

Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Sicht

Legal oder illegal

von

Dr. med. Ulrich Wolff

40 Tabellen,

19 Graphiken und 2 Abbildungen



Sammlung Göschen Band 8001

Walter de Gruyter
Berlin · New York · 1973

ISBN 3 11 004288 6

©

Copyright 1973 by Walter de Gruyter & Co., vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung, J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung, Georg Reimer, Karl J. Trübner, Veit & Comp., 1 Berlin 30.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Printed in Germany.

Satz und Druck: Mercedes-Druck, 1 Berlin 61

Vorwort

Es ist dringend an der Zeit, das ‚Problem § 218‘ zu versachlichen. Allein Fakten und Zahlen können zur notwendigen Entemotionalisierung der Erörterungen um die Neugestaltung des legalen Schwangerschaftsabbruchs beitragen. Nüchterne Erwägung des Für und Wider zwischen Freiheit und Einordnung, Selbstbestimmung und Gemeinschaftsverantwortung ist die unabweisbare Forderung der Zeit, der wir uns alle zu stellen haben.

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, anhand von statistischem Material einschließlich graphischen Darstellungen den Beweis zu erbringen, daß in vielen west- und osteuropäischen Ländern mit außerordentlich differenzierten politischen, sozialen und ökonomischen Verhältnissen Wege gefunden worden sind, die sicher keine Ideallösung, doch eine sehr viel ehrlichere Neuordnung des Schwangerschaftsabbruches erbracht haben. Sie kommen der sozialen Wirklichkeit näher als unsere aus dem vorigen Jahrhundert stammenden gesetzlichen Bestimmungen. Aus sozial-medizinischer Sicht heißt die Alternative letztlich nicht Fristen- oder Indikationslösung, sondern legaler Schwangerschaftsabbruch oder illegale Abtreibung. Damit das Goethewort sich nicht erfülle: „Es erben sich Gesetz und Rechte wie eine ew'ge Krankheit fort“, sind Politiker, Ärzte, Juristen, Theologen, Pädagogen und Soziologen gleichermaßen mit dieser Darstellung aufgerufen, kooperativ mehr als bisher endlich Anschluß an moderne Gesetzgebungen und Ausführungsbestimmungen zu erreichen. Bislang steht die Bundesrepublik Deutschland u. a. mit Spanien, dem Freistaat Irland und der Zentralafrikanischen Republik in der hintersten Reihe der Staaten hinsichtlich moderner, sozialgerechter Abortgesetzgebung. „Wir müssen uns auf eine mittlere Linie einigen, die uns befreit von dem nur zu berechtigten internationalen Vorwurf, daß die Bundesrepublik

Deutschland hinsichtlich Familienplanung und Geburtenkontrolle ein unterentwickeltes Land sei“ (*H. Nachtsheim*).

Darüber hinaus ist diese medizinische Abhandlung gleichsam eine Fortsetzung des juristischen, von *F.-Ch. Schroeder* zusammengestellten Bandes „Abtreibung – Reform des § 218“, der im gleichen Verlag in der Reihe ‚Aktuelle Dokumente‘ im Jahre 1972 erschienen ist.

Berlin, Januar 1973

Der Verfasser

Inhalt

	Seite
Vorwort	3
A. Einleitung: Die Problemstellung	9
B. Die Abortsituation in den skandinavischen Ländern	27
1. Dänemark	27
2. Schweden	32
3. Finnland	37
4. Norwegen	41
C. Die Abortsituation in den Ostblockstaaten	45
1. UdSSR	45
2. Bulgarien	53
3. Tschechoslowakei	56
4. Ungarn	61
5. Rumänien	67
6. Polen	68
7. Jugoslawien	72
8. Deutsche Demokratische Republik	74
D. Die Abortsituation in ausgewählten westlichen Ländern	89
1. Großbritannien	89
2. USA	104
E. Die Abortsituation in Deutschland	113
1. Zeitraum 1871–1932	113
2. Zeitraum 1933–1945	119
F. Die Abortsituation in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)	123
Zeitraum 1946–1972	123
G. Die kriminelle Abtreibung	147
H. Perspektiven zur Neuordnung des Schwangerschafts- abbruches	165
I. Wichtigste Literatur	169
K. Dokumente	171
L. Anmerkungen	233
M. Sachverzeichnis	245
N. Autorenverzeichnis	248

Dokumente	Seite
1. Entwurf eines fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts (5. StrRG)	171
2. Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Fünften Strafrechtsreformgesetzes	178
3. Flankierende sozialpolitische Maßnahmen	179
4. SPD-Parteitagbeschuß zur Reform § 218	180
5. CDU-Bundesvorstand „Beschuß zum Schutz des werdenden Lebens“	184
6. Thesen des Arbeitskreises (CDU)	186
7. Antrag auf Fristenlösung, Zustimmung der FDP-Bundestagsfraktion	187
8. Zum Schutz des ungeborenen Lebens Verlautbarung der Deutschen Bischofskonferenz zur Verantwortung für das ungeborene Leben	189
9. Katholische Ordinarien-Konferenz zum Fristengesetz der DDR	190
10. Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland.	193
11. Öffentliche Anhörung durch den Sonderausschuß für die Strafrechtsreform	198
Fragenkatalog für die öffentliche Anhörung von Sachverständigen zur Reform des § 218 des Strafgesetzbuches	200
12. Ergebnis einer Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.	204
13. Resultat einer Umfrage zum Volksbegehren nach strafloser Schwangerschaftsunterbrechung in der Schweiz	206
14. Abortion Act 1967	209
15. Polizeiliche Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes, Abtreibung 1966	212
Polizeiliche Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes, Abtreibung 1970	214
16. Natürliche Bevölkerungsbewegung in Deutschland, 1845 bis 1970	216
17. Bevölkerungsentwicklung	219
Wohnbevölkerung nach Ländern	220
18. Liste der Gutachterstellen	223

Anmerkungen	Seite
1. Abort-Nomenklatur	233
2. Fehlt uns der Mut zur Wahrheit?	233
3. Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch	234
4. Schwangerschaftsabbruch – Schwangerschaftsunterbrechung – Abtreibung	236
5. Verbrauch hormonaler Kontrazeptiva in Dänemark	236
6. Kinderschwangerschaften	237
7. Kanadische Gesellschaft für Psychiatrie zum induzierten Schwangerschaftsabbruch	237
8. Mittelalterliche Strafen	238
9. Berufung auf die abendländische Kultur	238
10. Gutachterstellen ohne karteiamtliche Erfassung	238
11. Plädoyer für die Fristenlösung	239
12. Plädoyer einer Frau für die Frauen	239
13. Vergleichende Statistik krimineller Aborte in den Kultur- ländern	241
14. Verbrauch von Zyklus-Packungen	243
15. § 218 – unhaltbar	243
16. Das Problem der Vorrangigkeit aus katholischer Sicht	243

A. Einleitung: Die Problemstellung

Fakten sind seit eh und je nützlicher als Ideologien. Zahlen sind objektive Beweismittel, die vorgeformte Theoreme auf ihre wissenschaftliche Haltbarkeit in die Zange nehmen. Graphiken erläutern einen Tatbestand manchmal besser als subjektiv verfärbte Auslassungen. Mathematische Bezüge korrigieren weltanschauliche, soziologische und politische Hypothesen.

Obwohl viel, sehr viel zum Thema Schwangerschaftsabbruch in den letzten drei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) in Wort und Schrift veröffentlicht worden ist, liegen relativ wenig hieb- und stichfeste Materialsammlungen zu diesem Thema vor. Vor allem fehlt es an Veröffentlichungen von Zahlenmaterial aus jüngster Zeit. Die Studie von *Heiss* zur „Abortsituation in Europa und in außereuropäischen Ländern“, eine der führenden Veröffentlichungen auf diesem Gebiet, schließt vor 1960 mit seinen statistischen Angaben ab [1]. Auch die Arbeit von *Mehlan* „Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzeption“ ist 1961 erschienen [2]. Die demographischen Daten stammen hauptsächlich aus dem Jahrzehnt 1950–1960.

Da in sehr vielen Ländern in West und Ost die Tendenz zur Liberalisierung der Abortgesetze in den letzten Jahren sichtlich zugenommen hat, ist das Fehlen von neuem statistischem Material besonders bedauerlich. Es wird deshalb hier der Versuch unternommen, Lücken zu schließen durch Beibringung von Fakten, Zahlen und Gesetzen besonders aus den letzten 10 Jahren¹⁾ (Tabelle A).

¹⁾ Anm. 1

Tabelle A: Gesetzgebung über Schwangerschaftsabbruch in der Welt

Die Definitionen der zur Klassifizierung verwendeten Begriffe werden von der Weltgesundheitsorganisation verwendet:

Medizinische Indikationen	L – Um das Leben der Mutter zu retten. L&H – Um die Gesundheit der Mutter zu erhalten (in einigen Ländern bezieht sich das sowohl auf die geistige wie die körperliche Gesundheit). M – Nicht spezifizierte medizinische Gründe.
Eugenische Indikationen	Eug – Um die Übertragung erblicher Krankheiten zu verhindern und die Geburt von Kindern, die in Gefahr sind, infolge von intra-uterinären Schäden körperliche oder geistige Störungen zu haben, zu vermeiden.
Ethische Indikationen	Eth – Wo die Schwangerschaft aus einem Verbrechen wie Vergewaltigung, Inzest oder Geschlechtsverkehr mit einem Minderjährigen oder einem Geisteskranken hervorgeht.
Medico-soziale Indikationen	MS – Mehrere frühere Geburten in enger Aufeinanderfolge, der Zeitraum seit der letzten Geburt, häusliche Schwierigkeiten infolge von Kleinkindern im Haushalt, eine schwierige finanzielle Situation oder die schlechte Gesundheit anderer im selben Haushalt lebender Personen.
Soziale Indikationen	S – Zahl der Kinder, Tod oder Invaliddität des Ehegatten, Illegitimität.
Abtreibung auf Wunsch	R – Ein Gesetz, das es einer Frau ermöglicht, ihre Schwangerschaft auf Wunsch beenden zu lassen, ohne irgendeine Indikation nachzuweisen.

	Illegal	Legal
Afrika		
Algerien		L
Ägypten		L(L&H) ¹⁾
Äquatorial Guinea	*	
Äthiopien		L&H
Botswana		M ¹⁾
Burundi		L
Dahomey	*	

Elfenbeinküste		L
Gabun		L
Gambia		M
Ghana		L&H
Guinea		L
Kamerun		L&H, Eth
Kenia		M
Kongo (Brazzaville)		L
Lesotho		M
Liberien		L&H
Libyen		L
Madagaskar	*	
Malawi		M
Mali		L
Marokko		L&H
Mauritius	*	
Niger		L
Nigeria		L&H
Obervolta		L
Reunion	*	
Ruanda		L
Sambia		M
Senegal		L
Sychellen		M
Sierra Leone		L&H
Somaliland		L
Südafrika		L(L&H) ²⁾
Sudan		L
Swasiland		M
Tansania		L
Tschad		L
Togo		L
Tunesien		L&H, MS, S ³⁾
Uganda		L&H
Zaire		L
Zentralafrikanische Republik		L
Amerika	Illegal	Legal
Argentinien		L&H, Eth
Bolivien	*	
Brasilien		L, Eth
Chile		L
Costa Rica		L&H

Cuba		L&H, Eug, Eth
Dominikanische Republik	*	
Ecuador		L&H, Eth
El Salvador		L&H, Eug
Guadelupe		L
Guatemala	*	
Haiti	*	
Honduras		L&H
Jamaica		L&H
Kanada		L&H
Kolumbien	*	(L, Eth) ²⁾
Mexico		L, Eth
Montserrat		M
Nikaragua		L
Panama	*	
Paraguay		L
Peru		L
Puerto Rico		L
Trinidad & Tobago		L&H
Uruguay		L&H, Eth, S
USA		L&H, Eug, Eth, MS
Venezuela		L

Asien und Ozeanien**Illegal****Legal**

Afghanistan		L(I&H) ²⁾
Australien		L&H, Eug, MS ⁵⁾
Bahrein		L
Burma	*	
Ceylon		L&H
China (Volksrepublik)		L&H, Eug, Eth, MS, S, R
Fidschi		L
Hongkong	*	
Indien		L&H, Eug, Eth, MS, S ³⁾
Indonesien	*	(L) ¹⁾
Iran		L
Irak		L, Eth
Japan		L&H, Eug, Eth, MS
Jordanien	*	(Eth) ¹⁾
Kambodscha		L
Korea (Nord)		(MS) ¹⁾
Korea (Süd)	*	(L) ¹⁾
Kuwait		L
Laos	*	
Libanon	*	(Eth) ¹⁾

Malaysia	*	(M) ²⁾
Mongolei		L&H, Eug, Eth
Nepal		L&H
Neuseeland		L
Pakistan		L
Philippinen	*	
Saudiarabien	*	
Singapur		L&H, Eug, Eth, MS, S
Syrien	*	
Taiwan	*	
Thailand	*	
Türkei		L&H, Eug ³⁾
Vietnam (Nord)		(MS) ¹⁾
Vietnam (Süd)	*	
Yemen		L
Zypern		L
Europa	Illegal	Legal
Albanien		L
Belgien	*6)	
Bulgarien		L&H, Eug, Eth, MS, S
Dänemark		L&H, Eug, Eth, MS, S
Deutschland, Bundesrepublik		L
Deutschland, Demokratische Republik		L&H, Eug, Eth, MS, S, R
Finnland		L&H, Eug, Eth, MS, S
Frankreich		L
Griechenland		L&H, Eth
Großbritannien		L&H, Eug, MS
Irland	*	
Island		L&H, Eug, Eth, MS
Italien		L, Eth
Jugoslawien		L&H, Eug, Eth, MS, S
Luxemburg	*	
Malta	*	
Niederlande		L
Norwegen		L&H, Eug, Eth, MS
Österreich		L
Polen		L&H, Eth, MS, S
Portugal	*	
Rumänien		L&H, Eug, Eth, MS, S
Schweden		L&H, Eug, Eth, MS
Schweiz		L&H, MS ⁴⁾

Spanien	*	
Tschechoslowakei		L&H, Eug, Eth, MS, S
UdSSR		L&H, Eug, Eth, MS, S, R

- 1) In der Praxis.
- 2) In bestimmten Fällen verringerte Strafe.
- 3) Einschließlich Versagen des Empfängnisverhütungsmittels.
- 4) Einige Einzelstaaten oder Bezirke sind liberaler.
- 5) Nur Südaustralien.
- 6) Nicht streng durchgeführt.

Quelle: IPPF, Bulletin Nr. 216, März 1972.

In der Laienpresse, aber auch in medizinischen und standespolitischen Veröffentlichungen, ist zahlreiches Material zu diesem Thema erschienen, von dem vieles, entgegen wissenschaftlicher Arbeitsweise, durch emotionalen Überbau die zu fordernde Objektivität vermissen läßt.

Deshalb: Genug der weltanschaulichen und religiösen Kontroversen, der politischen Deklarationen, der Kassandrarufe und Selbstanklagen, die alle mehr verdunkeln als erhellen!

Auch nach endgültiger gesetzlicher Neufassung des derzeitigen § 218 durch das Parlament werden die Probleme sich nicht verringern, wenn auch in ihren Schwerpunkten verlagert sein. Mit journalistischen Kavalkaden wie „Nicht an ‚intrauterinem Blutbad‘ beteiligen“, so *Dietel* in einer Überschrift zur Erörterung des Abortproblems im „Hamburger Ärzteblatt“, nachgedruckt in der Zeitschrift „Der Frauenarzt“, ist es nicht getan [3]. Aus der Vielzahl der rational unkontrollierten, subjektiven bis undisziplinierten Aussagen seien beispielhaft die folgenden zitiert:

„Der Ungeborenen Tötung – Abtreibung: Tod den Ungeborenen! – Die Tötung des Menschen durch den Menschen. – Für die Exekution bei einer Legalisierung kommt der Arzt nicht in Betracht! – Die intrauterine Euthanasie als Schreckbild und in Analogie zum perfektionierten Massenmord der Nazizeit, – der Arzt als Erfüllungsgelhilfe, der Tötung auf Wunsch, – Abschaffung des Gebärzwanges, – Abtreibungselend, Aufstand der unterdrückten Frauen mit dem Proletarierfanal: „Mein Bauch gehört mir!“ – Der Paragraph voll Blut und Tränen. – Der Arzt in der Rolle des Henkers.“ –

Dies sind weitere für den emotional gesteuerten Ausdrucksstil typische Äußerungen. *Mitscherlich* hat drei Selbsttäuschungsmächte, die für Kollisionen zwischen Ich und Umwelt verantwortlich sind, als Deutungsmerkmale herangezogen:

- „(1) Der Prozeß der Verschiebung von Affekten auf einzelne oder Gruppen in der Außenwelt (nicht ich oder wir, die anderen hassen);
- (2) der Prozeß der Projektion von inneren Konflikten (nicht ich oder wir, die anderen verstoßen gegen Gesetz, Gewissen und Menschlichkeit);
- (3) der Prozeß der Verleugnung (ich oder wir haben überhaupt jene schimpflichen Wünsche nicht, die mir oder uns höchst unbilligerweise zugeschrieben werden) . . .“

In der Diskussion um den § 218 findet man ein Testfeld ersten Ranges für diese drei sich stützenden psychischen Prozesse vor (zit. n. *H. Poettgen*) [4].

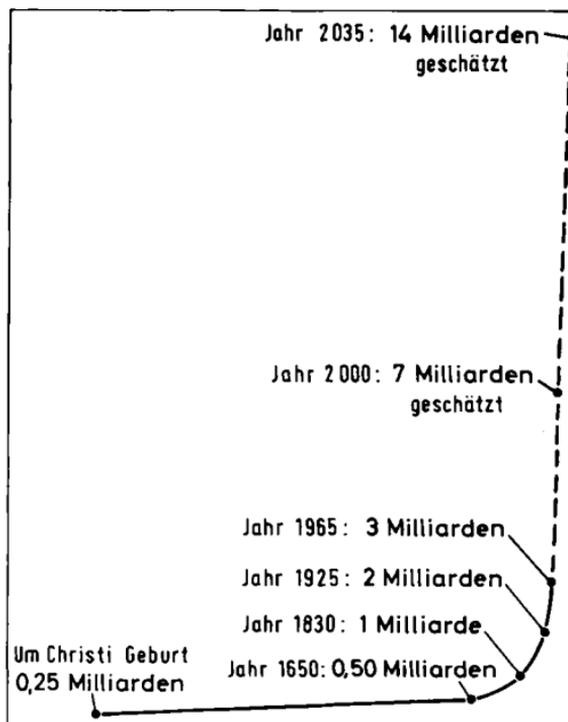
I.

Schwangerschaftsabbruch wird heute weltweit nicht mehr isoliert, z. B. als medizinische Aufgabe allein betrachtet. Auch in Europa, also auch bei uns, ist das nicht mehr möglich. Es ist ein Fehlschluß zu meinen, wir Mitteleuropäer wären Günstlinge des Jahres 2000, könnten in einem *laissez faire* die drohende Weltkatastrophe betrachten¹). Die Frequenzkurve der Menschheit nach *Nachtsheim* [5] zeigt dies besser als viele Worte (Graphik I). Diese Voraussage *Nachtsheims* stimmt sehr genau mit den Berechnungen überein, die die UNO im Jahre 1970 veröffentlicht hat (Tabelle 1).

Im Zeitalter der Atomtechnik und des immer engeren Zusammenschlusses großer kontinentaler Bevölkerungsgruppen zu Produktions- und Verbrauchergemeinschaften werden auch wir in den Sog der Bevölkerungsexplosion und ihrer Auswirkungen einbezogen werden. Wie nah die Probleme und deren Auswirkungen auf Zuwachs-, Geburten- und Sterblichkeitsrate in allen Ländern der Erde beisammenliegen, zeigt Tabelle 2.

¹) Anm. 2

Graphik I
Bevölkerung der Erde
Frequenzkurve der Menschheit
(H. Nachtsheim)



Frequenzkurve der Menschheit seit dem Jahr 0. Seit der Mitte des 17. Jahrhunderts ist zwar bereits eine stärkere Zunahme zu verzeichnen, doch liegt der Knick, der die Kurve aus einer Waagerechten zu einer Senkrechten hat werden lassen, im 20. Jahrhundert.

Besonders für Europa sind die Zahlen bezüglich ihrer nur sehr geringen Variationsbreite hierfür charakteristisch.

Eine Vielzahl sich teilweise ergänzender, andererseits widersprechender oder paralyzierender Fakten ist in allen Teilen der Erde zu beobachten; unter dem Schlagwort: „Bevölkerungsexplosion – Weltproblem Nr. 1!“ ist es allerorts bekannt. Ledig-

Tabelle 1: Vergangener und vorausgesagter Weltbevölkerungszuwachs (in Millionen Menschen)

	1960	1970	1980	1990	2000
Gesamt	2981	3632	4457	5438	6494
Mehr entwickelte Gebiete	976	1090	1210	1336	1454
Weniger entwickelte Gebiete	2005	2542	3247	4102	5040

Quelle: Eine gedrängte Übersicht über die Weltbevölkerungssituation 1970. UNO-Ausgabe Januar 1972, IPPF Bulletin.

lich graduelle Unterschiede, in der Substanz erstaunlich ähnlich, sind folgende Fakten auf der ganzen Erde, das alte, – sterbende? – Europa eingeschlossen. In dem noch anhaltenden aufsteigenden Schenkel der Parabel sind dies:

Bevölkerungszunahme einerseits,
Tendenz der Geburtenbeschränkung andererseits,
wachsende Industrie- und Produktionskapazitäten,
Mehrverbrauch an Nahrungsmitteln.

Der absteigende Schenkel der Parabel ist gekennzeichnet durch:

Rohstoffverknappung,
Nahrungsmittelbewirtschaftung bis hin zu
Hungersnöten,
zunehmende Umweltverschmutzung,
gesundheitliche und ökonomische Katastrophen
durch Krankheitszunahme und Weltwirtschafts-
krisen.

Um diesen zentralen, die Existenz der Menschheit gefährdenden Zusammenbruch zu steuern, ist Geburtenregelung s. Familienplanung¹⁾ eine der positiven, Schwangerschafts-

¹⁾ Anm. 3

Tabelle 2: Weltbevölkerung 1970 (Schätzungen in der Jahresmitte)

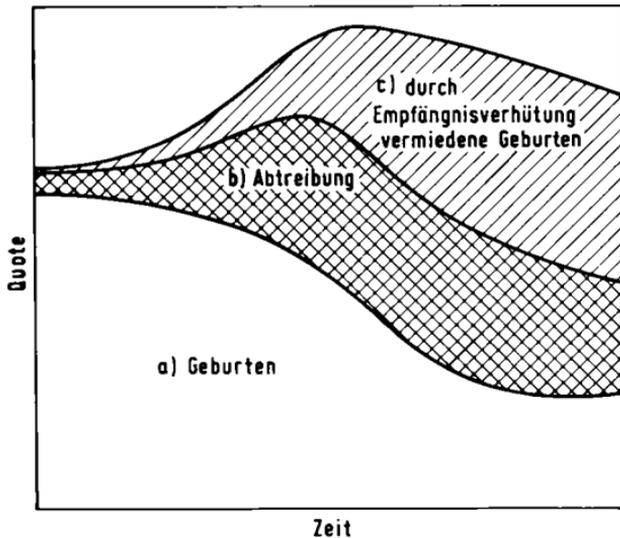
	Bevölke- rung (i. Mil- lionen)	Zuwachs- quote (Pro- zent)	Geburts- quote (pro Tausend)	Sterblich- keitsquote (pro Tausend)
Welt	3633	2,0	34	14
Afrika	344	2,6	46	20
Westafrika	101	2,5	49	24
Ostafrika	98	2,5	43	18
Nordafrika	87	3,1	48	17
Mittelfrika	36	2,1	45	24
Südafrika	23	2,4	41	17
Amerika	511	2,1	30	10
Nordamerika	228	1,2	18	9
Lateinamerika	283	2,9	39	10
Südamerika (trop. Zone)	151	3,0	41	11
Mittelamerika	67	3,4	44	10
Südamerika (gemäss. Zone)	39	1,8	26	8
Karibische Inseln	26	2,3	36	13
Asien	2056	2,3	38	15
Ostasien	930	1,8	31	13
China	765	1,8	33	15
Japan	103	1,1	18	7
Das übrige Ostasien	61	2,5	34	9
Südasien	1126	2,8	44	16
Mittleres Südasien	762	2,8	45	17
Südostasien	287	2,8	43	15
Südwestasien	77	2,9	36	13
Europa	468	0,8	18	10
Westeuropa	149	0,8	17	11
Südeuropa	128	0,9	19	9
Osteuropa	104	0,8	17	10
Nordosteuropa	81	0,6	18	11
Ozeanien	19,4	2,0	24	10
Australien und Neuseeland	15,4	1,9	20	9
Melanesien	2,8	2,4	42	18
Polynesien und Mikronesien	1,2	3,1	40	9
UDSSR	243	1,0	18	8

Quelle: Demographisches Jahrbuch der Vereinten Nationen 1970.

unterbrechung eine der negativen Maßnahmen, um gesellschaftliche Stabilisierung zu ermöglichen bzw. ihre bevölkerungsbedingte Ausuferung zu steuern (Graphik II).

Wie stark das Problem des künstlichen Schwangerschaftsabbruches¹⁾ eingebettet ist in einen Komplex von differenten biologischen, wirtschaftlichen, finanziellen, industriellen und medizinischen Determinanten, zeigen 3 Kurven (Graphik III), die ein Führungsteam des Massachusetts Institute of Technology (MIT) kürzlich erarbeitet hat [6].

Graphik II
Korrelationsschema
(M. Potts)



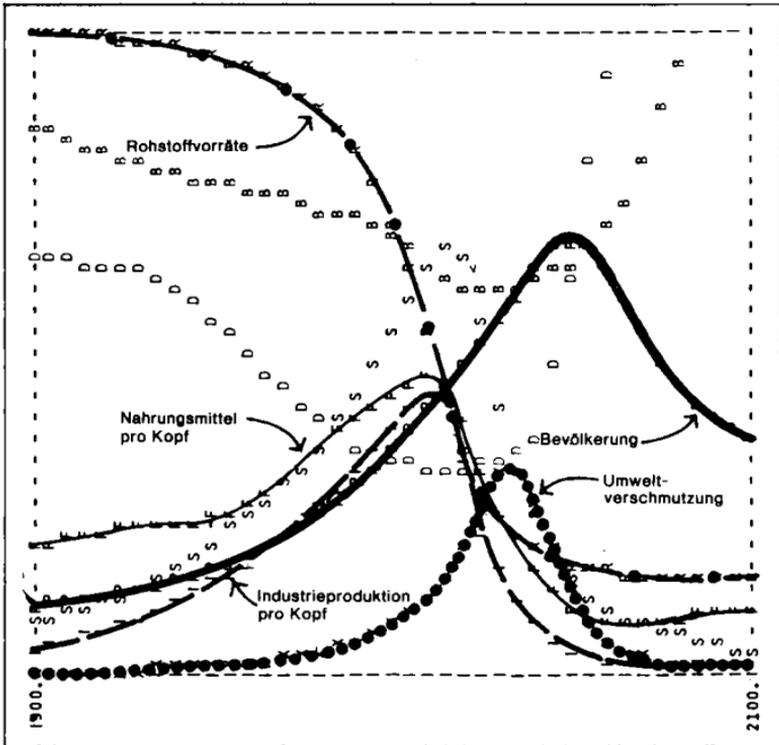
Graphisch dargestellt ergibt sich folgende Beziehung zwischen den 3 Größen:

- a) Geburtenziffer
- b) legaler und illegaler Schwangerschaftsabbruch
- c) durch Kontrazeption verhinderte Geburten

¹⁾ Anm. 4

Graphik III A
Standardlauf des Weltmodells

(D. Meadows) [6]



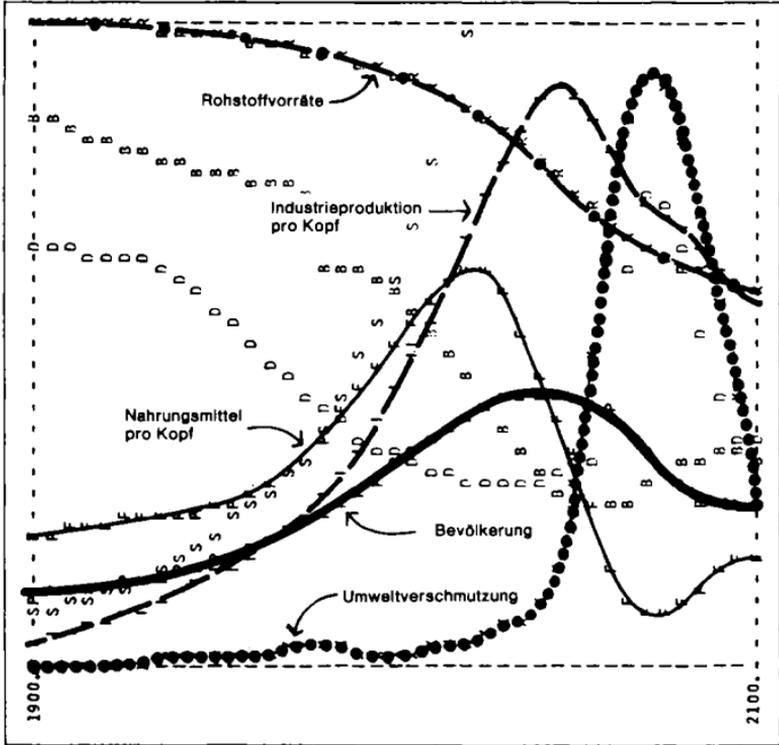
Drei der Projektionen, die das am MIT durchgespielte Weltmodell geliefert hat.

Wenn alles so weiterläuft wie bisher, dann werden Erdbevölkerung, Industrieproduktion, Nahrungsmittelerzeugung und Umweltverschmutzung zunächst rapide zunehmen. Doch die Rohstoffverknappung wird noch vor Ablauf der nächsten hundert Jahre die industrielle Basis zusammenbrechen lassen. Als bald werden Hunger und Krankheiten zu einer drastischen Dezimierung der Menschheit führen.

Graphik III B

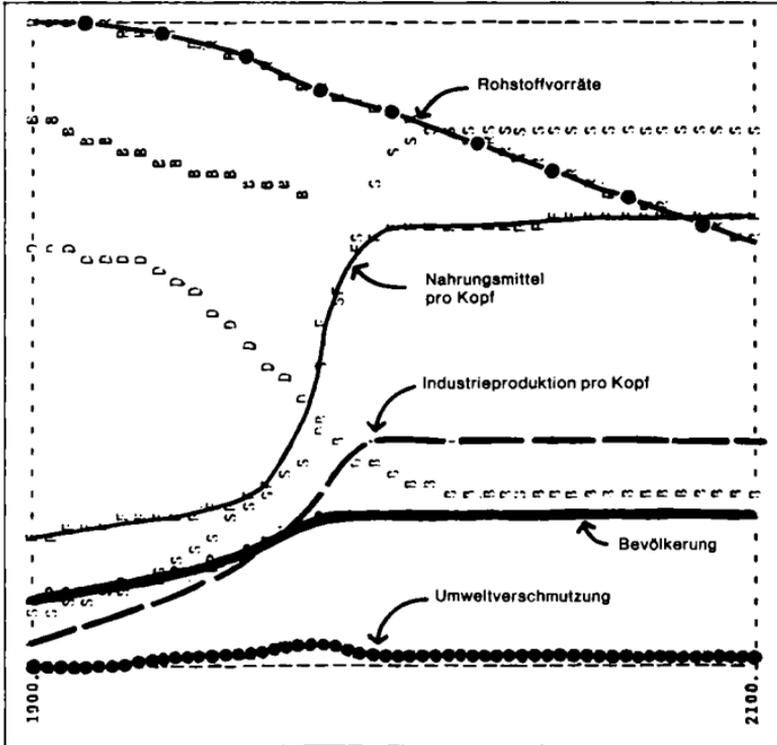
Rohstoffvorräte – Umweltverschmutzung – Geburtenkontrolle

(D. Meadows) [6]



Sollte in naher Zukunft eine weltweite perfekte Geburtenkontrolle möglich sein, und würden uns dramatische technische Fortschritte eine nahezu unbegrenzte Rohstoffversorgung ermöglichen, dann wäre eine Nahrungsmittelkrise dennoch nicht aufzuhalten.

Graphik III C
Stabilisiertes Weltmodell I
 (D. Meadows) [6]



Eine stabile Zukunft ergab die Hochrechnung des Weltmodells nur unter der Voraussetzung, daß in naher Zukunft weltweite Maßnahmen zur Kontrolle des Bevölkerungswachstums, zur Stabilisierung und Gleichverteilung der Industrieproduktion sowie zur Schonung der Umwelt und der Rohstoffquellen getroffen werden.

II.

Vergleichende Analysen verschiedener Staaten lassen eine Gruppierung in 3 Sektionen zu. Innerhalb dieser sind weitgehende zeitliche, substantielle, sozio-kulturelle Übereinstimmungen zu erkennen:

In der Gruppe I sind zusammengefaßt die skandinavischen Staaten:

D ä n e m a r k ,
S c h w e d e n ,
F i n n l a n d u n d
N o r w e g e n .

In diesen Ländern wird der Familienplanung seit etwa 40 Jahren große Beachtung geschenkt. Avantgardistische Ärztinnen wie Dr. h. c. *Ottesen-Jensen*, Schweden, und Agnete *Braestrup*, Dänemark, haben seit 1930 in ihren Ländern Pionierarbeit geleistet, die auch auf andere Länder sich fördernd ausgewirkt hat. In Deutschland gebührt dieses Verdienst u. a. Dr. Anne-Marie *Durand-Wever* und Dr. Ilse *Brandt*, Berlin [7]. In Skandinavien liegt somit ein Erfahrungszeitraum von 40 Jahren vor.

Die Gruppe II umfaßt die Ostblock-Staaten:

S o w j e t u n i o n ,
B u l g a r i e n ,
T s c h e c h o s l o w a k e i ,
U n g a r n ,
R u m ä n i e n ,
P o l e n ,
J u g o s l a w i e n ,
D e u t s c h e D e m o k r a t i s c h e
R e p u b l i k .

In den sozialistischen Ländern – die UdSSR nimmt eine Sonderstellung ein – setzt diese Entwicklung ca. 25 Jahre später ein, macht aber eine schnellere Vorwärtswicklung durch. Hier liegen Erkenntnisse über einen Zeitraum von etwa 20 Jahren vor.

In der Gruppe III befinden sich – beispielhaft ausgewählt – die Nachzügler, die Fußkranken der modernen Familienplanungsbewegung und Abortbekämpfung:

Großbritannien,
mehrere Staaten der USA
und
die Bundesrepublik Deutschland
einschl. Berlin (West).

Mit deutlicher Zeitübereinstimmung sind die Erstkodifizierungen in fast allen Ländern im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts erlassen worden. Die Erweiterungen oder Ergänzungen fallen in den skandinavischen Ländern in den Zeitraum nach dem 1. Weltkrieg, in den sozialistischen Ländern in die Zeit nach dem 2. Weltkrieg, und die Staaten der Gruppe III haben seit 1965 sich bemüht bzw. sind dabei, Gesetze zu schaffen, die den neuen soziologischen Gegebenheiten angepaßt sind (Tabelle 3).

Während in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) bisher kaum nennenswerte neue Erfahrungen gesammelt werden konnten, liegen aus vielen west- und osteuropäischen Staaten Erkenntnisse vor, von denen wir manches lernen könnten. Wir würden dadurch Anfangsschwierigkeiten verringern, Um- und Fehlwege vermeiden helfen, wenn wir vorurteilsfrei – sine ira et studio – die uns gestellten Probleme angehen würden. Deshalb sind entsprechend der historisch-gesetzlichen Abfolge zunächst die skandinavischen, anschließend die osteuropäischen und schließlich einige westeuropäische Länder und amerikanische Bundesstaaten abgehandelt¹⁾.

¹⁾ Tabelle A

**Tabelle 3: Zeittafel,
Erlasse von Abort-Gesetzen in verschiedenen Staaten**

Gruppe I	Dänemark	Schweden	Finnland	Norwegen
Erst-Kodifizierung	1866	1895	1889	1902
1. Abänderung	1930	1938	1928	1930
2. Abänderung	1937	1946	1950	1960
3. Abänderung	1956	1963	1956	1963
4. Abänderung	1970	–	1970	–
Gruppe II	UdSSR	Bulgarien	CSSR	Ungarn
Erst-Kodifizierung	1917	1896	1929	–
1. Abänderung	1920	1951	1950	1945
2. Abänderung	1936	1956	1957	1953
3. Abänderung	1955	1968	1962	1956
4. Abänderung	–	1970	1966	–
	Rumänien	Polen	Jugoslawien	DDR
Erst-Kodifizierung	1885	– ¹⁾	– ¹⁾	1871
1. Abänderung	1957	1950	1952	1926
2. Abänderung	1966	1956	1960	1933 + 43
3. Abänderung	1968	1959	1969	1945/46
4. Abänderung	–	–	–	1950
5. Abänderung	–	–	–	1965
6. Abänderung	–	–	–	1972
Gruppe III	Groß- britannien	USA	Bundes- republik Deutschland	
Erst-Kodifizierung	1861	1881	1871	
1. Abänderung	1929	1962	1926	
2. Abänderung	1967	1969/70	1933 + 43	
3. Abänderung	–	–	1945/46	
4. Abänderung	–	–	1953	
5. Abänderung	–	–	1969	

¹⁾ Daten unbekannt.