal des göttlichen Willens und damit ihre eigene Macht stützen. Für die Wissenschafts- und Aufklärungsfeindlichkeit der Kirche war die empirische Medizin der Frauen eine enorme Gefahr, ein Angriff gegen die blinde Unterordnung unter kirchliche Glaubenssätze.

Medizinische Schriften, die von früher überliefert waren, blieben in Klosterbibliotheken eingeschlossen. Der Adel hatte seine Hofmediziner, die oft Priester waren. Eine medizinische Versorgung des Volkes war so gut wie unbekannt. Die Kranken hatten nur die Möglichkeit, sonntags zur Messe zu gehen, Gebete und den Trost auf ein Leben nach dem Tode zu empfangen.

Ausser den Hebammen gab es einfache, heilkundige Frauen (die zum Teil auch als Hexen verfolgt wurden), die ansatzweise die medizinische Versorgung der armen Bevölkerung praktizierten. Sie waren in der westlichen Geschichte die Medizinerinnen ohne Rang und Titel, ohne Bücher und Vorlesungen.

Im 13. Jahrhundert begann sich die (männliche) Buchmedizin zu etablieren. Sie war in ihren Anfängen weit entfernt von empirischen Untersuchungen.

Paracelsus, der als Vater der modernen Medizin bezeichnet wird, weil er die Medizin wieder zur Empirie zurückgeführt hat, verbrannte 1527 sein Buch über Arzneimittel und bekannte, daß er all sein Wissen von Hexen gelernt hatte.

Es ist anzunehmen, daß Frauen maßgeblich beteiligt waren an den beginnenden revolutionären Bewegungen jener Zeit (ketzerische Sekten-Bewegungen), daß sie auch aktiv die Bauernaufstände mitorganisierten. Die heilkundigen Frauen waren durch ihre Tätigkeit eng verknüpft mit diesen Kämpfen.

Die Herrschaft der männlichen Medizin entstand nicht primär durch einen Fortschritt in der wissenschaftlichen Entwicklung oder durch ein Versagen der Frauen als Medizinerinnen, sondern aufgrund der Tatsache, daß sie der Kirche und der herrschenden Klasse so gut diene und dadurch die nötige Unterstützung bekam.

Da die Buchmedizin an ein Universitätsstudium gebunden war, konnte man die Frauen leicht aus dem medizinischen Bereich verbannen, indem man einfach die Universitäten für sie verbot. Die Kirche erklärte jegliche Heilkunde, die nicht an der Universität erworben worden war für Ketzerei: "Wenn eine Frau es wagt zu heilen, ohne studiert zu haben, ist sie eine Hexe und muß sterben." (Hexenhammer, Teil 1)

Man ging nicht nur gegen die gebildeten Frauen vor, indem man sie von den Universitäten fernhielt, sondern im Zuge der grossen Hexenverfolgungen im 15. Jahrhundert auch gegen die einfachen, heilkundigen Frauen.

Dazu wurde das unheilvollste Männerbündnis aller Zei-

ten geschlossen: Auf der Basis von Frauen-, Sexual- und Empiriefeindlichkeit schlossen sich die Kirche, die Gerichtsbarkeit und die frisch etablierte männliche Medizin zusammen.

Bei den Hexenprozessen wurde der männliche Arzt auf der selben Stufe eingereiht wie der Priester und der Richter, an der Seite von Gott und Gesetz, während die der Hexerei angeklagte Frau auf der Seite des Magischen und Teuflischen stand.

Die Geburtshilfe blieb - als einziges Gebiet der Medizin - den Männern noch bis ins 17. Jahrhundert hinein verschlossen - dank der nach wie vor anhaltenden Sexualfeindlichkeit und Frauenverachtung der Kirche. (1521 hatte Dr. Veit aus Hamburg versucht, in Frauenkleidern eine Entbindung zu machen - er wurde ebenfalls verbrannt.)

Die Hebammen wurden also einerseits verfolgt, andererseits konnten nur sie die Geburtshilfe betreiben, ja, sie wurden sogar - so makaber das ist - von der Kirche, die die Kontrolle haben wollte über die neugeborenen Seelen, dazu ermächtigt, die Taufe auszuüben!



Zwei Hebammen haben an der Gebärenden den Kaiserschnitt ausgeführt. Ein Arzt hatte damals, als dieser Holzschnitt entstand (1480), noch keinen Zutritt zum Gebärbett.

Trotz Frauenverachtung und der Unmöglichkeit für Frauen, eine höhere Bildung zu bekommen, gab es zu dieser Zeit einige aussergewöhnliche Frauen, die Lehrbücher schrieben und zum Teil zu Hofhebammen aufstiegen. Diese Meisterinnen der Hebammenkunst, die fähig waren, einen Kaiserschnitt auszuführen (und die Mutter am Leben zu erhalten!) lernten noch mehr durch die aufkommende Erforschung der Anatomie. Sie nahmen teilweise am Sezieren von Leichen teil. Eine von ihnen, Marie Louise Bourgeois, lebte von 1565 bis 1636. Sie war 1601 die Hebamme von Maria von Medici und gab 1609 ein dreibändiges Lehrbuch heraus, das 1618 als "Hebammenlehrbuch" ins Deutsche übersetzt wurde.

Die berühmteste deutsche Hebamme war Justine Siegemund, die in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts lebte. Sie erfand eine neue Drehwendung während der Geburt, um Kinder in komplizierten Fehllagen gefahrloser entbinden zu können. Sie wurde zur "Chur-Brandenburgischen Hofwehenmutter" am Hof des Grossen Kurfürsten ernannt und schrieb mit 50 Jahren ihr erstes Lehrbuch, in dem sie auch von gynäkologischen Operationen berichtet, zum Beispiel von der Entfernung einer Geschwulst in der Gebärmutter.

Aber diese einzelnen grossen Frauen konnten den Schaden, den die Hexenverfolgungen angerichtet hatten, nicht wieder gutmachen: Es hatte nicht nur der Versuch einer gründlichen Geschlechtsausrottung stattgefunden, sondern die Heilkunde der Frauen war für immer als Aberglaube, Kurpfuscherei und Altweibermärchen gebrandmarkt. Das machte es den männlichen Ärzten schliesslich möglich, den entscheidenden Vorstoß in die Gebärstuben zu unternehmen.

Es waren Badeärzte und Chirurgen, die als die ersten männlichen Hebammen versuchten, Geburtshilfe zu leisten. Dieses Unternehmen wurde durch eine technische Neuerung entscheidend gestützt und vorangetrieben: Durch die Erfindung der Geburtszange. Diese gab es schon seit 1598. Sie wurde aber während zwei Jahrhunderten

von einer englischen Chirurgenfamilie nur für den eigenen Gewinn benutzt und geheimgehalten. Sie wurde erst 1723 öffentlich bekannt, als sie zum zweiten Mal "erfunden" wurde. Da die Geburtszange als chirurgisches Instrument galt und die Frauen von der Chirurgie ausgeschlossen waren, konnten die männlichen Ärzte die Hebammen erfolgreich vom Wochenbett verbannen - denn jetzt waren diese technisch rückständig.

Aber für die Gebärenden war die neue männliche Geburtshilfe, verglichen mit dem Können der Hebammen barbarisch und bedeutete eine totale Verschlechterung. Die Geburtshilfe verwandelte sich - von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen - in einen Konkurrenzkampf um Kunstfertigkeit, Geld und Ruhm. Erbittert wehrten sich die Hebammen dagegen, daß die Geburtshelfer so leichtfertig mit Zangen, Haken und Messern die Kinder im Mutterleib traktierten. Die Zangengeburt wurde Mode und in vielen Fällen angewandt, um die eigene Schnelligkeit und Geschicklichkeit zu beweisen, auch wenn eine natürliche Geburt möglich gewesen wäre. Es ging also eindeutig darum, die Macht am Wochenbett zu übernehmen und nicht darum, für die Frauen bessere Entbindungsmöglichkeiten zu schaffen.

Die männliche Geburtshilfe war in ihren Anfängen ein wahrhaft finsternes Unterfangen: Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts (!) "behandelten" die Ärzte die Frauen blind tastend unter der Bettdecke, deren Ende sie sich wie eine Serviette um den Hals banden, in dunklen Zimmern, oft mit verbundenen Augen. Noch war die Macht der Kirche so groß, daß die Ärzte es nicht wagen konnten, eine Frau nackt zu untersuchen.

Die Vertreibung der Hebammen hatte für alle Frauen weittragende Folgen:

Es wurde nicht nur die Entbindung gefährlicher und mühevoller (unter der Regie der männlichen Ärzte wurde auch die aufrechte Gebärstellung abgeschafft und die - für den Arzt bequeme - Rückenlage eingeführt, die den

Geburtsablauf wesentlich erschwert), sondern den Frauen wurde generell ihr Wissen entrissen und dessen Weiterentwicklung verhindert. Alles was mit der Kontrolle unserer Fruchtbarkeit und der Gebärfähigkeit zusammenhängt, wurde endgültig fremdbestimmt.



Tantra-Darstellung der Geburt

Die Anfänge der männlichen Geburtshilfe legten den Grundstein für den Konservatismus der Gynäkologen: Von der Kirche und den Hebammen angegriffen, war das oberste Gebot der Neulinge, keinen moralischen Anstoß zu erregen. Daß Frauen einen medizinischen Bereich beherrschten, war für die Kirche (die ja über genügend Kontrollmöglichkeiten verfügt) noch das kleinere Übel, als daß Männer etwas mit dem Körper der Frauen zu tun haben sollten, denn das erschütterte die Grundfesten der sexuellen Tabus.

Die Geburtshelfer konnten sich ihre Anerkennung von Kirche und Staat nur mit dem Beweis der absoluten Loyalität erkämpfen und mit der Zusicherung, neues Leben zu schützen, im Gegensatz zu den Hexen-Hebammen, denen vorgeworfen wurde, es zu verhindern.

Die Geheimnisse der weiblichen Anatomie und des Geburtsvorganges sowie alle Neuerungen auf diesem Gebiet wurden zuerst an den Ärmsten der Frauen ausprobiert, die durch ihre materielle Notlage bereit waren, für Geld alle Untersuchungen mit sich machen zu lassen. Personen,



die Neuerungen zum Wohle der Frauen erfanden, wurden nach wie vor von der Kirche und den Ärzten - also ihrem eigenen Stand - zu gesellschaftlichen Aussenseitern verdammt.

Das zeigt sich am deutlichsten am Problem der Geburtenkontrolle.

Francis Plane, ein englischer Sozialist und Gewerkschafter begründete 1823 die moderne Geburtenkontrolle. Er verteilte Flugblätter, auf denen stand, daß das Liebesleben nicht ständig durch Schwangerschaftsangst geschädigt werden sollte, und daß Familien nicht mehr Kinder bekommen sollten, als sie ernähren konnten. Er empfahl den Frauen, einen Scheidenschwamm oder ein Scheidentuch zu tragen. Nicht nur die Kirche und der Staat verdamnten vom ersten Tage an die "Flugblätter des Teufels", sondern auch die sozialistischen Arbeiterführer. Sie sahen in F. Plane einen Klassenfeind, der zur Verminderung der Arbeiterklasse beitrug! Die Arbeiterfrauen waren anderer Meinung.

Der Ärztestand stellte sich empört gegen jede Idee der Empfängnisverhütung: Jeder Geschlechtsakt, der nicht der Zeugung von Kindern diene, würdige die Frau zur Prostituierten herab. Hinter diesen ethisch-moralischen Begründungen steckt mehr als Sexual- und Lustfeindlichkeit. An ihnen wird die Fremdbestimmtheit, die Bestimmungen ausserhalb unserer Kontrolle über unsere Gebärfähigkeit vollends klar. Es sind Bestimmungen (- die zu verschiedenen Zeiten graduelle Unterschiede zeigen können -), die weit über das Medizinische hinausgehen und unser Leben festlegen: Unsere ökonomische und berufliche Situation, das Verhältnis zu unserem Körper und zu unserer Sexualität.

1882 veröffentlichte Dr. Wilhelm Mensinga, der Erfinder des Scheidenpessars, als erster deutscher Arzt eine Schrift über Empfängnisverhütung. Er wurde deswegen und vor allem wegen seiner Erfindung bis an sein Lebensende geächtet und sogar aus den ärztlichen Gesellschaften ausgeschlossen. Ebenfalls 1882 eröff-

nete Aletta Jacobs, die erste holländische Ärztin, mit 28 Jahren in Amsterdam eine Klinik für Geburtenkontrolle. Sie ließ Mensinga-Pessare herstellen und setzte sie in ihrer Klinik den Frauen ein.

1915 kam die Amerikanerin Margaret Sanger (1879 bis 1966) nach Holland, um sich mit der Arbeit von Aletta Jacobs und dem Mensinga-Pessar auseinanderzusetzen. Margaret Sanger hatte als Krankenschwester in dem Slums von New York soviel Elend unter den Frauen gesehen, daß sie beschloß, für Geburtenkontrolle zu kämpfen. Aufgrund ihrer Schriften zu diesem Thema wurde sie verfolgt und mußte nach Kanada und England flüchten. In London hörte sie von der holländischen Klinik und eröffnete 1916, wieder zurück in New York, ebenfalls eine Klinik für Geburtenkontrolle, zusammen mit ihrer Schwester. Schon eine Woche später wurden sie verhaftet.



Margaret Sanger

Die Frauenbewegung hat von Anfang an für Empfängnisverhütung gekämpft und zwar im Sinne der Selbstbestimmung für die Frau.

Noch vor 50 Jahren wurden Frauen dafür ins Gefängnis geworfen, leistete die Ärzteschaft noch massiven Widerstand.

Inzwischen haben - ausserhalb unserer Kontrolle - ganz andere Personengruppen ein enormes Interesse an unserem Unterleib entwickelt. Wir sind heute zwar wieder an dem Punkt angelangt, an dem Methoden der Geburtenkontrolle allgemein bekannt und den meisten Frauen zugänglich sind, aber:

Welche Methoden, für welche Frauen zu welchem Zeitpunkt, zu welchen Kosten angewandt werden, bestimmen nicht wir, sondern die Bevölkerungspolitiker, die Kirchen und die Gynäkologen.

"Da eine überschüssige Fruchtbarkeit weitgehend vom Anteil der Frauen abhängt, wäre ein rapider Übergang zu einer weiblichen Minderheit der schnellste Weg, um das Bevölkerungswachstum zu reduzieren." (Prof. John Postgate, Sussex University, 1973, in: Wacc London, Birth control, for whom? and why?)

Eine weitere verhängnisvolle Unterdrückungsmöglichkeit entstand im 19. Jahrhundert durch die Entdeckung, Benennung und Behandlung der Frauenkrankheiten.

Die Entwicklung der Frauenheilkunde begann ursprünglich mit der Behandlung von Dammrissen und Fisteln, von Blasen- und Darmstörungen, die als Folgen der Entbindungen entstanden waren. Hebammen hatten es bereits verstanden, Dammrisse mit Seidenfäden zu nähen - von sterilen Bedingungen konnten sie genau so wenig wissen, wie die Ärzte nach ihnen.

Diese aber gingen auf dieselbe barbarische Art und Weise vor, wie auch bei der Geburtshilfe: was an Fürchter-

lichem unternommen wurde, um mit den Dammrissen und Fisteln fertig zu werden, läßt sich nur mit Folterung vergleichen. Es wurde geätzt, ausgebrannt, zugeklammert, Holzpflocke eingerammt oder kurzerhand die Scheide zugenäht.

Mitte des 19. Jahrhunderts gelang es dem amerikanischen Arzt Dr. Sims, der auch als erster Arzt der modernen Geschichte das Speculum wieder "erfand", endlich erfolgreiche Fisteln zu operieren. Er war auf die Idee gekommen, diese mit feinem Silberdraht zu vernähen, der eine natürliche aseptische Wirkung besaß. Seine Patientinnen starben deshalb nicht, wie alle andern, an Wundfieber. Um dieses Resultat zu erzielen, hat Sims erfolglos vier Jahre lang an denselben drei schwarzen Sklavinnen operiert. Die Narkose war damals noch unbekannt. Diese drei Frauen haben vier Jahre lang unvorstellbare Schmerzen ausgehalten, damit sie wieder für ihren Herrn arbeiten konnten und Sims durch sie weltberühmt wurde.

Die weibliche Biologie und Sexualität blieb mysteriös und furchteinflößend für die Ärzte. Die Kenntnisse darüber waren katastrophal. Es gab Phasen in der Geschichte der männlichen Frauenheilkunde - besonders in Amerika -, in denen alle Beschwerden von Frauen - hauptsächlich der Frauen aus der Oberschicht, mit den Arbeiterfrauen wurde anders verfahren - auf eine Fehlfunktion der Eierstöcke oder der Gebärmutter zurückgeführt wurde. Entsprechend zu den unsinnigen Diagnosen wurde unnötig und gedankenlos operiert. Die Entfernung der Eierstöcke nahm zeitweilig epidemieartige Formen an, sie wurden unter Kollegen wie Trophäen herumgereicht. Auf "abnorme" sexuelle Äusserungen von Frauen reagierten die Gynäkologen vor Schreck mit der Entfernung der Klitoris. Dieser barbarische Eingriff kommt nicht nur im Orient vor, sondern war im 19. Jahrhundert - bis ins 20. Jahrhundert hinein - in Europa und Amerika weit verbreitet. Die letzte amerikanische Klitorisentfernung, die bekannt ist, wurde vor 25 Jahren an einem fünfjährigen Mädchen durchgeführt - wegen Onanie.

Diese Verstümmelungspraktiken setzen sich bis zum heutigen Tage gradlinig fort. Im Deutschen Ärzteblatt vom 2.5.1974 wird in einer Tabelle über die verfügbaren Verhütungsmethoden unter "Maßnahmen zur dauernden Unfruchtbarmachung der Frau" u.a. die Entfernung der Gebärmutter aufgeführt und zwar als sicherste Methode, die gleichzeitig der Krebsverhütung dient! So wird versucht diesen unglaublichen Zynismus sogar noch mit Gesundheitsvorsorge zu vertuschen; anstatt darüber aufzuklären, wie wichtig die Entfernung der männlichen Vorhaut zur Verhütung von Gebärmutterhalskrebs ist. Die Beschneidung der männlichen Neugeborenen ist in der BRD und Westberlin so gut wie unbekannt. Lieber wird einer Frau die Gebärmutter entfernt.

Seit dem Scheiterhaufen des Mittelalters gab es viele andere Möglichkeiten, Frauen lahmzulegen, auszuschalten, krank zu machen und schwach zu halten. (Die Psychiatrie erfüllt diesbezüglich heute eine wichtige Funktion.) Die Gynäkologen sind zu Wächtern über unser ganzes Leben geworden.

Wir werden als Kranke behandelt, ob wir menstruieren, abtreiben, schwanger sind, gebären, ins Klimakterium kommen, oder es wagen homosexuell zu sein.

Mit der ersten Menstruation fängt unsere Schmerzgewöhnung an, Schwangerschaft und Entbindung sind zu so komplizierten und gefährlichen Ansnahmezuständen gemacht worden, daß sie die Überwachung durch einen männlichen Arzt erfordern. Das Klimakterium schließlich ist eine endlose Krankheit, für die aber die Pharmaindustrie schon genügend Abhilfen und "Behandlungsmöglichkeiten" geschaffen hat.

Deshalb ist es lebenswichtig für uns, die Gynäkologie wieder in unsere Hände zu nehmen.

Frauen haben angefangen, sich Wissen und Fähigkeiten anzueignen, die sonst den Gynäkologen vorbehalten sind.

In Amerika wurde eine Methode zur Selbstuntersuchung des Muttermundes und der Scheide entwickelt und ein feministisches Forschungsprogramm über die menstruelle Extraktion gegründet.

Am 7. April 1971 setzte Carol Downer vom Frauenzentrum in Los Angeles ihre Idee, sich selbst zu untersuchen in die Tat um. Sie führte ein Plastikspekulum in die Scheide ein und betrachtete mit Hilfe einer Taschenlampe und eines Spiegels ihren Muttermund.

Mit drei anderen Frauen arbeitete sie an ihrer Entdeckung weiter. Eine von ihnen, Lorraine Rothmann, entwickelte eine Technik, um den Menstruationszyklus zu kontrollieren: Sie erfand ein Gerät, um das Menstruationsblut abzusaugen (menstruelle Extraktion) und patentierte es unter der Bezeichnung del'em. Sie fand es wichtig, daß ihre Idee als die Erfindung einer Frau in die Geschichte einging. Für das Patent mußte sie 3.000 Dollars bezahlen.

Noch ist es aber so, daß unsere Ideen sofort von der etablierten männlichen Medizin für ihre Zwecke verwertet werden.

Das zeigt sich u.a. am Beispiel von Karman, dem Erfinder der speziellen Plastikkanüle, die für Abtreibungen mit der Absaugmethode verwendet werden kann.

Karmans Erfindung ist gut, aber er hat damit ungeheuren Mißbrauch getrieben. Er führt, in enger Zusammenarbeit mit dem Population Council New York und der IPPF (International Planned Parenthood Federation) auf der ganzen Welt seine Versuche an Frauen durch. Von der IPPF wurde er 1972 nach Bangla Desh geschickt, um dort an den vergewaltigten Frauen späte Abtreibungen vorzunehmen. Trotz schwerer Zwischenfälle (amerikanisches Journal of obst. and gyn., 1963, 3, S. 305) konnte er seine Aktivitäten ungehindert fortsetzen. Auf der Rückreise von Bangla Desh machte er in Grenoble, Frank-

reich, halt. Dort präsentierte er sich als der Erfinder der nicht-traumatisierenden Abtreibungsmethode ("Vier Minuten voller Sanftheit") und als Retter der Frauen. Dieses Image wurde uns durch eine gut organisierte Pressekampagne vermittelt, der wir zum Opfer fielen.

Die Absaugmethode der Frauen (del'em) zur menstruellen Extraktion wird inzwischen als frühe Abtreibungsmethode ("menstruelle Aspiration") von bevölkerungspolitischen Institutionen für deren Zwecke verwendet. Die Forschungsprogramme laufen (unter Mitarbeit von Karman) in zwei- und zwanzig Ländern bereits auf vollen Touren. (siehe dazu Population Report, Series F, Nr. 2, April 1973, "Pregnancy Termination", erhältlich über Dänemark, siehe auch Anhang)

Die Frauen vom Gesundheitszentrum in Los Angeles haben umfangreiches Beweismaterial gegen Karman gesammelt und bereiten einen Prozess gegen ihn vor. Weitere Informationen kann man von ihnen bekommen:

Feminist women's health center  
Carol Downer  
746 Crenshaw Boulevard  
Los Angeles, California 90 005.

#### Literatur:

- Thorwald, J. Die Frauenärzte, Stern Nr. 45/72 bis 6/73
- Gesenius, Empfängnisverhütung, Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1970
- Reed, E. The Myth of Women's Inferiority, 1954, New England Free Press, 791 Tremontstr., Boston/Mass.

Ehrenreich, B. / Witches, Midwives and Nurses - a history of women healers, Glass Mountain Pamphlet, No. 1, 1973, The Feminist Press, New York

Ehrenreich, B. / Complaints and Disorders - the Sexual Politics of Sickness, Glass Mountain, Pamphlet No. 2, The Feminist Press 1973

(Diese beiden Broschüren sind über das Frauenzentrum London zu beziehen, siehe auch Anhang)

Gubalke, W. Die Hebamme im Wandel der Zeiten, Elwin Staude, Hannover, 1964

J. Sprenger/H. Institoris, malleus maleficarum, 1487  
deutsch: Der Hexenhammer, übersetzt von J.W.R. Schmidt, 1920, 2. Auflage, Berlin

C. Müller, Hexenaberglaube und Hexenprozesse in Deutschland, 1893, Reclam, Leipzig

Sheila Rowbotham, Women, Resistance and Revolution, a history of women and revolution in the modern world, 1972, Penguin

The Second Wave, Vol. 2, No. 3

Grosse Frauen der Weltgeschichte,  
Verlag Sebastian Lux, Murnau vor München

In Berlin haben sich seit Februar 1974 im Frauenzentrum verschiedene Selbstuntersuchungsgruppen gebildet. Ein ausführliches Informationspapier für Frauengruppen und Frauenzentren über Selbstuntersuchung und menstruelle Extraktion ist geplant.

### Selbstuntersuchung

#### und die Untersuchung beim Gynäkologen

Mit der Selbstuntersuchungsmethode können wir den Gebärmuttermund (Portio), die Muttermundsöffnung, die Schleimabsonderung des Gebärmutterhalses (Zervix), die Scheidenschleimhaut und deren Sekret betrachten.

Wir benötigen dazu ein selbsthaltendes Plastikspekulum, einen Spiegel (möglichst auch einen Vergrößerungsspiegel) und eine Taschenlampe.

#### Warum ist es so wichtig für uns, unseren Muttermund zu betrachten?

Normalerweise haben nur zwei Personen Zugang zu unserem Körper: der Mann und der Gynäkologe.

Für uns war der Zugang bis jetzt tabuisiert. Seitdem wir aber sehen können, was sonst nur der Gynäkologe sieht, ist uns klar geworden, wie wichtig die Selbstuntersuchung für unsere medizinische Versorgung und für unsere Selbstbestimmung ist. Wir müssen erst mühsam lernen, unsere Sexualorgane in Bezug auf uns selber ernst zu nehmen - anstatt nur in Bezug auf die Männer.

Viele von uns, die die Selbstuntersuchung machen, hatten Schwierigkeiten, diese inneren Widerstände zu überwinden. - Wir brauchten Zeit, bis wir genügend Mut hatten, ein Gerät in die Scheide einzuführen, um uns selber anzuschauen. Man traut sich anfangs auch kaum hinzugucken, wenn auf einem Informationsabend die Selbstuntersuchung gezeigt wird. Es ist peinlich und seltsam, in eine andere Frau hineinzusehen. Für Frauen, die noch nie eine Selbstuntersuchung gemacht haben, ist



es sicher angenehmer und günstiger, wenn sie es zum ersten Mal in einer kleinen Gruppe sehen, in der gleich alle mitmachen können. Die selben Probleme treten auf, wenn es darum geht, sich regelmäßig zu untersuchen. Wir machen täglich tausend aufwendige Dinge, die wir alle für viel wichtiger halten, weil wir dafür auch gesellschaftliche Anerkennung bekommen - zum Beispiel Schminken. Aber niemand hat uns beigebracht, genauso selbstverständlich Zeit und Energie aufzuwenden für etwas, was unserer Gesundheit und unserer Selbstbestimmung dient. Wir wollen uns die Kontrolle über unser Leben wieder erkämpfen, und Selbstuntersuchung ist ein Bestandteil davon.

### Was wollen wir bei der Selbstuntersuchung feststellen?

Viele von uns haben immer Ausfluß und wissen nicht genau, woher er kommt. Von der Pille? Oder sind es Trichomonaden oder Pilze? Was ist normaler Ausfluß? Was sieht der Arzt bei seiner mysteriösen Untersuchung?

Mit der Selbstuntersuchung lernen wir herauszufinden, was für uns individuell normal ist. Vielleicht erschrecken wir, wenn wir bei der ersten Selbstuntersuchung sehen, daß wir Ausfluß haben, oder eine entzündete Stelle usw. Aber wir brauchen das, was wir feststellen nicht mehr allein mit uns abzumachen, sondern können alles mit den anderen Frauen in der Gruppe vergleichen und besprechen. Vielleicht haben die anderen Frauen ganz ähnliche Entdeckungen gemacht. Durch Vergleiche lernen wir, daß individuelle Unterschiede bestehen und unsere Vagina und unser Muttermund genausowenig einheitlich aussehen, wie beispielsweise unsere Gesichter.

### Schleimabsonderung aus dem Gebärmutterhals (Zervix)

Wir können beobachten, wie sich der Zervixschleim innerhalb des Menstruationszyklus verändert. Vielleicht gelingt es uns auf diese Weise, genau festzustellen, wann

unser Eisprung stattfindet.

Die Schleimabsonderung findet bei jeder Frau nach einer bestimmten Gesetzmäßigkeit statt. Im Allgemeinen sieht das so aus: Direkt nach der Menstruation ist kaum Zervixschleim vorhanden. Wenn die Absonderung beginnt, steigt die Menge innerhalb von ein bis zwei Tagen schnell an, so daß der Schleim auch ausserhalb der Scheide sichtbar wird. Wenn der Schleim sehr flüssig wird (in der Substanz ähnlich wie rohes Eiweiß), und stark zunimmt, befinden wir uns kurz vor dem Eisprung. Danach wird er meist etwas gelblich, zäh und klebrig. Es kann sein, daß er sich langsam verringert und kurz vor der Menstruation ganz aufhört.

Nach einiger Zeit der Selbstuntersuchung wissen wir, wie unser persönlicher Zyklusablauf ist und können beurteilen, welche Schleimabsonderung für uns normal ist, das heißt, welche Menge, welche Farbe, welcher Geruch. Danach können wir entscheiden, wann wir zum Arzt gehen müssen, um Abstriche machen zu lassen.

Die Farbe des Muttermundes ist bei jeder Frau individuell verschieden. Wenn wir uns regelmässig untersuchen, können wir kleinste Veränderungen sofort feststellen, denn nur wir wissen, wie unser Muttermund normalerweise aussieht.

Im Falle einer Schwangerschaft verändert sich die Farbe innerhalb von wenigen Tagen. Im Lehrbuch wird das als unsicheres Schwangerschaftszeichen beschrieben. Das kann aber daran liegen, daß der Gynäkologe, der uns ein bis zwei Mal im Jahr sieht, nicht in der Lage ist, die Farbe des Muttermundes so genau beurteilen zu können wie wir.

In Amerika gibt es Möglichkeiten, daß Frauen, wenn sie den Verdacht haben, schwanger zu sein, bis zur sechsten Woche eine Absaugung vornehmen lassen können, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die üblichen Schwangerschaftstests noch nicht verwertbar sind.

Diese Absaugung wird nach dem Prinzip der menstruellen Extraktion von Ärzten/innen gemacht und ist von ihnen "menstruelle Aspiration" genannt worden. Die Absaugung

wird nur in dem Zeitraum durchgeführt, in dem der Schwangerschaftstest noch negativ und noch keine Vergrößerung der Gebärmutter zu tasten ist. Sie wird ambulant und mit lokaler Betäubung gemacht.

In der BRD und West-Berlin gibt es diese Möglichkeit nicht, weder in Kliniken, noch in den Frauenzentren.

### Menstruation.

Man hat uns so oft zu verstehen gegeben, daß die Menstruation schmutzig und abstossend sei, bis wir es selbst geglaubt haben. Es war uns peinlich, wenn wir uns ausgerechnet in diesen Tagen vom Gynäkologen untersuchen lassen mußten. Wir dachten, daß das ja schrecklich aussehen müßte und eigentlich dem Gynäkologen nicht zumutbar wäre. Erst durch die Selbstuntersuchung konnten wir endlich unser monatliches Unreinsein entmystifizieren. Mit Erstaunen stellten wir alle fest, daß der Muttermund während der Menstruation schön aussieht. Diese Entdeckung war sehr positiv und selbstbestätigend für uns.

Es ist uns auch nicht mehr einsichtig, wenn manche Gynäkologen das Gesicht verziehen, wenn sie uns in dieser Zeit untersuchen. Jetzt ist es uns besser möglich, uns dagegen zur Wehr zu setzen.

Jede Frau weiß, wie entwürdigend die gynäkologische Untersuchung normalerweise abläuft. Die Frau muß nackt in der Kabine warten, nackt dem Arzt 'Guten Tag' sagen, nackt auf seine Fragen antworten und schließlich nackt auf den Gynäkologenstuhl steigen, wo sie mit nach oben gespreizten Beinen und nach hinten herunterhängendem Kopf liegt. Eine Stellung, in der sie nichts sehen soll, nichts reden kann und auch nicht darf und dem Gynäkologen ausgeliefert ist.

In dieser Situation, in die wir uns gezwungenermaßen begeben, bestehen wir plötzlich nur noch aus dem Teil unseres Körpers, der sonst völlig tabu ist.

Es ist schwer, diese Situation zu durchbrechen, indem wir uns dem Gynäkologen gegenüber anders verhalten. Sobald wir in der Kabine sitzen und darauf warten, ins Sprechzimmer gerufen zu werden, kommen uns alle einschüchternden und entmutigenden Erfahrungen wieder in den Sinn, und wir verlieren den Mut, dieses Mal angezogen zu bleiben bis zur Untersuchung auf dem Stuhl, alles zu fragen, was wir nicht verstehen, und darauf zu bestehen, daß er die Fragen beantwortet.

Wir wissen genau, daß er die Macht hat, uns sofort als verrückt und hysterisch zu erklären, und das nicht nur als seine persönliche Meinung, sondern im Namen einer zweifelhaften Wissenschaft (siehe Kapitel 'Vom Anteil der Frauen an der Menschwerdung des Affen').

Ob eine einzelne Frau gegen diese Macht angehen kann, wenn sie einem ihrer Vertreter gegenübersteht, hängt von vielen Dingen ab: Ob sie in der Stadt wohnt und anonym lebt als auf dem Land, wo sie sofort ins Gerede kommt, vom Alter und davon, ob sie eine Freundin hat, mit der sie solche Dinge bereden und die sie sogar zum Arzt mitnehmen kann, ob sie schon jahrelang zum selben Arzt geht oder zu einem, der sie nicht kennt.

Es gibt einige wenige Frauen, die nehmen ihr eigenes Spekulum mit, und setzen es sich für die Untersuchung selber ein. (In dem Moment wird es überflüssig, die Beine hochzulegen. Man kann sie so aufstellen wie zu Hause auch bei der Selbstuntersuchung.) Es kostet schon genug Überwindung, dem Arzt zu sagen, daß man sich selbst untersucht und dies und jenes festgestellt hat.

Darauf reagieren die meisten Gynäkologen fassungslos, aggressiv oder mit Spott. Das kann alles noch viel stärker auftreten, wenn eine Frau sich für die Untersuchung das Spekulum selber einsetzt. Der Gynäkologe hat ja so viele Möglichkeiten, die Frau lächerlich zu machen oder sie abzukanzeln, wenn er sieht, daß sie ihm nicht nur auf die Finger schaut, sondern dazu noch eine medizinische Handlung vollzieht, das heißt, ihm ein Stückchen von seiner Allmächtigkeit wegnimmt.

In so einer Situation ist es auf jeden Fall hilfreich, wenn eine andere Frau dabei sein kann und einen unterstützt, wenn man den Mut verliert. Diese wenigen Minuten im Sprechzimmer durchzustehen und nicht umzufallen - ob man sich das Spekulum selber einsetzt oder nicht - bedeutet eine unglaubliche Anstrengung.

### Was muß der Gynäkologe bei einer gründlichen Untersuchung machen?

1. Die allgemeine Krankengeschichte aufnehmen

Der Arzt muß nach Erbkrankheiten, familiär gehäuft auftretenden Krankheiten, wie zum Beispiel Tbc, Krebs, Diabetes, Geisteskrankheiten fragen.

2. Die gynäkologische Geschichte aufschreiben

Diese Fragen sind sehr wichtig. Sie betreffen den Menstruationszyklus, Verhütungsmethoden, Schwangerschaften, Abtreibungen und Krankheiten.

Zur Menstruation: Kommt sie regelmäßig? Wie lange dauert sie? Ist die Blutung stark mittel oder leicht? Treten Krämpfe auf? Wann und wie stark? Hat sich der Ablauf der Menstruation in den letzten Jahren irgendwie verändert?

Zur Verhütung: Welche Methode wird angewandt? Seit wann? Sind Nebenwirkungen aufgetreten?

Bei Pilleneinnahme:

Der Arzt muß nach Krankheiten fragen, die das Einnehmen der Pille verbieten.

1. Bestehender Leberzellschaden, der z.B. nach einer Leberentzündung (Hepatitis) zurückgeblieben sein kann. Betrifft in hohem Maße Rauschgiftsüchtige.

Bei Verdacht auf Leberzellschaden muß ein Leberfunktionstest gemacht werden.

2. Akute Leberinfekte, d.h. bestehende Leberentzündungen.

3. Hormonabhängige bösartige Tumoren, d.h. Geschwülste, die in ihrem Wachstum durch Hormone beeinflusst werden.
4. Dubin-Johnson oder das Rotor-Syndrom. Das sind sehr selten vorkommende Störungen der Gallenausscheidung.
5. Auftreten von Migräne und Sehstörungen unter der Behandlung.
6. Schwangerschaft: Pilleneinnahme während der Schwangerschaft führt zu Veränderungen der Geschlechtsorgane des Kindes (Virilisierung, bzw. Feminisierung).
7. Gelbsucht, die während einer früheren Schwangerschaft aufgetreten ist.
8. Vorangegangene Thromboembolien in der Schwangerschaft, d.h. Verstopfung grösserer Blutgefäße durch ortsständig entstandene, oder mit dem Blutkreislauf verschleppte Blutgerinsel in der Schwangerschaft.
9. Sichelzellenanämie. Das ist eine angeborene Erkrankung des roten Blutfarbstoffes, verbunden mit einer Neigung zu Blutgerinseln. Kommt hauptsächlich bei schwarzen Menschen vor.

Der Arzt muß auf Krankheiten hinweisen, die bei Pilleneinnahme eine besondere Überwachung erfordern:

1. Thrombophlebitis in der Anamnese, d.h. Venenentzündungen in der Vorgeschichte;
2. stark ausgeprägte Varikosis, d.h. Krampfadern;
3. Epilepsie;
4. Otosklerose: erbliche, fortschreitende Mittelohrschwerhörigkeit, die mit ca. 20 Jahren merkbare Störungen verursacht.
5. Fibromyome des Uterus: Gutartige Gebärmuttergeschwülste;
6. Hypertonie (Bluthochdruck) mit Herzerkrankungen;
7. Diabetes;
8. Tetanie: Krampfanfälle, die durch niedriges Blutkalzium bedingt sind;

9. Porphyrie: angeborene oder erworbene Fehlbildungen des roten Blutfarbstoffes, die z.B. zu Leberschäden, Lähmungen und anderen Erscheinungen führen können.

Nach schwedischen Berichten können aufgrund von Krankheiten oder Unverträglichkeiten 10 bis 30 % der Frauen die Pille nicht nehmen.

Also ist die Anzahl der Frauen, die die Pille nicht vertragen genauso groß, wie bei den IUD's.

Er muß auf die Anzeichen hinweisen, bei denen die Pille sofort abgesetzt werden muß:

erstmaliges Auftreten von Migräne,  
gehäuftes Auftreten von ungewöhnlich heftigen Kopfschmerzen,  
Sehstörungen (z.B. Flimmern vor den Augen),  
Schmerzen, Schwellungen und Stauungen in den Beinen,  
stechende Schmerzen beim Atmen oder Husten unklarer Ursache,  
vier Wochen vor Operationen,  
nach Unfällen für die Dauer der Bettruhe,  
Schwangerschaft.

Der Arzt muß wissen, was sonst noch regelmäßig für Medikamente eingenommen werden.

Zu Schwangerschaft und Abtreibung:

Ist die Frau schon einmal schwanger gewesen? Wenn ja, wurde die Schwangerschaft ausgetragen, oder trat eine Fehlgeburt auf? Oder wurde eine Abtreibung gemacht? Wenn eine Abtreibung gemacht wurde und man darüber lieber nichts sagen möchte, hat man natürlich das Recht dazu. Wenn die Abtreibung aber z.B. mit Komplikationen verbunden war, ist es im eigenen Interesse besser, diese zu nennen.

Zu Krankheiten:

Ist irgendwann schon mal eine Geschlechtskrankheit durchgemacht worden? Wie ist sie behandelt worden? Sind Folgekrankheiten dadurch entstanden? (z.B. Verwachsungen) Wie ist es mit anderen Erkrankungen, z.B.

Eierstockentzündungen etc.?

2. Allgemein körperliche Untersuchung mit Blutdruckkontrolle und Untersuchung des Urins auf Zucker.  
Bei Pilleneinnahme unbedingt erforderlich!
3. Untersuchung mit dem Spekulum (siehe auch Selbstuntersuchung).  
Gynäkologen benutzen meist ein Metallspekulum, das aus zwei getrennten Teilen besteht und mit beiden Händen gehalten werden muß. Es gibt auch Metallspekula, die selbsthaltend sind.
4. Abstriche entnehmen
  - a) Aus der Scheide wird etwas Sekret entnommen, um Erreger festzustellen, die krankhaften Ausfluß verursachen, z.B. Trichomonaden, Hefepilze.
  - b) Aus dem Gebärmutterhals und der Harnröhre wird Sekret entnommen, für den Nachweis von Gonokokken, die Gonorrhoe (Tripper) verursachen. Jede Frau muß darauf achten, daß diese Abstriche auch kulturell untersucht werden, eine Untersuchung unter dem Mikroskop allein genügt nicht!  
Die Abstriche von a) und b) kann der Arzt sofort unter dem Mikroskop prüfen.
  - c) Zellabstrich (zytologischer Abstrich, Abstrich nach Papanicolau, kurz PAP genannt) zur Krebsvorsorge.  
Er sollte mindestens ab 25 Jahren einmal jährlich gemacht werden. Leider bestimmen bei uns die Vorsorgeuntersuchungen, daß Krebsabstriche erst bei Frauen ab 30 Jahren gemacht werden können. Bei jüngeren Frauen muß der Arzt eine spezielle Begründung haben, wenn er einen Krebsabstrich macht, sonst bekommt er die Untersuchung von der Kasse nicht vergütet. In manchen Städten gibt es noch Beratungsstellen für Geschwulstkranke. Dort kann man jederzeit einen Krebsabstrich machen lassen.

Für den Krebsabstrich wird von der Portio die oberste Zellschicht abgestrichen und Material

aus dem Gebärmutterhals entnommen. Dieses Material ist sehr wichtig, da ein hoher Prozentsatz von Zervixkrebs im Gebärmutterhalskanal beginnt. Das entnommene Material muß zur Untersuchung einem Labor eingesandt werden.

Unterleibskrebs ist heilbar, wenn er rechtzeitig erkannt wird.

Der Gebärmutterhalskrebs kommt bei der Frau von allen Unterleibskrebsarten am häufigsten vor. Mit der Abstrichmethode können 85 % aller Frühfälle entdeckt werden, mit der Kolposkopie 78 %. Bei gleichzeitiger Anwendung beider Methoden sind es 97,5 bis 99 %.

Die Früherkennung kann nur mit diesen beiden Methoden durchgeführt werden. Blutiger Ausfluß ist bereits das Anzeichen eines fortgeschrittenen Stadiums.

5. Kolposkopie = Betrachtung der Portio mit Lupenvergrößerung

Das Kolposkop ist eine Lupe, die 10- bis 40fach vergrößert. Nach unserer Erfahrung besitzen nur wenige Gynäkologen dieses Instrument, bzw. wenden es kaum an.

Erst das Kolposkop ermöglicht eine genaue Betrachtung der Portiooberfläche. Dadurch kann man feststellen, ob die Schleimhaut vom Normalen abweicht.

6. Die Tastuntersuchung

Sie wird mit beiden Händen durchgeführt. Der Arzt führt einen oder zwei Finger in die Scheide ein und legt die andere Hand auf den Unterbauch. So kann er mit beiden Händen die Grösse, Lage und Beweglichkeit der inneren Geschlechtsorgane beurteilen.

Scheide, Scheidengewölbe und Portio lassen sich mit dem Zeigefinger der inneren Hand betasten. Oft können so erst Gewebsverhärtungen festgestellt werden, die bei der Spekulumuntersuchung nicht aufgefallen sind.

Danach versucht der Arzt, den Uteruskörper zwischen

beide Hände zu bekommen.

Die äussere Hand drückt den Bauch weich ein, mit der inneren Hand hebt er den Uterus vom Scheidengewölbe her an und versucht ihn der äusseren Hand entgegenzubringen. Wenn sich der Uterus in Normalhaltung befindet, ist dies gut möglich.

Bei Normalhaltung ist der Uteruskörper nach vorne zur Blase geneigt. Man bezeichnet diese Haltung als Anteflexio (Ante= vor Flexio = Biegung)

Der Uterus kann aber auch nach hinten, zum Darm geneigt sein, was man Retroflexio nennt. Der Finger der inneren Hand tastet dann nur die Zervix.

Die Retroflexio kommt sehr häufig vor und ist nichts Krankhaftes.

Es muß nur festgestellt werden, ob der rückwärtsgelagerte Uterus beweglich oder mit dem Darm verwachsen ist.

· bewegliche Uterus läßt sich aufrichten und macht um Beschwerden.

er verwachsene Uterus (durch Entzündungen) k a n n Schmerzen verursachen: bei der Menstruation, beim Geschlechtsverkehr.

Ob er operiert werden muß oder nicht, hängt nur von den Beschwerden ab.

Dazu gehört unbedingt die Untersuchung vom After aus (rektale Untersuchung):

- a) Es ist oft schwierig, die Gebärmutter von der Scheide aus zu tasten, besonders, wenn sie nach hinten gekippt ist. Deshalb muß man sie auch vom After aus tasten.
- b) Die rektale Tastuntersuchung gehört zur Krebsvorsorgeuntersuchung! Sie muß gemacht werden, um Veränderungen des Enddarms (Rektum) zu tasten.

Zur Krebsvorsorgeuntersuchung werden zur Zeit folgende Untersuchungen gemacht:

1. Zellabstrich (PAP)

Kolposkopie (Diese Maßnahme ist nicht obligatorisch! Sie kann gemacht werden, wenn der Arzt sie für wichtig hält.)

2. rektale Untersuchung;

3. Brustuntersuchung: Abtasten der Brustdrüsen und der Lymphknoten in der Achselhöhle. Es wird den Frauen überall empfohlen, diese Untersuchung selber zu machen. (Wieso sollen wir uns zum Beispiel selber die Brust untersuchen, aber nicht den Muttermund?) Aber Brustkrebs kann durch die Tastuntersuchung erst bei einem Durchmesser von ca. 1 cm, d.h. in fortgeschrittenem Stadium festgestellt werden.

Es gibt heute drei technische Verfahren, mit denen der Brustkrebs bei einem Durchmesser von wenigen mm festgestellt - und vor allem behandelt werden kann. Diese Methoden gehören aber nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen:

- a) die Mammographie, d.h. die röntgenologische Untersuchung der Brust. Es gibt ganz wenige niedergelassene Ärzte, die eine Mammographie durchführen. In Diagnostikerzentren, soweit sie vorhanden sind, kann man sie auf eigene Bezahlung machen lassen.
- b) Die Thermographie: Dazu gibt es zwei Verfahren: Die Elektrothermographie und die Plattenthermographie. Grundsätzlich wird bei der Thermographie die Hautwärme im Bereich der Brustdrüsen und der Achselhöhlen registriert. Es werden Temperaturunterschiede erfaßt, die auf einer unterschiedlichen Gefäßwärme beruhen. Bestimmte Temperaturunterschiede können Aufschluß geben über kranke und gesunde Stellen in der Brust und über die Art der Krankheit (gutartige oder bösartige Geschwulst z.B.). Bei der Elektrothermographie wird die registrierte Wärmestrahlung in elektrische Signale umgewandelt, die wiederum auf einem Bildschirm in ein Schwarz-weiß-Bild übertragen werden, das ausgewer-

tet wird.

Bei der Plattenthermographie, die das neueste Verfahren auf diesem Gebiet ist, wird die registrierte Temperatur durch bestimmte Techniken in bestimmte Farben umgewandelt. Es entsteht ein farbiges Wärmebild, dessen Farbübergänge sehr deutlich zu sehen sind.

Welche der drei Methoden die beste ist (oder ob eventuell kombinierte Reihenuntersuchungen am erfolgreichsten wären), ist noch nicht abgeklärt. Es steht aber fest, daß die Tastuntersuchung allein völlig ungenügend ist, um Brustkrebs im Frühstadium festzustellen.

#### Wie macht man die Selbstuntersuchung?

Man braucht dazu ein Plasticspekulum, eine Taschenlampe, einen Handspiegel mit Griff, ein Bett oder einen Tisch. Jede Frau sollte ihr eigenes Spekulum haben und nur dieses benutzen, damit keine Infektionen übertragen werden. Nach jeder Untersuchung sollte es mit warmem Wasser und antibiotischer Seife gewaschen und an einem sauberen Ort aufbewahrt werden.

Es ist wichtig, daß man sich bequem hinlegt oder hinsetzt mit angewinkelten Beinen. Manche Frauen können das Spekulum besser einführen, wenn sie den Kopf hinlegen, damit die Bauchmuskeln ganz entspannt sind. Das Spekulum wird geschlossen eingeführt, entweder mit seitlich gedrehtem oder mit senkrecht stehendem Griff. Am besten schiebt man es im gleichen Winkel wie einen Tampon in die Scheide hinein.

Wenn es ganz drin ist, wird es so gedreht, daß der Griff nach oben zeigt, vorsichtig geöffnet, so weit, wie es angenehm ist und festgestellt. Darauf kann man mit der einen Hand den Spiegel halten und mit der Taschenlampe entweder in den Spiegel oder in die Scheide hineinleuchten. Manchmal ist der Muttermund nicht gleich sichtbar. Das kann daran liegen, daß man noch ungeübt ist oder

daß er tatsächlich im Moment ungünstig liegt. (Die Gebärmutter ist ein bewegliches Organ!) Oft geht es besser, wenn man das Spekulum wider ein Stück herauszieht und die Bauchmuskeln ein bißchen herunterdrückt.

Wenn man das Spekulum wieder herausnimmt, muß man daran denken, es zuerst geöffnet zu lassen, sonst drückt man den Muttermund zusammen!

#### Literatur:

Our Bodies - Our Selves, Simon & Schuster,  
1973

Circle One - Self Health Handbook,  
Colorado Springs Women's Health, 409 E.Fon-  
tanero, Colorado Springs, Colo. 80907,  
1973

The monthly Extract - An Irregular Periodi-  
cal, vol.1, Iss.1, 1972, New Moon Publica-  
tions, Inc., Box 3488 Ridgeway Station,  
Stamford Connecticut 06905

The Witch's os by Lolly Hirsch, 1972,  
New Moon Publications

The second Wave, vol.2, No.3, (Box 344,  
Cambridge A, Cambridge, MA 02139)

Spare Rib, No.21 (London W 1, 9 Newburgh  
Str.)

J.Scholmer, Patient und Profitmedizin, 1973, West-  
deutscher Verlag, Opladen, S.119/44

Deutsches Ärzteblatt, Nr. 7, 14.2.1974,  
S.445/54

# Anatomie

## Die äusseren weiblichen Geschlechtsorgane

Dazu gehören:

Schamberg, grosse und kleine Schamlippen, Kitzler, Scheidenvorhof, Jungfernhaut.

1. Der Schamberg (Mons pubis)  
besteht aus einem Fettpolster, das von der Pubertät an mit Schamhaaren bedeckt ist.
2. Der Kitzler (Klitoris)  
enthält Schwellkörpergewebe und viele Nerven und wird dadurch äusserst empfindlich.
3. Harnröhrenöffnung
4. Die grossen Schamlippen  
sind zwei behaarte, mit Fettgewebe unterpolsterte Hautfalten, die vorn im Schamberg zusammentreffen. Sie bedecken
5. die kleinen Schamlippen.  
Diese begrenzen den Scheidenvorhof und treffen sich vorn im Kitzler.
6. Das Jungfernhäutchen (Hymen)  
ist eine Schleimhautfalte, die den Scheideneingang verschließt. Meist ist eine kleine Öffnung vorhanden, durch die das Menstruationsblut abfließen kann. Beim ersten Geschlechtsverkehr reißt es ein, was oft mit einer Blutung verbunden ist.
7. Der Damm  
bezeichnet den Abschnitt zwischen After und äusseren Geschlechtsorganen.

Dazu gehören:

Die Scheide (Vagina), die Gebärmutter (Uterus), die Eierstöcke (Ovarien) und die Eileiter (Tuben).



Taura-Darstellung der Vülva

### 1. Die Scheide (Vagina)

Sie ist ein elastischer, muskulöser Schlauch von ca. 10 cm Länge.

Sie erweitert sich während der Monatsblutung, dem Geschlechtsverkehr und vor allem unter der Geburt. In der Tiefe formt sich die Scheide zum Scheiden-gewölbe, welches den Muttermund (Portio) umgibt. Dadurch entsteht ein vorderes und hinteres Scheidengewölbe. Im hinteren, tiefen Gewölbe wird der Samen des Mannes zunächst aufbewahrt.

In der Vorderwand der Scheide verläuft die Harnröhre. Sie endet im Bereich der äusseren Geschlechtsorgane 2 bis 3 cm hinter dem Kitzler.

Die Scheide stellt den Eingangskanal für den männlichen Samen dar und bei der Geburt den Ausgangskanal für das Kind.

### 2. Die Gebärmutter (Uterus)

Die Gebärmutter hat die Form einer auf den Kopf gestellten Birne.

Sie besteht aus einer äusseren Hülle, einer Muskelschicht und innen aus Schleimhaut, welche die Gebärmutterhöhle auskleidet.

Die Gebärmutterschleimhaut heisst Endometrium. Sie ändert während der Geschlechtsreife ständig ihren Aufbau:

a) Während des Menstruationszyklus (siehe Seite )  
und

b) während der Schwangerschaft.

Der Gebärmutterhals (Zervix) ragt in die Scheide hinein und trägt die äussere Öffnung der Gebärmutter, die Portio.

### 3. Die Eierstöcke (Ovarien)

Sie sind die weiblichen Keimdrüsen.

Die Eierstöcke sind mandelförmig und ca. 4 cm lang, 2 cm breit und 1 cm dick.

Sie sind mit Bändern zwischen Gebärmutter und Beckenwand befestigt und durch Fettpolster geschützt.

Bereits beim neugeborenen Mädchen sind ca. 400 000 Ei-Bläschen (Follikel) in den Eierstöcken angelegt.

Nur ca. 450 davon werden während der Geschlechts-

reife sprungreif, die übrigen gehen zugrunde. Die Eibläschen durchlaufen verschiedene Entwicklungsstufen. In einem der Eierstöcke reift alle vier Wochen ein sprungreifer Follikel (Eibläschen) heran (Graaf'scher Follikel), der sich aus der Oberfläche des Eierstockes vorbuckelt. Er sieht aus wie ein erbsengrosses Bläschen. Darin bildet sich eine Höhle, in welcher sich das Ei befindet. Die Höhle ist mit Flüssigkeit gefüllt und enthält Follikelhormone (Östrogene).

Der Flüssigkeitsdruck wird immer grösser und läßt den Follikel in der Mitte zwischen zwei Monatsblutungen platzen. Diesen Vorgang nennt man Eisprung oder Follikelsprung oder Ovulation.

Das Ei wird von der Flüssigkeit in die Bauchhöhle hinausgeschleudert und normalerweise vom trichterförmigen Ende des Eileiters aufgefangen.

Das leere Eibläschen, das zurückbleibt, bekommt eine neue Aufgabe. Es wird zu einer Hormondrüse umgebaut, die Gelbkörper heisst (Corpus luteum) und sondert für 14 Tage Gelbkörperhormon (Progesteron) ab.

In jedem Eierstock befinden sich Follikel (Eibläschen) von unterschiedlicher Reife und Gelbkörper in den verschiedenen Rückbildungsstufen. Im Eierstock findet also ununterbrochen eine Auf- und Abbaubewegung statt.

#### 4. Die Eileiter (Tuben)

Der Eileiter ist ein 10 bis 12 cm langer Schlauch, etwa so dünn wie ein Bleistift. Das eine Ende ist wie ein Trichter geformt, um das Ei auffangen zu können und hängt frei in der Bauchhöhle. Das andere Ende mündet in die Gebärmutterkuppel ein. Der Eileiter verläuft bogenförmig, er nimmt den Eierstock sozusagen "in den Arm".

Die Schleimhaut des Eileiters ist mit Flimmerzellen ausgestattet.

Der Flimmerstrom bewegt das Ei in Richtung Gebärmutter. Das Ei wandert in 4 bis 6 Tagen - vom Eisprung an gerechnet - bis zur Gebärmutter.

## Der Menstruationszyklus.

Das ist die Zeit vom ersten Tag der Monatsblutung bis zum letzten Tag vor der nächsten Monatsblutung. Dauer: gewöhnlich 28 Tage.

## Die hormonelle Steuerung.

Der Zyklus wird hervorgerufen durch  
Eireifung  
Eisprung  
Gelbkörperbildung.

Diese Vorgänge werden durch Hormone gesteuert. Hormone sind Stoffe, die der Körper selbst bildet. Sie wirken auf verschiedene Organe und zwar sowohl antreibend, als auch bremsend. Sie werden von den Hormondrüsen direkt ans Blut abgegeben.

## Folgende Hormone steuern den Zyklus:

### a) Keimdrüsenhormone = Gonadotrope Hormone

(Gonaden heißt Keimdrüsen, trop heißt gerichtet)  
Ihre Wirkung ist also auf die Keimdrüsen gerichtet, das heißt, auf die Eierstöcke.  
Sie werden in der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) gebildet. Die Hypophyse ist die Zentralstelle der hormonalen Regulation. Von ihr werden alle anderen hormonalen Organe beeinflusst und gesteuert.  
Von den kontrollierten Organen ergehen wiederum Rückmeldungen an die Hypophyse (= feed-back).

Die Hypophyse kann aber erst arbeiten, wenn sie Meldungen von einer höheren Stelle, nämlich vom Sexualzentrum im Zwischenhirn bekommt. Von da wirken Freigabestoffe (realising factors) auf die Hypophyse und bestimmen die Abgabe der Keimdrüsenhormone.

Die Keimdrüsen heissen:

FSH = Follikelreifungshormon (Follicle stimulating H.)  
Es regt in den Eierstöcken die Reifung eines Follikels an.

LH = Luteinisierendes Hormon  
Es bewirkt die volle Ausreifung des Follikels, löst den Eisprung aus und regt die Bildung des Gelbkörpers an.

LTH = Lactationshormon  
Es regt die Milchproduktion an. Wahrscheinlich wird es nur während der Schwangerschaft gebildet.

b) Sexualhormone = Ovarialhormone

Sie werden in den Eierstöcken gebildet und heissen Östrogene und Gestagene.

Östrogene.

In den Eierstöcken werden täglich 0,1 - 0,35 mg gebildet. Sie regen hauptsächlich Aufbau und Wachstum der Geschlechtsorgane an:

1. Scheide (Vagina)

Die Scheidenschleimhaut hat eine sehr wichtige Schutzwirkung für die Scheide selber und die anderen inneren Geschlechtsorgane. Nur wenn sie hoch genug aufgebaut ist, entsteht das bestimmte saure Milieu, das eindringende Keime abwehrt (z.B. Trichomonaden). Für den richtigen Aufbau der Scheidenschleimhaut ist eine bestimmte Östrogenmenge notwendig. Diese kann nur produziert werden, wenn die ungestörte Funktion der Eierstöcke gewährleistet ist (s. Seite ).

2. Gebärmutterhals (Zervix)

Er sondert einen Schleim ab, der normalerweise den Gebärmutterhals wie ein Pfropf fest verschließt.

Die Östrogene machen den Schleim 3 bis 4 Tage vor dem Eisprung dünnflüssig und gut durchläßig für männliche Samenzellen (Spermien).

3. Gebärmutterschleimhaut (Endometrium).

In der Zeit bis zum Eisprung bauen die Östrogene die Schleimhaut auf. Dieser Vorgang heißt Proli-feration.

Gestagene.

Sie werden hauptsächlich nach dem Eisprung, in der 2. Zyklushälfte gebildet.

Das wichtigste natürliche Gestagen ist das Proge-steron, das der Gelbkörper herstellt.

Gestagene dienen der Vorbereitung und Erhaltung der Schwangerschaft.

1. Gebärmutterschleimhaut

Gestagene bereiten die Schleimhaut auf die Einni-ung des Eies vor, indem sie sie umbauen, das heißt, mit Nahrungsstoffen und Blut füllen. Dieser Vorgang heißt Transformation.

2. Gebärmutterhals

Der Schleim wird unter Gestageneinfluß wieder so zäh, bis er als Pfropf den Halskanal verschließt. Männliche Samenzellen können nicht mehr durchwandern.

3. Wirkung ausserhalb der Geschlechtsorgane.

Östrogene und Gestagene wirken auf das Zwischenhirn und damit auf die Hypophyse ein. Sie beeinflussen also rückläufig die Ausschüttung der Keimdrüsenhormone.

An den Eierstöcken und an der Gebärmutterschleimhaut lassen sich innerhalb des Menstruationszyklus folgende Veränderungen feststellen:

1. Phase:

## 1. bis 14. Tag: Follikelreifungsphase (vor dem Eisprung)

Die Hypophyse leitet den Eierstöcken Follikelreifungshormon (FSH) zu.

Der wachsende Follikel produziert Östrogene, die ans Blut abgegeben werden und den Aufbau der Gebärmutter-schleimhaut bewirken (= Proliferation).

Kurz vor dem Eisprung ist die Östrogenmenge im Blut so hoch, daß sie rückwirkend an der Hypophyse die weitere Ausschüttung des Follikelreifungshormons (FSH) bremst.

Der Follikel kann aber nur voll ausreifen, wenn von der Hypophyse zusätzlich das luteinisierende Hormon (LH) an die Eierstöcke abgegeben wird.

Um den 14. Tag herum steigt die Menge des luteinisierenden Hormons (LH) hoch zu einem Gipfel an. Vermutlich löst dieser LH-Gipfel den Eisprung in der Mitte des Zyklus aus.

## 2. Phase:

### Etwa 14. bis 28. Tag: Gelbkörperphase (Corpus-luteum-Phase - nach dem Eisprung):

Der leere Follikel bildet sich zum Gelbkörper um, der in der 2. Phase 200 mg Progesteron bildet.

Zusätzlich werden immer noch Östrogene produziert, die notwendig sind, um die aufgebaute Gebärmutter-schleimhaut aufrecht zu erhalten.

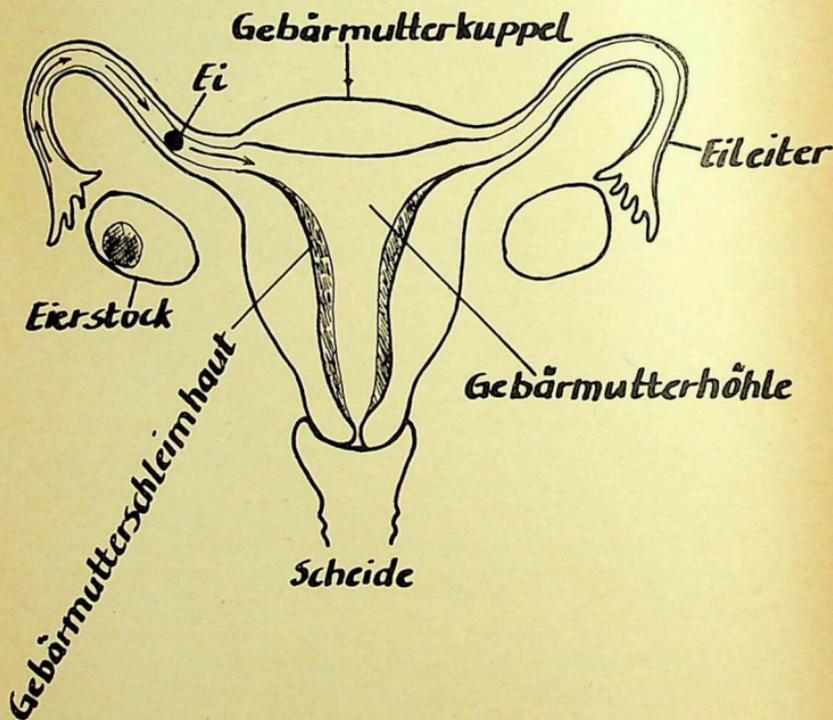
Das Progesteron baut die Gebärmutter-schleimhaut (Endometrium) so um, daß sich ein befruchtetes Ei einnisten kann.

Wenn keine Befruchtung stattfindet, bildet sich der Gelbkörper zurück. Dadurch erfolgt ein steiler H o r - m o n a b f a l l im Blut, welcher den Zusammenbruch der Gebärmutter-schleimhaut auslöst. Die Blutgefäße der Gebärmutter reagieren äusserst empfindlich auf Hormon-

entzug, das heißt, sie beginnen zu bluten. Die zusammengefallene Schleimhaut wird unter Blutung mit dem unbefruchteten Ei ausgestossen. Diesen Vorgang bezeichnet man als Menstruationsblutung.

Die Menstruationsblutung ist also eine Hormonzugsblutung.

Der Abfall des Östrogens und Progesterons im Blut gibt der Hypophyse das Signal für die Ausschüttung des Follikelreifungshormons (FSH), wodurch die 1. Phase des Zyklus wieder anfängt



## Die menstruelle Extraktion

Menstruelle Aspiration, endometrielle Aspiration, menstruelle Regulation - was ist was? Die Verwirrung, die durch die vielen Ausdrücke geschaffen wurde, ist groß.

Menstruelle Extraktion ist die ursprüngliche Bezeichnung für die Erfindung der Frauen der self-help-Klinik von Los Angeles. Sie bedeutet, daß mit einer bestimmten Absaugmethode jeden Monat das Menstruationsblut (am 1. oder 2. Tag der Blutung) abgesaugt wird).

### Menstruelle Extraktion ist keine frühe Abtreibung!

Sie wird bis jetzt ausschließlich in kleinen geschlossenen Gruppen als feministisches Forschungsprogramm durchgeführt, in Amerika seit ca. zwei Jahren. Die Frauen, die daran arbeiten, haben sich zu diesem Selbstversuch entschlossen, um für alle Frauen herauszufinden, ob sich die menstruelle Extraktion in Zukunft als Verhütungsmethode anwenden lassen wird. (Sie selber benutzen keine anderen Verhütungsmittel). Dieses Experiment wird nicht technokratisch durchgeführt, sondern durch die konkrete Arbeit in der Gruppe werden die Probleme, die mit der Verhütungsfrage überhaupt bestehen, grundsätzlich diskutiert.

Als die Frauen mit ihrer Arbeit anfangen, verbesserten sie als erstes die Karmannmethode, denn sie war ihnen zu gefährlich, zu umständlich und zu teuer. Ihr Gerät ist mit einem Einwegventil versehen, daß die Gefahr der Luftembolie ausschließt. Die Plastikkanüle, die benutzt wird, hat einen Durchmesser von 4 mm. Durch die Selbstuntersuchung hatten die Frauen festgestellt, daß sich die Muttermundsöffnung vor der Menstruation auf ca. vier mm erweitert und danach den Durchmesser der Kanüle bestimmt. Eine Weitung des Muttermunds ist daher völlig überflüssig, und das Einführen der Kanüle ist schmerzlos.

Menstruation ist für uns alle mehr oder weniger ein Problem. Unsere Zwiespältigkeit drückt sich darin aus,

daß wir froh sind, wenn die Tage kommen und froh, wenn sie wieder gehen. Das heißt, wir sind froh, nicht schwanger zu sein und froh, wenn das Ganze wieder für vier Wochen vorbei ist.

Meistens sind wir falsch darauf vorbereitet worden. Für viele ist die Menstruation mit Ekel und Heimlichkeit verbunden, mit der Angst "es blutet durch", "man kann es sehen" und mit dem Gefühl, unrein zu sein. Viele Frauen empfinden die Menstruation als lästig, als eine monatliche Plage. Die meisten Frauen haben Krämpfe, fühlen sich tatsächlich unwohl, benommen, abgeschlagen, nicht leistungs- und teilnahmefähig.

Die Schwierigkeiten, die wir haben, um uns mit uns selber identifizieren zu können, machen sich auch hier bemerkbar. Wir wissen nicht, ob wir uns während der Tage schonungsbedürftig verhalten sollen, oder ob das unemanzipiert und schwächlich ist. Sind wir mehr eine "moderne, junge Frau", wenn wir die Menstruation überhaupt nicht beachten und daran glauben, wenn man uns weismacht, daß mit dem richtigen Tampon und der richtigen Schmerztablette das Problem gelöst ist?

Wir sind gezwungen, an die Menstruation genauso negativ heranzugehen, wie an unsere Gebärfähigkeit überhaupt. Tatsache aber ist, daß sie uns aus gesellschaftlichen Gründen (Erziehung, Sexualität, Arbeit) wirklich behindert. Viele möchten einfach erstmal die Schmerzen weghaben, um ihren Kopf richtig klären zu können.

Ein Zeichen für die bisherige Tabuisierung dieses Themas ist die Tatsache, daß der seit zwei Jahren verschiedenen Sendern angebotene Film über die Menstruation "Rote Tage" bis jetzt nirgendwo angenommen worden ist, sondern immer mit leichtem Befremden abgelehnt wurde.

Frauen, die sich in der Gruppe gegenseitig ihre Menstruation absaugen, tun dies nicht aus Leichtfertigkeit und Bequemlichkeit. Durch diese Arbeit lernen sie gemeinsam herauszufinden, wie sie ihre Beschwerden selber verringern können und setzen damit ein Stück

Selbstbestimmung in Tat um. Sie haben festgestellt, daß Krämpfe, die während der Menstruation auftreten, mit dem Absaugen des Menstruationsmaterials verschwinden. Sie sagen, daß sie nicht mehr jeden Monat passiv warten, bis die Tage kommen, bis die ersten Krämpfe vorbei sind, Tabletten schlucken, fünf bis sieben Tage vergehen lassen, bis die Blutung beendet ist.

Ob die menstruelle Extraktion eine Alternative zu den jetzigen Verhütungsmitteln sein wird, müssen wir selber erarbeiten. Wenn ja, ist sie nicht ein Allheilmittel, sondern eine Methode, über die sich jede Frau genauso individuell entscheiden muß wie bisher.

### Was ist menstruelle Regulation?

Manche Frauen in der Gruppe, die einen unregelmäßigen Zyklus haben, versuchen ihn zu regulieren, indem sie bspw. am 28. oder am 32. Tag eine menstruelle Extraktion machen lassen. Wann die Blutung kommen müßte, können sie durch die Selbstuntersuchung feststellen. Selbstuntersuchung ist die Grundlage für jede Forschungsgruppe über menstruelle Extraktion.

Frauen, die mehr darüber wissen möchten, wenden sich am besten an die Frauengruppen ihrer Städte. Diese Arbeit kann nicht allein zu Hause durchgeführt werden, sondern wird nur in Gruppen zu Ergebnissen führen.

### Literatur:

Circle one - self health handbook, Colorado springs women's health, 409 E. Fontanero, Colorado Springs, Colo. 80 907

Menstrual extraction, Lorraine Rothmann and E. Snow  
Artko feminist women's health centers papers, 1973

Allgemeine Literatur zum Problem der gesellschaftlichen  
Reproduktion:

(Kinder, Verhütung, § 218)

- J.Baumann: Das Abtreibungsverbot des § 218,  
Neuwied 1972
- Ch.Becker: Problem 218, Fischer-Taschenbuch, Nr.1310,  
Frankfurt/Main, 1972
- M.Dalla Costa: Die Macht der Frauen und der Umsturz der  
Gesellschaft, Merve-Verlag 1973
- F.Engels: Der Ursprung der Familie, des Privatei-  
gentums und des Staates, Marxistische  
Taschenbücher
- U.Erler: Mütter in der BRD - Ideologie und Wirk-  
lichkeit, Raith Verlag 1973
- L.Jochimsen: § 218, Dokumentation eines hundertjähri-  
gen Elends, Hamburg 1971
- A.Koedt: Mythos vom vaginalen Orgasmus, in:  
Modelle 1980 Nr. 4, hrg. v. Internationa-  
len Forschungsinstitut für Emanzipations-  
fragen, Zürich. Anschrift BRD:  
7411 Rommelsbach, Postfach 14
- Masters/Johnson: Die sexuelle Reaktion, rororo,  
Reinbek 1970
- K.Marx: Das Kapital, Bd. I, 8. Kap.
- S.Schnabl: Intimverhalten, Sexualstörungen, Persön-  
lichkeit, VeB Deutscher Verlag der Wis-  
senschaften, Berlin 1973
- A.Schwarzer: Frauen gegen den § 218, 18 Protokolle,  
Frankfurt 1971, Ed. Suhrkamp
- Wolff: Psychologie der lesbischen Liebe, Rein-  
bek 1973, rororo
- H.Mabry: Unkraut ins Parlament, München 1971
- R.Briffault: The Mothers, London 1923, 3 Bände

- Youssef el Masry: Tragödie der Frau im arabischen Orient, Rütten und Löning, München 1963
- R.Junker: Die Lage der Mütter in der BRD, Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 1968, 3 Bände
- Rühle-Gerstel, A.: Die Frau und der Kapitalismus, Verlag Neue Kritik, Frankfurt/Main  
The Body Politic, Women's Liberation in Britain, 1969-72
- Alemann/H.Sander: Zur Situation der Frau, Modellseminar mit Film- und Bücherverzeichnis, über: Freunde der deutschen Kinemathek, 1 Berlin 30, Welserstr. 25
- Shulamith Firestone: The Dialectic of Sex, 1972, Paladin
- M.J.Sherfey: Die Potenz der Frau, Kiepenheuer und Witsch, 1974
- L'alternative des femmes: Libérer nos corps ou libérer l'avortement, 1973, éditions des femmes, 2, rue de la roquette, 75 011 Paris  
Libérons l'avortement, herausgegeben von: Comité pour la liberté de l'avortement et de la contraception, F.Maspero, 1973

Englische und zum Teil amerikanische Bücher können bestellt werden über:

Women's Liberation Workshop, 38, Earlham Str., London W.C. 2, Tel. 836 - 6081

Die Plastikspekula für die Selbstuntersuchungsgruppen können in Dänemark bestellt werden, ebenso der Population-Report über "Pregnancy Termination" (ca. 5.- dkr), die Spekula kosten ca. 3.50 dkr - in Abhängigkeit von der Ölkrise!

Elisabeth Plum

Grundtvigs Sidevej A I tv.

DK - 1865 Kopenhagen V

Abtreibungsfragebogen für die Sprechstunde.

Woher hast Du die Adresse des Frauenzentrums .....

1. Alter..... Familienstand .....
- Ausbildung ..... Anzahl der Kinder .....
- Beruf ..... Kirche ausgetreten/nicht aus-  
getreten

2. Wann war die letzte Blutung .....
- Wie lange dauert normalerweise Dein Zyklus .....
- Hattest Du schon einmal zyklische  
Unregelmässigkeiten .....

3. Was hast Du unternommen, um die Schwangerschaft  
festzustellen:  
Ärztliche Untersuchung, Urintest, Spritzen, Tab-  
letten, .....

Falls Du beim Arzt warst, war die Untersuchung:  
zufriedenstellend/nicht zufriedenstellend  
vollständig/ nicht vollständig

d.h. ....  
Wie hieß der Arzt .....

Falls ein Urintest, Spritzen oder Tabletten benutzt  
wurde(n):

von Dir selbst / vom Arzt

Hattest Du dadurch Kosten: ja / nein

Falls ja, wie hoch .....

4. Was hast Du unternommen, um die Schwangerschaft zu  
unterbrechen:

Spritzen, Tabletten, anderes wie .....

selbst besorgt / verschreiben lassen

Falls verschreiben lassen, wie hoch waren die Kosten  
.....

Hast Du einen Arzt aufgesucht und ihn gefragt, ob  
er eine Schwangerschaftsunterbrechung vornimmt:  
ja / nein

Falls ja, war es der gleiche Arzt, der die Schwan-

gerschaft feststellte: ja / nein

	feststellen- der Arzt	zur Unterbrechung bereiter Arzt
Wie war seine Einstel- lung zur Abtreibung:	pro/contra	pro/contra
Hat er Dich in Kenntnis gesetzt von der Möglich- keit einer legalen Schwangerschaftsunterbre- chung:	ja / nein	ja / nein
Hat er Dir zur legalen Schwangerschaftsunter- brechung geraten?	ja / nein	ja / nein
Falls ja, hat er sich bereit erklärt, den An- trag zu stellen:	ja / nein	ja / nein

Falls nein, welche Alternativen bot er an: .....

5. Wie erklärst Du Dir Deine jetzige Schwangerschaft:

mangelnde Aufklärung, ungenaue Anwendung von Ver-  
hütungsmethoden, Anwendung nicht hundertprozentig  
sicherer Verhütungsmethoden, erzwungener Geschlechts-  
verkehr, unerwarteter Geschlechtsverkehr  
.....

6. Warum willst Du das Kind nicht .....

Ist der Partner für / gegen die Abtreibung?  
Beteiligt er sich finanziell an der Abtreibung:

ja / nein / weiß nicht

Falls ja, zu welchem Anteil .....::.....

Falls ja, nein, wie findest Du das .....

Ist der Partner für / gegen Verhütungsmethoden?

Falls ja, für welche .....

7. Wendest Du Verhütungsmethoden an: ja / nein

Falls nein, warum nicht .....

Welche Verhütungsmethoden hast Du schon einmal angewandt:

Pille

Spirale

Pessar

Kondom

Knaus-Ogino

Spray

Creme

Tabletten

Unterbrochener Geschlechts-  
verkehr

.....

von	bis

Welche Methode(n) hältst Du für akzeptabel .....

.....

Bei welchen Verhütungsmethoden hattest Du welche Nebenwirkungen:

Verhütungsmethoden:

.....

.....

.....

Nebenwirkungen:

.....

.....

.....

8. Wie oft warst Du schwanger: .....

Falls Du schwanger warst, hast Du:

Fehlgeburten gehabt:

legal abgetrieben:

selbst abgetrieben:

abtreiben lassen:

wieviel	wann

Falls Du hast abtreiben lassen (Die beiden nächsten Fragen pro Abtreibung beantworten):

bei wem: Arzt / Hebamme / Person mit medizin. Kenntnissen / Person ohne medizin. Kenntnisse

Falls beim Arzt, wie hieß er: .....

Welche Erfahrungen hast Du dabei gemacht .....

In Bezug auf die medizinische Behandlung vorher, während, hinterher: .....

In Bezug auf das Verhalten des Arztes (der Hebamme): .....

In Bezug auf Kosten .....

9. Zu welchem Weg entscheidest Du Dich:

legal, illegal, Holland, England, weiß nicht

Warum entscheidest Du dich dafür .....

Falls illegal, Holland oder England, hast Du Schwierigkeiten, das Geld aufzubringen:

sehr viel Schwierigkeiten /ziemliche Schwierigkeiten/  
etwas Schwierigkeiten/kaum Schwierigkeiten/  
keine Schwierigkeiten

Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten in Berlin

Charlottenburg

1/12, Wilmersdorfer Str. 98-99, Tel. 8 83 60 11

Kreuzberg

1/61, Urbanstr. 22-24, Tel. 6 90 71

Schöneberg

1/62, Dominicusstr. 25-27, Tel. 78 31, App. 2458

Wedding

1/65, Nazarethstr. 49 a, Tel. 45 71

**[ FRAUENOFFENSIVE ]**

**Frauen in der Offensive**

168S.  
DM 7.80

**Lohn für die Hausarbeit oder:  
Auch Berufstätigkeit macht nicht frei**

Texte: Power of Woman collectiv, London  
Lotta Femminista, Italien  
Brigitte Galtier, Paris



**Journal No 1**

Texte aus der amerikani-  
schen Frauenbewegung  
ca. 100 S. ca. DM 4.-

**FRAUENLIEDER**  
Eine Frauen-LP!!!!  
Von Frauen für Frauen  
DM18.00



Frauenoffensive im Trikont-Verlag 8 München 80 Josephsburgstr. 16

## Frauengruppen in der BRD:

### Aachen

Margret Wirtz, 51 Aachen, Rolandstr.14  
Angelika Loch, 51 Aachen, Talweg 6

### Berlin

Frauzentrum, 1 Berlin 61, Hornstr. 2  
Informationsabend: Do. 20.00 Uhr  
Sprechstunde zu Abtreibung und Verhütung: Mo,Di,Do:19-20h  
Brot ♀ Rosen, 1 Berlin 10, Postfach 100 208  
Fraueninitiative Renate Lilge, 1 Berlin 38, Matter-  
hornstr. 43  
HAW-Frauengruppe (Homosexuelle Aktion Berlin),  
1 Berlin 30, Kulmerstr. 20 a, 3.Hof,  
2. Etage, Mi und Sb ab 20.00 h

### Bielefeld

Karin Klein, Prießallee 60

### Bochum

Sozialistische Frauengruppe, 463 Bochum, c/o Politische  
Buchhandlung

### Bonn

Frauenkomitee: Dorothee Pass, 53 Bonn, Hohenzollernstr.30  
Frauenforum Bonn, 5205 St. Augustin, Im Wehrfeld 9

### Braunschweig

Fraueninitiative: Jutta Bleiß, 33 Braunschweig,  
Spielmannstr. 16

### Bremen

Hannah Rower, 28 Bremen, Felsenfeld 3-5  
Romina Schmitter, 28 Bremen, Mathildenstr. 12 a

### Böringsheim

Cornelia Schild, Böringsheim, Breslauer Str. 4

### Darmstadt

SAG-Frauengruppe: Raja Vielweber, 61 Darmstadt,  
Alicenstr. 20

### Dortmund

Aktion 218: Hannelore Weihert, 46 Dortmund, Viktoriast  
36

### Düsseldorf

Elisabeth Althoff, 4 Düsseldorf, Witzelstr. 4  
Ingrid Müller, 4 Düsseldorf, Suitbertusstr. 86  
Sozialistischer Arbeitskreis: Lili Gritzmann,  
4 Düsseldorf, Lichtstr. 60

### Duisburg

Fraueninitiativgruppe: Nora Ernst, 41 Duisburg,  
Schmekceweg 6  
Helga Taflinski-Ufermann, 41 Duisburg, Duisburger Str. 93

### Erlangen

Hanna Kammerer, 852 Erlangen-Tennenlohe, Schleinweg 68  
Eva Wallrab, c/o Polit. Buchladen, Hindenburgstr. 17

### Esslingen

Hanna Wagemann, 73 Esslingen, Seewiesenstr. 57

### Frankfurt

Soz. Frauen, Weiberrat: Sybille Flügge, 6 Frankfurt,  
Darmstädter Landstraße 3  
Hilde Wackerhagen, 6 Frankfurt 90  
Sophienstr. 46  
Frauenaktion 70: 6 Frankfurt, Oederweg 153  
Frauenzentrum Frankfurt, Eckenheimer Landstr. 72  
Bornheimer Frauengruppe: Charlotte Freund, Hermannstr. 8

### Freiburg

Christine Faust, 78 Freiburg, Terlanerstr. 4

### Gelsenkirchen

Frauengruppe: Renate Lotka, 465 Gelsenkirchen,  
Rotthausener Str. 79

### Giessen

Sozialistische Frauengruppe: Margret Sarges,  
63 Giessen, Ludwigstr. 46  
Ingrid Bäume, 63 Giessen, Schiffenberger Weg 9

### Göttingen

Frauengruppe: Beate Starcke, 34 Göttingen, Mauerstr. 11  
Frauzentrum: 34 Göttingen, Rote Straße 40

### Hagen

Barbara Burmeister, 58 Hagen-Haspe, Warburger Str. 51

### Hamburg

Sandra Rodemann, 2 Hamburg-Altona, Friedensallee 38  
F.R.A.U.: Renate Benger, 2 Hamburg 70, Walddorferstr. 92a  
Gudula Lorenz, 2 Hamburg 64, Schwarzenbuchweg 59

### Heidelberg

Marille Hermann, 69 Heidelberg, Seminarstr. 2  
Polit. Frauen, Sybille Allendorf, 69 Heidelberg,  
Rohrbacher Weg 36

### Kassel

Rosemarie Markhoff, 35 Kassel, Goethestr. 67

### Köln

Frauenbefreiungsaktion, 5 Köln 1, S.Kistner,  
Postfach 101 062

noch Köln:

- Frauzentrum Ehrenfeld, 5 Köln 30, Geiselstr. 44  
Renee Ackermann, 5 Köln 1, Trajanstr. 15  
HFA, 5 Köln 21, Postfach 210721 (Gruppe B)  
HFA, 5 Köln 1, Dasselstr. 59, bei Doris Dettmer (Gruppe A)  
Claudia Pinl, 5 Köln, Peter Bauer Str. 18

### Krefeld

Jutta Rösch, 415 Krefeld 11, Mauritzstr. 55

### Mainz

Diane Ketter, Zeppelinstr. 25

### Mannheim

Frauzentrum Mannheim, 68 Mannheim, Riedfeldstr. 24

### Marburg

Dorothea Knödt, Marburg, Hefstr. 18

### München:

- PTM-Frauengruppe: Alexa Kabiersch, 8 München 80,  
Max-Weber-Platz 8 a  
Siemens-Frauengruppe: Ine Guckert, 8 München 80,  
Josephsburgstr. 16  
Frauzentrum: Adlzreiterstr. 27
- Selbsthilfegruppe: Susanne Kahn-Ackermann, 8 München 90,  
Asenstr. 26  
Hochschulgruppe: Elisabeth Fischer, 8 München 70,  
Aberlestr. 19  
Homosexuelle Frauengruppe: Helga Friedrich, 8 München 40,  
Adelheidstr. 34  
Frauenfilmgruppe: Monica Argert, 8 München 22,  
Gewürzmühlstr. 17  
Frauengruppe München-Nord: Josien Hogeweg, 8 München 80,  
Mauerkircher Str. 7  
CR-Gruppe: Hanna Permien, 8 München 90, Am Giesinger  
Berg 3  
CR-Gruppe: Jenny H. Müller, 8 München 40, Türkenstr. 80  
Frauenforum: Hannelore Mabry, 8 München 70, Christrosen-  
weg 70

### Münster

Mechthild Thomas, 44 Münster, Darfeldweg 45

Angelika Buck, 44 Münster, Mollenbeckerstr. 28

HFM: Anne Henscheid, 44 Münster/Westf., Maximilianstr. 55

### Nürnberg

Aktionskreis Frau: Irmi Kistenfeger, 85 Nürnberg,  
Wolfgangstr. 8

### Ravensburg

Barbara Pohle, Raueneeggstr. 41

### Solingen

Charlotte Neuhöffer, 565 Solingen, Ludwigstr. 18

### Steinbach

Christine Mansfeld, 6374 Steinbach, Rossertstr. 26 (shi)

### Stuttgart

Infozentrum Frauengruppe Solidarität, 7 Stuttgart 1,  
Hauptstätterstr. 15 a

### Trier

Dorothee Braun, 55 Trier, Gneisenaustr. 9

### Tübingen

ISF: Elisabeth Bura, 73 Tübingen, Charlottenstr. 8

### Würzburg

Dorothee Meyer, Am Grafeneckart 10

### Wuppertal

Frauenforum, Elfi Clemens, Ottostr. 31

wir fordern:

die ersatzlose Streichung des § 218

Abtreibung auf Krankenschein  
ambuliert in allen Kliniken  
mit den schonendsten Methoden

Überführung der konfessionellen Krankenhäuser,

Kindergärten und Schulen in die öffentliche Hand

Entwicklung unschädlicher Verhütungsmethoden

Kontrolle der Ärzte

Schutz der Frauen der dritten Welt  
vor Missbrauch durch die Pharmaindustrie

Endpreis 6.-