

Concepte

Zeitschrift für ethische Orientierung

Inhalt:

Verhütungsmittel — verhängnisvolle Nebenwirkungen, über die man nicht spricht.

Einführung	<i>Seite 1</i>
Mittel der künstlichen Kontrazeption	<i>Seite 8</i>
Die Spirale oder das IUD — Nebenwirkungen	<i>Seite 8</i>
Das Kondom oder Präservativ	<i>Seite 8</i>
Spermizide in verschiedenen Formen; Die Sterilisation bei Mann und Frau — Nebenwirkungen	<i>Seite 9</i>
Die Anti-Baby-Pille (Vorgeschichte, Wirkungsweisen, Einfluß äußerer Faktoren, manipulierte Informationen)	<i>Seite 10</i>
Nebenwirkungen der Anti-Baby-Pille bis hin zu Todesfällen	<i>Seite 16</i>
Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Nebenwirkungen, Thrombosen	<i>Seite 17</i>
Infektionsförderung	<i>Seite 19</i>
Pille und Aids; Krebsrisiko	<i>Seite 20</i>
Gutartige Tumore, Veränderungen im Verdauungstrakt	<i>Seite 21</i>
Augenstörungen, Mißbildungen, psychische Störungen	<i>Seite 22</i>
Störungen in der Sexualität; Widersprüchliches in der Literatur	<i>Seite 22</i>
Pflichten der Arzneimittelhersteller gegenüber dem Verbraucher bereits bei Anfangsverdacht auf Nebenwirkungen (Beschuß der 1. Großen Strafkammer des LG Aachen im Contergan-Verfahren vom 18.12.1970)	<i>Seite 23</i>
Bilanz der Kontrazeption und ihre Folgen	<i>Seite 26</i>
Literaturverzeichnis	<i>Seite 27</i>
Natürliche Empfängnisregelung (NER) nach Dr. med. Josef Rötzer mit Lexikon der Fachbegriffe	<i>Seite 31</i>

''Niemals in der Geschichte haben so viele Menschen ein so mächtig wirkendes Medikament wie die Anti-Baby-Pille mit so geringen Informationen über die möglichen Gefahren eingenommen.''

Prof. Dr. J. Davis, Direktor der Klinik für Empfängnisverhütung, Johns Hopkins University, Baltimore.

''Viele Ärzte verbieten ihren eigenen Frauen, die Pille zu nehmen, denn sie befürchten schädliche Nebenwirkungen.''

Barbara Seaman, Ärzte contra ''Pille'', Ullstein

Verhütungsmittel — verhängnisvolle Nebenwirkungen, über die man nicht spricht. Eine kritische Bilanz aus der Sicht eines Gynäkologen.

Dr. med. Rudolf Ehmann, Chefarzt Gynäkologie/Geburtshilfe am Kantonsspital, CH-6370 Stans, Schweiz
Unter Mitarbeit von Otto Döpfer

(Der nachfolgende Beitrag ist der völlig überarbeitete und erweiterte Vortrag, den Dr. Ehmann am 22.09.1990 in Dresden auf dem Internationalen Kongreß der „World Federation of Doctors who respect human Life“ gehalten hat.)

Einführung

Kontrazeption — Segen oder Fluch

Die Kontrazeption ist untrennbar verbunden mit der geistig-sittlichen Situation Europas und fast der ganzen industrialisierten Welt unserer Zeit. Gepriesen als Segen auf der einen, als Fluch verdammt auf der anderen Seite. Sie löste größte ideologische und gesellschaftliche Veränderungen aus.

Trennung von Sexualität und Fortpflanzung

Zum ersten Mal in der Menschheitsgeschichte gelang die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung in großem Umfang. Dieser bis dahin der privaten Sphäre angehörende Bereich drang nun plötzlich gewaltig in die Öffentlichkeit. Es wurde ein Recht auf frei verfügbare Sexualität gefordert mit Sprengung aller bisherigen Grenzen. Das Lustprinzip erhielt Vorrang vor der biologischen Bestimmung der Sexualität, der Fortpflanzung. Die Pornographiewelle leitete diesen Prozess theoretisch ein, die Antikonzeption vollzog ihn faktisch.

Medikalisierung der Empfängnisregelung

Im Rahmen dieses Vorganges geschah etwas bisher nicht Dagewesenes: Die Empfängnisregelung wurde nahezu vollständig medikalisiert; der Arzt, bis dahin Lebensförderer, wurde unverhofft und zunächst ungewollt zum wesentlichen Mitbestimmer der Lebensverhinderung und damit einer ungeheuerlichen Geburteneinschränkung, unter deren Folgen die westliche Welt noch lange zu leiden haben wird.

Die Medikalisierung erfolgte nicht von ungefähr, handelt es sich bei den wesentlichen modernen Kontrazeptiva doch um „Medikamente“ im weitesten Sinne. Das will heißen, um Mittel, die in einer Weise in den menschlichen Organismus eingreifen, welche die Zuziehung des zuständigen Spezialisten unerlässlich werden ließ.

Ein Novum war auch, daß erstmals in der Medizin Pharmaka in großem Stil nicht aus medizinischer Indikation, sondern aus anderen Gründen eingesetzt wurden.

Das kleinere Übel

Es fiel nicht schwer, die Ärzte für dieses Vorhaben zu gewinnen, indem ihnen, wie auch der Bevölkerung, das Schlagwort suggeriert wurde: „Lieber Verhüten als Abtreiben.“ Daß damit der Teufel durch Beelzebub ausge-

trieben wurde, merkten die Wenigsten. Denn gleichzeitig wurde — besonders auch von Moraltheologen — der Begriff des „kleineren Übels“ breitgeschlagen, der seine Wirkung ebenfalls nicht verfehlte und auf den ersten Blick sehr verhängnisvoll wirkte und immer noch wirkt.

Identität internationaler Lobbyisten

Fast gleichzeitig wurde die **Abtreibung** in allen westlichen Ländern systematisch und Schritt für Schritt mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, selbst mit Lüge und Sprachmanipulation propagiert, geltende Strafvorschriften zuerst gezielt übertreten, dann vom Gesetzgeber weitgehend aufgehoben und damit das Bewußtsein von der eigenen, unantastbaren Würde und dem unveräußerlichen Lebensrecht des ungeborenen Kindes zerstört.

Mit falschen Zahlen wurden parlamentarische Willensbildungsprozesse „vorstrukturiert“. Einige Beispiele von gefälschten Zahlen über Abtreibungen für Westdeutschland und für die USA (14: *Concepte Heft 5-9/1990, S. 17-18*):

1964: Pro familia: 1.051.000 Abtreibungen

1971: STERN: „Jährlich treiben rd. 1 Million Frauen ab. Hunderte sterben, zehntausende bleiben krank und steril.“

1986: SPD-Vorstand: „Jahr für Jahr riskierten zwischen einer halben und dreiviertel Millionen Frauen den Schwangerschaftsabbruch in der Illegalität.“ Bezug genommen wurde auf angeblich offizielle Schätzungen des 45. Ärztetages 1928: 800.000 Abtreibungen im Deutschen Reich. 10.000 Frauen starben, 50.000 wurden krank, viele von ihnen chronisch. Diese Aussage ist mehrfach falsch: Der 45. Ärztetag fand nicht 1928 statt, sondern am 25.-26.6.1926. Über Abtreibungen wurden keine Schätzungen abgegeben!

Die Wirklichkeit sah ganz anders aus:

Der Göttinger Gynäkologe, Prof. Heinz Kirchhoff, stellte 1972 richtig: z. B. keine 15.000 oder ähnlich astronomisch klingende Zahlen an Todesfällen, sondern lediglich 97!

Christopher Tietze, Mitarbeiter des amerikanischen Alan Guttmacher Instituts und anerkannter Fachmann in 7 wissenschaftlichen Arbeitsgruppen der WHO, nennt in seinen periodisch erscheinenden „Weltübersicht(en)

zur Abtreibung“ für Westdeutschland im Jahr 1970: lediglich 4.900 Abtreibungen.

Der amerikanische Arzt Dr. Bernhard Nathanson, der früher führend am Aufbau der „Amerikanischen Liga für das Recht auf Abtreibung (NARAL)“ beteiligt war und selbst über 60.000 Abtreibungen ausgeführt hat und heute zu den entschiedensten Gegnern der Abtreibung zählt, schildert heute in öffentlichen Vorträgen, wie er und andere demokratische Willensbildungsprozesse durch gefälschte Zahlen „vorstrukturiert“ haben:

„Wir fälschten die Zahl der illegalen Abtreibungen. ... Wir wußten, daß die Gesamtzahl der illegalen Abtreibungen in den USA jährlich etwa 100.000 betrug. Die Anzahl aber, die wir wiederholt — wiederholt! — an die Öffentlichkeit und die Medien weitergaben, war 1 Million. ... Bei illegalen Abtreibungen starben zwischen 200 und 250 (jährlich). Die Anzahl, die wir beständig wiederholten und an die Medien weitergaben, war 10.000. Die Zahlen begannen das öffentliche Bewußtsein in Amerika zu prägen.“

Eine andere Taktik beschreibt Dr. Nathanson später: „Die wichtigste und wirkungsvollste Taktik, die wir (NARAL) zwischen 1968 und 1973 benutzten, war die „katholische Karte.“ Damit meinte er:

1. die gezielten Angriffe und Verleumdungen gegen die katholische Kirche, mit Worten wie: rückständig, reaktionär, nicht mit der Zeit gehend; und
2. die falsche Reaktion vieler kirchlicher Funktionsträger und katholischer Bischöfe auf diese haltlosen Anwürfe (14: *Concepte* Heft 5-9/1990, S. 18).

Allein diese Tatsache beweist, daß es den Kontrazeptionisten mit ihrem Slogan „lieber Verhüten als Abtreiben“ nicht ernst sein konnte. Wie sich zeigte, handelt es sich dabei um **die gleiche Lobby**, nämlich **die Bevölkerungsplaner** (z. B. International Planned Parenthood Federation, Population Council u. a.). Wäre es mit der Verhütung ernst gemeint gewesen, hätte die Abtreibung nicht gleichzeitig massiv propagiert und infolge dieses Druckes vom Gesetzgeber praktisch straflos gestellt werden dürfen: sie hätte vielmehr massiv bekämpft werden müssen.

Zusammenhang zwischen Antikonzeption und Abtreibung: das Kind als Bedrohung

Wir wissen heute: Antikonzeption und Abtreibung hängen engstens zusammen. Nicht nur, wie wir noch sehen werden, hinsichtlich des Wirkmechanismus, sondern vor allem ideologisch und psychologisch. Eine wirkungsvolle Antikonzeption will verhüten: **es ist das Kind, das verhindert werden soll**. Dadurch entwickelte sich zunehmend eine negative Einstellung zum Kind, es

kristallisierte sich rasch das **Feindbild Kind** heraus. Da es die Sexualität ist, die hier involviert ist und die einen dominierenden Trieb des Menschen darstellt, war es unumgänglich, daß diese gegenüber dem Kind bald die Priorität erhielt. Das Kind wurde immer mehr zur unerwünschten Begleiterscheinung der Sexualität. Wenn es trotz der angewandten Kontrazeption entstand, wurde es verworfen und abgetrieben. Den Promotoren der Kontrazeption war wohl bewußt, daß kein Antikonzeptivum letzte Sicherheit bot und als letzter Ausweg nur die Abtreibung bleiben würde. So wurde die Abtreibung zur Absicherung der Kontrazeption benötigt und daher auch gleichzeitig propagiert (8). Von Kalifornien wissen wir, daß 40% der 300.000 - 500.000 Abtreibungen pro Jahr durch Kontrazeptionsversager bedingt sind (41). Aufschlußreich ist auch die Beobachtung, daß ausgerechnet in den Ländern, die die moderne Antikonzeption im großen Stil akzeptierten, die Abtreibungszahlen im gleichen Zeitraum nicht ab-, sondern massiv zunahmen. — Für viele wurde durch eine schleichende Mentalitätsänderung die Kontrazeption schließlich durch die Abtreibung ersetzt, wie dies Jugoslawien beweist. Seitens der Bevölkerungsplaner wurde sie schließlich als reguläres Mittel zur „Geburtenkontrolle“ eingesetzt. So ging wohl der größte Teil der Ärzte dieser infamen Täuschung — nämlich „lieber Verhüten als Abtreiben“ — auf den Leim.

Auch Christopher Tietze vom Population Council in New York, einer der obersten Bevölkerungsplaner, erklärte 1983:

„Weil Abtreibung und Empfängnisverhütung die Vermeidung unerwünschter und fehlerterminierter Geburten als gemeinsames Ziel teilen, besteht eine hohe Wechselwirkung zwischen Abtreibungs- und Empfängnisverhütungserfahrung in Bevölkerungen, wo sowohl Empfängnisverhütung als auch Abtreibung erhältlich sind und wo ... Paare versucht haben, die Zahl und den Abstand ihrer Kinder zu regulieren. In solchen Gesellschaften haben Frauen, welche Empfängnisverhütung praktiziert haben, wahrscheinlich eher eine Abtreibung gehabt als solche, die dies nicht taten. Abtreibung allein ist eine unwirksame Methode der Fruchtbarkeitsregulierung, aber sie wird zunehmend in dem Maß wirksamer, in dem die Ausweitung der Anwendung von Empfängnisverhütungsmitteln ihr die Rolle einer **Rückversicherungs-Maßnahme** (Hervorhebung durch die Redaktion) zuweist“ (129).

Ebenso sieht Pierre Chaunu einen Zusammenhang:

„Es gibt nicht eine Verhütung, eine Abtreibung und eine Sterilisation, sondern sie alle bilden ein Ganzes, bei dem das eine sich zwangsläufig aus dem anderen entwickelt. So wie Liebe, Geschlechtlichkeit und Fortpflanzung ein Ganzes aus relativ autonomen und doch nicht völlig voneinander zu trennenden Wirklichkeiten bilden, so sind auch künstliche Empfängnisverhütung, Abtreibung

und Sterilisation nichts als drei Etappen ein und derselben Familienpolitik“ (12: S. 207).

Daß die immer wieder aufgestellte Behauptung, die Benutzung von Verhütungsmitteln würden die Abtreibungszahlen senken, wie es in dem Werbespruch „Lieber verhüten als abtreiben“ unmißverständlich zum Ausdruck kommt, falsch ist, beweisen die jüngsten Zahlen aus **England**, das zu den Ländern mit der höchsten Pillen-Akzeptanz gehört: dort nehmen 43% (!) der Frauen die Pille; das ist fast jede zweite englische Frau! Würde die Benutzung von Verhütungsmitteln die Abtreibungszahlen senken, müßte die Abtreibungsquote in England entsprechend gesunken sein. Das ist aber nicht der Fall. Vielmehr hat die Quote der Abtreibungen in England und Wales nach den von der britischen Regierung 1988 vorgelegten offiziellen Zahlen einen neuen Höchststand erreicht. Danach stieg die Zahl der Abtreibungen von 1969 bis 1988 von 7% auf 20%. Das ist eine Steigerung von 300% (!). Bei Teenagern stieg die Zahl von 9% sogar auf 36%, hat sich also vervierfacht (112). In Schottland betrug die Zahl der Kindestötungen im Mutterleib rund 16%. — In Großbritannien sind Abtreibungen seit 1967 legalisiert. 1989 wurde die Frist für die straffreie Tötung ungeborener Kinder von 28 auf 24 Wochen verkürzt (112).

Manipulation der Sprache

Dr. med. B. Nathanson, der ca. 1 1/2 Jahre die größte Abtreibungsklinik in den USA geleitet hatte — vom Saulus zum Paulus wurde und heute einer der entschiedensten Gegner der Abtreibung ist — hat den Ausdruck geprägt: **„Verbal engineering precedes always social engineering.“** (**Manipulation der Sprache — Manipulation der Gesellschaft**).

Politik hat mit Macht zu tun: mit Kampf um die Macht, mit dem Kampf um den Erhalt der Macht und mit der Beeinflussung der Bürger. Macht ist jedoch nur dann total, wenn sie sich das Denken gefügig machen kann. Denken geschieht durch Sprache. Deshalb ist Sprache auch Politik. Schon Friedrich Nietzsche sagte voraus: Der wirkliche Machthaber werde künftig der sein, der neue Sprachregelungen durchsetzen könne (48). „Eine solche Verbreitung der eigenen Sprachregelungen hat stets den Charakter eines Herrschaftsprozesses“ (61: S. 44).

Prof. Dr. Günter Rohrmoser, Stuttgart, schreibt: „Alle Veränderungen unserer Gesellschaft sind Resultate kulturevolutionärer Veränderungen, die so vor sich gehen, daß erst die Sprache, dann über die Sprache das Bewußtsein und schließlich über das Bewußtsein die Bedürfnisse der Menschen verändert werden. Aus den veränderten Bedürfnissen geht die Revolution der steigenden Erwartungen hervor, und diesen neuen Erwartungen entsprechend werden neue Werte und Normen gesetzt und politisch durchgesetzt“ (99, 100).

„Die fundamentale Dimension des Prozesses der Veränderung der Gesellschaft vollzieht sich in der anthropologischen Veränderung, in dem Bereich der Bildung und Deutung der gesellschaftlichen Realität“ (100).

Die Entkriminalisierung der Tötung ungeborener Kinder im Mutterleib wurde durch die Sprachregelung erst ermöglicht.

Geradezu ein klassisches Beispiel für eine solche Sprachmanipulation ist die Änderung des Paragraphen 218 in Deutschland unter der Regierungsverantwortung der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) im Jahre 1974. Der bis 1974 gültige Gesetzestext umschrieb den Tatbestand mit folgenden Worten:

„Eine Frau, die ihre Leibesfrucht abtötet oder die Abtötung durch einen anderen zuläßt, wird ... bestraft...“ (110).

Das Rechtsschutzobjekt der Tötungshandlung, nämlich das ungeborene Kind, wurde „Leibesfrucht“ genannt. Demgegenüber heißt es in der von der SPD geänderten und seit 1974 gültigen Norm nur noch:

„Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird ... bestraft. ...“.

Hier wird das eigentliche Rechtsschutzobjekt, nämlich das ungeborene Kind, nicht mehr genannt: abgestellt wird nur noch auf einen Vorgang am Leib der Frau! Das ist gekonnte Sprachmanipulation. Aufgrund der heutigen Erkenntnisse der Humanembryologie hätte die Vorschrift etwa lauten müssen: „Wer ein ungeborenes Kind im Mutterleib ... tötet, wird bestraft. Der neue Mensch beginnt mit der Empfängnis...“

Eine weitere Sprachmanipulation: die Verwendung des Begriffes „Indikation“ oder „Indikationsregelung“ als Bezeichnung für die Voraussetzungen, die vorliegen müssen, damit der Arzt die Tötungshandlungen an dem ungeborenen Kind ungestraft vornehmen darf. Das Wort „Indikation“ (von lat. „indicare“ = anzeigen) bedeutet **Heilanzeigen** (93), nicht „Tötungsanzeigen“. Hier wird die „Tötungsanzeigen“ durch den Begriff „Indikation“ als „Heilanzeigen“ ausgegeben.

Daß die jeweilige Sprache die Wahrnehmungs-, Handlungs- und Erlebnisweisen der Menschen entscheidend und nachhaltig beeinflußt, haben die Sprach- und Kulturforschungen von Sapir und Whorf ergeben (61: S. 44).

Die Sprachregelungen haben das Rechtsbewußtsein tiefgreifend verändert. Mit dem Schwinden des Rechtsbewußtseins schwindet immer auch das Unrechtsbewußtsein für unrechtes Tun oder Unterlassen. So kann es nicht verwundern, daß das Unrechtsbewußtsein für die Tötungshandlungen am ungeborenen Kind fast gänzlich verschwunden ist. War das politisch vielleicht gewollt? Welches Ausmaß der Verlust des Rechts- und Unrechtsbewußtseins bereits erreicht hat, mag ein erschütternder Be-

richt einer Krankenschwester über die Praxis einer gynäkologischen Station einer großen Hamburger Klinik Mitte der 80er Jahre verdeutlichen. Ich zitiere aus der Schwäbischen Zeitung aus D-7970 Leutkirch 1 (Postfach 1145, Rudolf-Roth-Str. 18) vom 05.12.1990, Spalte „Kirche und Leben“:

„... Ein anderes Mal erlebte ich ein Schwangerschaftsende ... im sechsten Monat mit. Die Frau hing am Wehentropf, das heißt, die Wehen wurden mit einem Medikament künstlich eingeleitet. Die Preßwehen setzten ein. Ich rief den diensthabenden Arzt. Der im Bett liegenden Frau wurde ein Steckbecken untergeschoben, und das Kind fiel hinein. Es wimmerte. Die Frau fragte ungläubig: 'Lebt es etwa? Schreit es?' Das Kind wurde vom Arzt abgenabelt und der Deckel auf das Steckbecken gelegt. Ich brachte das Becken in den Spülraum unserer Station, wo es nach Vorschrift fast zwei Stunden stehen muß. Dann war das Kind schließlich tot. Es kam zum klinischen Müll. ... Meines Wissens hat sich die Situation auf dieser Station bis heute nicht geändert.“

Hier dürfte es sich nicht um eine Abtreibung im Sinne des § 218 deutsches Strafgesetzbuch, sondern um eine vorsätzliche Tötung im Sinne der §§ 211 deutsches StGB gehandelt haben. Auch hier wieder die unbedachte Sprachregelung: die vorsätzliche Tötung des 6 Monate alten Kindes, das lebend zur Welt kam, wird bezeichnet mit „Schwangerschaftsende im sechsten Monat“.

Durch dieselbe Taktik „Manipulation der Sprache — Manipulation der Gesellschaft“ wurde die praktische Straffreiheit der Pornographie durchgesetzt.

Die Slogans „Lieber verhüten als Abtreiben“ oder „Verhüten ist das kleinere Übel“ und viele andere sind ebenfalls solche zielgerichteten Manipulationen der Sprache.

Was bewirken nun diese Begriffe?

Zunächst erfolgte eine Relativierung althergebrachter und aufs Äußerste bewährter Moralvorstellungen. „Das kleinere Übel“ läßt völlig außer acht, daß „nichts Negatives getan werden darf, um etwas Positives zu erreichen“. Ganz abgesehen davon, daß dieses „Positive“ in keiner Weise erreicht wurde und wird, sondern immer noch Negativeres die Folge dieses Verhaltens war und ist.

Wertfreie Medizin — Medizin ohne Ethik

Mit dieser Relativierung der Moralbegriffe wurde im weiteren eine wertfreie Ethik angestrebt. Man dürfe niemandem seine Wertvorstellungen aufdrängen, selbst wenn es sich um die Wahrheit handelt. Daraus wurde dann die **wertfreie Medizin**, die **Medizin ohne Ethik**. Das führte soweit, daß ein „gut katholischer“ Arzt, der

sich am Namen „World Federation of Doctors Who Respect Human Life“ stieß, sagen konnte: „Es gibt keinen Arzt, der das Leben nicht achtet.“ Der Betreffende legt Frauen die frühabtreibende Spirale mit der Begründung ein, sie wünschten dies und seien nicht imstande, sie sich selbst einzulegen. Dieses Verhalten weist auf eine weitere Folgeerscheinung der „modernen Ethik“ hin, nämlich die **Permissivität in der Medizin**. Der Patient kann wünschen, der Arzt ist lediglich der neutrale, wertfreie Ausführende. Das kann, angefangen von kosmetischen Eingriffen über die Antikonzipation, die pränatale Diagnostik und Abtreibung bis hin zur Euthanasie seine Gültigkeit haben.

Panikmache mit der Überbevölkerungsideologie

Ideologisch-emotional verhalf ein weiterer Motivationsfaktor der modernen Antikonzipation zum Durchbruch, nämlich derjenige der Eindämmung der „Überbevölkerung“, einer weiteren handfesten Lüge (98). — Eine Überbevölkerung gibt es in der Tat nicht. — Die Antikonzaptiva sollten ursprünglich die „Überbevölkerung“ in der Dritten Welt in den Griff bekommen. Da die Führer dieser Länder seinerzeit das Spiel durchschauten und ihre Frauen diesen künstlichen Eingriffen nicht aussetzen wollten, mußte blitzschnell umgeschaltet und bewiesen werden, daß auch **Frauen der Industrienationen** z.B. Pille und die frühabtreibende Spirale akzeptierten, was denn auch in ungeahntem Ausmaß der Fall war. Nur mit dem Effekt, daß nun in diesen Ländern die unbeabsichtigte Bevölkerungsimplosion erfolgte, während in der Dritten Welt die Bevölkerungszunahme weiterging. Bis heute konnten sich die modernen Antikonzptionsmethoden in den Drittweltländern nicht durchsetzen, hingegen in zunehmendem Maße die natürliche Geburtenregelung.

Was bei uns geschah, formulierte die englische Ärztin **Dr. med. Ellen Grant** in ihrem aufsehenerregenden Buch: „**Die bittere Pille**“ so: „**Die Gesundheit der Frauen wurde auf dem Altar der Bevölkerungsplanung geopfert**“ (26).

Bedrohliche Auswirkungen auf die Bevölkerungsstruktur — Beispiel Deutschland

Die bedrohlichen Auswirkungen auf die Bevölkerungsstruktur Westdeutschlands mögen einige Zahlen verdeutlichen: Die Einführung und Aufrechterhaltung der dynamischen Rentenreform 1957 unter Bundeskanzler Dr. Konrad Adenauer, CDU, war abhängig von einer bestimmten Kinderzahl, die notwendig war, um das System stabil zu halten. Nimmt man diese notwendige Kinderzahl im Jahre 1957 mit 100% an, so war die Kinderzahl im Jahr 1983 auf rd. 60% abgesunken, d. h.: 1983 fehlten für die Stabilität des Rentensystems bereits 40%

Der Bevölkerungsrückgang begann 1970. Der Netto-reproduktionskoeffizient, der von 1956-1969 immer über 1 lag — 1969 betrug er 1,037 — sank 1970 nämlich unter 1: auf 0,946 und seit 1970 kontinuierlich tiefer, bis er 1982 für die westdeutsche Bevölkerung nur noch 0,647 betrug (121, 111).

Der Nettoproduktionskoeffizient ist die Zahl, die Auskunft darüber gibt, ob die Bevölkerung eines Staates stagniert, also weder ab- noch zunimmt, sondern konstant bleibt (das wird mit der Zahl 1,000 ausgedrückt); ob sie abnimmt (das wird mit der Zahl unter 1, nämlich mit 0,... ausgedrückt) oder ob sie zunimmt (das wird mit einer Zahl über 1, nämlich 1,... ausgedrückt).

Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden betrug der Netto-reproduktionskoeffizient (121, 111):

- von 1881-1913 im Deutschen Reich: 1,409
(= steigende Bevölkerung);
- 1925 im Deutschen Reich: 1,000
(= stagnierende Bevölkerung);
- 1930 im Deutschen Reich: 0,852
(= sinkende Bevölkerung);
- 1931 im Deutschen Reich: 0,770
(= sinkende Bevölkerung);
- 1935 im Deutschen Reich: 0,890
(= sinkende Bevölkerung);
- von 1949-1955 in Westdeutschland: 0,934
(= sinkende Bevölkerung);
- von 1956-1969 in Westdeutschland: 1,118
(= steigende Bevölkerung).

In den Jahren von 1956 bis 1969, in denen die CDU/CSU die Regierungsverantwortung besaß, lag der Koeffizient über 1.

Seit 1970, dem Beginn des Sinkens der Bevölkerung, weist das Statistische Bundesamt in Wiesbaden den Netto-reproduktionskoeffizienten aus: einmal für die Gesamtbevölkerung, dann erstmals getrennt für Deutsche und für Ausländer in Westdeutschland.

Der Netto-reproduktionskoeffizient erreicht 1978 für die deutsche Bevölkerung mit 0,627 einen Tiefstand, stieg 1979 ganz geringfügig auf 0,628 und 1980 auf 0,658 an, um dann wieder weiter abzusinken:

- 1981 auf 0,655;
- 1982 auf 0,647;
- 1983 auf 0,620;
- 1984 auf 0,604;
- 1985 auf 0,602 (Tiefststand).

Seit 1986 steigt der Koeffizient wieder leicht an, liegt aber noch immer deutlich unter 1 (1988 betrug er für die Gesamtbevölkerung in Westdeutschland nur 0,663!).

Die Reproduktionsraten für 1989 und 1990 liegen dem Statistischen Bundesamt in Wiesbaden noch nicht vor.

Betrachtet man die Netto-reproduktionsraten bis 1969 (über 1) und seit 1970 (unter 1), so fällt ein **zeitlicher Zusammenhang** auf, der zufällig sein kann: Das Absinken der Reproduktionsrate unter 1 fällt zeitgleich zusammen mit der Übernahme der Regierungsverantwortung durch die SPD, die von Oktober 1969 bis September 1982 den Bundeskanzler gestellt hat (Willy Brandt von Okt. 1969 - Mai 1974; Helmut Schmidt von Mai 1974 - Sept. 1982). Auch wenn sich aus dem bloßen zeitlichen Zusammenhang zwischen Übernahme der Regierungsverantwortung durch die SPD und dem Absinken der Reproduktionsraten unter 1 kein kausaler Zusammenhang ableiten läßt, so fielen in die SPD-Regierungszeit (Okt. 1969 - Sept. 1982) gesellschaftspolitisch weitreichende Gesetzesänderungen, deren gewollte oder ungewollte Folgen das gesamte christlich tradierte Wertgefüge bis heute nachhaltig erschüttert haben und die sicherlich nicht ohne Auswirkungen auf Ehe, Familie, Eltern-Kind-Verhältnis, Bürger-Staat-Verhältnis, Erziehung und moralisches Verhalten geblieben sind. Die Gesetzesänderungen betrafen z. B. das Sittenstrafrecht, das Eherecht, den Strafvollzug, die Volljährigkeit; die Aufhebung der „elterlichen Gewalt“ und Ersetzung durch das „elterliche Sorgerecht“, die Forderung nach Aufhebung des § 218 StGB, das Steuerrecht, die Sozialgesetzgebung u. a.

Die sittenprägende Kraft des Rechts wurde als überholte und antiquierte Vorstellung verneint (137); die geistig-moralischen Grundlagen Westdeutschlands wurden nachhaltig schwer erschüttert. Die Marktwirtschaft wurde destabilisiert und die sehr umstrittene deutsche Ostpolitik eingeleitet.

So wurde 1975 das totale Verbot pornographischer Erzeugnisse weitestgehend aufgehoben und damit staatlicher Kontrolle entzogen, weil private und öffentliche Moral angeblich überflüssige Rechtsgüter seien (119, 137). Daß Pornographie „nach von oben gesetzten Normen“ „Unzucht“ ist, gegen die „Sexualordnung Ehe“ und gegen das „Sittengesetz“ (Art. 2 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland) verstößt und geahndet werden muß, weil sonst die Kontrollregeln „aller nicht der Fortpflanzung dienenden Formen der Sexualität“ gesprengt würden, diese Auffassung wurde von der SPD als konservative Ideologie abgelehnt und entschieden bekämpft (119: S. 13).

1988 erklärte die stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Renate Schmidt, zu der Strategie der 70er Jahre: „Die linke, in emanzipatorischer Intention erfolgte Lösung aus dieser Kontrolle hatte zum Ziel, sexuelle Vorgänge durch die Freigabe ihrer Darstellung ... vom Stigma der Unzucht, des Sündigen oder Schmutzigen zu befreien“ (113: S. 13)!

Die Sexualität sollte von der Fortpflanzung abgetrennt und als ein körperliches Bedürfnis wie jedes andere betrachtet werden. Mit nachhaltigen Folgen! Die Lust wurde „privatisiert“, die Folgen der Lust „vergesell-

schaftet“. „Der Gesichtspunkt 'Schutz der Würde der Frau' stand nicht im Zentrum der Beratungen“ (Anm. der Redaktion: über die Änderung des Sittenstrafrechts in den siebziger Jahren) gab 1988 der stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Dr. Willfried Penner, zu (119: S. 19). Rückblickend stellte Renate Schmidt, SPD, 1988 weiterhin fest: „Der Irrtum der sexuellen Revolution war, die vom Stigma der 'Unzucht' und vom Zwang zur Fortpflanzung befreite Sexualität ... als ein körperliches Bedürfnis wie jedes andere zu betrachten“ (119: S. 14).

Angesichts der nachhaltigen Folgen, der Zunahme der allgemeinen Aggressivität, des allgemeinen Gewalteklimas, auch in den Medien (83; 119: S. 223), — eine Entwicklung, die vorhersehbar war, wenn Hemmschwellen abgebaut werden und die Scham zerstört wird —, stellte der Arbeitskreis der SPD-Bundestagsfraktion für die Gleichstellung von Frau und Mann 1988 auf einmal „die Frage einer möglichen Einschränkung oder gar Aufhebung der Liberalisierung“ und eines anderen Verhältnisses „zur Sexualität“ (119: S. 14), um am Schluß der SPD-Anhörung festzustellen: „Wir brauchen eine neue Ethik“, die allerdings die Aufgabe haben soll, „wesentliche Inhalte der Aufklärung für unsere Situation heute aufrechtzuerhalten“ (119: S. 224).

Prof. Dr. C. S. Lewis hat im Februar 1943 sich in 3 Vorlesungen — er war von der Universität Durham eingeladen worden — mit der Frage der **Objektivität der ersten Sittlichkeitsprinzipien** beschäftigt und mit seltenem Scharfsinn dargelegt, daß es um Sein oder Nichtsein der Menschheit im ganzen geht, wenn der Mensch das absolut gültige Sittengesetz mißachtet und meint, sich eine neue, ihm genehme Ethik machen zu können. Die 3 Vorlesungen erschienen 1943 in Buchform, dessen Originaltitel lautet: „The Abolition of Man, or Reflections on education with special reference to the teaching of English in the upper forms of schools“.

Das Buch ist 1979 in deutscher Sprache erschienen unter dem Titel: „Die Abschaffung des Menschen“ (62).

„... Das Naturgesetz oder die überlieferte Moral oder das Erste Prinzip der Praktischen Vernunft...“ „ist nicht ein (Hervorhebung durch die Redaktion) Wertsystem innerhalb einer Reihe von möglichen Wertsystemen. Es ist die einzige Quelle aller Werturteile“, legte Prof. Dr. C. S. Lewis überzeugend dar. „Wird es abgelehnt“, fährt er fort, „wird jeglicher Wert verworfen. Wird irgendein Wert beibehalten, wird auch es beibehalten. Der Versuch es abzulehnen und ein neues Wertsystem an seine Stelle zu setzen, ist ein Widerspruch in sich. Nie hat es in der Weltgeschichte ein radikal neues Wertsystem gegeben, und es wird nie eines geben. Was den Anspruch erhebt, ein neues System oder (wie es heute heißt) eine neue Ideologie zu sein, besteht aus lauter Fragmenten“ des Naturgesetzes oder der überlieferten Moral „selbst, die — willkürlich aus dem Zusammenhang des Ganzen gerissen und in ihrer Isolierung bis zum

Irrsinn aufgeschwellt — ihre allfällige Gültigkeit noch immer“ dem Naturgesetz“ und ihm allein verdanken. Ist die Pflicht meinen Eltern gegenüber ein Aberglaube, so auch meine Pflicht der Nachwelt gegenüber. Ist Gerechtigkeit Aberglaube, so auch die Pflicht meinem Land oder meiner Rasse gegenüber. Ist wissenschaftliches Forschen ein echter Wert, so auch die eheliche Treue. Der Aufstand der neuen Ideologien gegen das „Naturgesetz“ ist ein Aufstand der Äste gegen den Baum; hätten die Rebellen Erfolg, sie müßten plötzlich erkennen, daß sie sich selbst zerstört haben. Der menschliche Geist hat ebensowenig die Macht, einen neuen Wert zu erfinden, wie eine neue Primärfarbe ausdenken oder eine neue Sonne und ein neues Firmament für ihren Lauf zu erschaffen“ (62: Lewis S. 49, 50).

So sagte Konfuzius in den Schulgesprächen I.2: „Ein edler Mensch arbeitet am Stamm“, oder: „Sich bei solchen Rat zu holen, die einem anderen Weg folgen, ist nutzlos“ (62: Lewis S. 51). „Liberalität in Dingen, die nicht von letzter Bedeutung sind, ist nützlich. Liberalität dagegen hinsichtlich der letzten Fundamente, der Theoretischen oder der Praktischen Vernunft, ist Schwachsinn. ... Außerhalb des (Sittengesetzes) gibt es keinen Boden, von dem aus man das Sittengesetz oder sonst etwas kritisieren kann“ (62: Lewis S. 51, 52).

In dieselbe Zeitspanne von Okt. 1969 bis Sept. 1982 fiel der erbitterte Kampf um die Aufhebung des Strafrechtsschutzes für ungeborene Kinder im Mutterleib (§ 218 StGB): Die angestrebte Freigabe der Tötung wurde mit dem angeblichen Selbstbestimmungs- und Freiheitsrecht der Frau begründet.

Die Übernahme der Regierungsverantwortung durch die CDU/CSU im Oktober 1982 (Bundeskanzler Helmut Kohl, CDU) konnte den dramatischen Abwärtstrend der sinkenden deutschen Bevölkerung nicht stoppen. Vor allem blieb die versprochene geistig-moralische Wende aus.

Einige absolute Zahlen:

Nach den amtlichen Zahlen des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit gab es in Westdeutschland **Kinder unter 15 Jahren** (Stand Okt. 1990) (16):

- 1970: 14,3 Millionen
 - 1983: nur noch 9,7 Millionen, das sind ca. 33% weniger als 1970! Für 1995 schätzt man nur noch 7,5 Millionen Kinder, das wären bereits 48% weniger Kinder als 1970, d. h.: Von 1970 bis 1995 würde sich die Kinderzahl also fast gehälftet haben! Die Auswirkungen auf das gesamte soziale Gefüge (Renten, Krankenversicherung usw.) sind signifikant.
- Entsprechend beträgt die Kinderzahl in westdeutschen Familien (Stand Okt. 1990) (16):
- in 52% der Familien: nur 1 Kind;
 - in 34% der Familien: nur 2 Kinder;

in lediglich 14% der Familien: 3 und mehr Kinder.

Jede fünfte westdeutsche Ehe, das sind 20%, ist kinderlos. Ein Nettoerproduktionskoeffizient von nur 1 erfordert in Gesamtdeutschland mindestens 2,13 Kinder pro Frau (12: S. 200).

Ein letztes Beispiel für die bedrohliche Entwicklung, daß die Zahl der Kinder immer mehr ab- und die Zahl der alten Menschen immer mehr zunimmt (118):

Auf je 100 Einwohner kamen/kommen:

1910 im Deutschen Reich:

5 Ältere (Menschen von 65 Jahren und mehr) auf 34 Kinder (bis zu 14 Jahre).

Das entspricht einem Verhältnis von 1:6,8.

1988 in Gesamtdeutschland (BRD + DDR):

15 Ältere auf 16 Kinder.

Das entspricht einem Verhältnis von fast 1:1.

2040 in Gesamtdeutschland (geschätzt):

29 Ältere auf nur 12 Kinder.

Das entspräche einem total umgekehrten Verhältnis von 2,4:1. (Könnte man das Verhältnis von 1910 mit nur 5 Älteren auf 34 Kinder mathematisch auf das Jahr 2040 übertragen (1:6,8), dann kämen 29 Ältere auf 197 (!) Kinder.)

Diese unheilvolle Entwicklung wurde nicht zuletzt eingeleitet von der linken emanzipatorischen Pädagogik der Frankfurter Schule mit ihrer „kritischen Theorie“ (bis 1933 = marxistische Theorie genannt!) durch

- Abschaffung und Zerschlagung der christlich geprägten Erziehung;
Abbau von Hemmschwellen;
- Freisetzung des Sexualtriebes, Loslösung von der Fortpflanzung und von der „Sexualordnung Ehe“ bei gleichzeitiger Zerschlagung der Scham;
- Zerschlagen der Bindungen an Familie, Eltern, christliche Kultur, Religion, Kirche, Volk und Staat in Umkehrung des falschen Extrems: „Du bist nichts, Dein Volk ist alles!“ in das falsche Extrem „Du bist alles — und Dein Volk ist nichts“;
- Befürworten der Tötung ungeborener Kinder im Mutterleib;
Leugnen und Bekämpfen einer den Menschen vorgegebenen Ordnung, die Artikel 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland ausdrücklich mit dem Rechtsbegriff „Sittengesetz“ festgeschrieben hat,
und damit das Abgleiten ins Unmenschliche oder gar Bestialische.

Die Beitragssätze zur Rentenversicherung für 1990 betragen 18,7%. Bei Fortdauer der aufgezeigten negativen Bevölkerungsentwicklung müßten die Beitragssätze im Jahre 2030 auf 40% oder mehr erhöht werden, um das heute bestehende Rentenniveau zu halten (111).

Wenn später die wenigen jungen Menschen in Deutschland die Kosten für die vielen alten Menschen nicht mehr tragen wollen, dürfte für alte Menschen ab 65 Jahre, wenn die geistig-moralische Wende weiterhin ausbleibt, die Todespille diskutiert werden. Während man auf der einen Seite die Lebenserwartung des Menschen durch medizinische und soziale Maßnahmen immer mehr gesteigert hat, läßt man auf der anderen Seite zu, daß immer weniger Kinder geboren werden, wodurch die Errungenschaft der hohen Lebenserwartung praktisch wieder zunichte gemacht wird.

In Deutschland ist eine gesicherte Altersversorgung mit vertretbaren Beitragsbelastungen in Zukunft nur gewährleistet,

- wenn sehr viel mehr Kinder geboren werden, so daß der Nettoerproduktionskoeffizient über längere Zeit deutlich über 1 liegt (1 erfordert bereits mindestens 2,13 Kinder pro Frau (12: S. 200);
- durch sehr viel mehr Familien mit 3 und mehr Kinder;
- durch drastische Senkung der jährlichen Abtreibungen, des unverantwortlichen Tötens ungeborener Kinder im Mutterleib;
- durch Schaffen eines neuen Bewußtseins von der besonderen Würde der Frau und Mutter und des ungeborenen Kindes, zu der die öffentlich geförderte Propagierung der künstlichen Antikonzeption in krassem Widerspruch steht.

Die von dem Leiter des Internationalen Forschungsinstitutes für Reproduktionsmedizin und -biologie, Dr. med. Karl H. Kurz, 1991 erhobene Forderung nach dem „Homo sapiens sapiens contraceptivus“ (22) ist nicht nur nicht hilfreich und ignoriert die natürlichen Gegebenheiten, sondern ist die egozentrische Forderung nach der eigenen Genußmaximierung, auf die Ferdinand Oertel schon 1979 hingewiesen hat: „Unter vorindustriellen Bedingungen war es systemgerecht, eigene Kinder aufzuziehen. — Heute handelt dagegen derjenige marktkonform, der keine eigenen Kinder hat und sein gesamtes Einkommen seiner eigenen Genußmaximierung zuführt“ (111). Nicht der „Homo contraceptivus“ ist der „Homo sapiens sapiens“, sondern der „Homo procreator“ (als weiser Mitschöpfer, als ein Leben-Weitergebender). Denn wenn der deutsche „Homo sapiens sapiens“ nicht bald zu einem „Homo sapiens sapiens procreator“ wird, beraubt er sich der Überlebenschancen. Kinder sind ein Mittel der **Überlebensstrategie in der Natur**.

Der Homo contraceptivus läßt sich schamlos von den Kindern des Homo sapiens sapiens procreator aushalten. Und die Kinder des Homo sapiens sapiens procreator könnten es eines Tages vielleicht als natürlich empfinden, die regulierenden Funktionen der apokalyptischen Reiter an dem schmarotzenden Homo contraceptivus auf ihre Weise auszuüben.

Nach den Untersuchungen des Franzosen Pierre Chaunu (12: S. 202-203) erreichte **München** 1978/79 den Nettoerzeugungskoeffizienten 0,35. Er fährt fort:

„Bleibt es bei der *jetzigen* Fruchtbarkeit, so wird sich die Bevölkerung Münchens ab dem Jahre 2010 wie folgt zusammensetzen:

Unter 20jährige	6,0 v. H.
Über 65jährige	45,0 v. H.
Über 75jährige	25,0 v. H.
Geburtenziffer	2,1 v. T.
Sterblichkeitsziffer	40,3 v. T.

Auf jede Geburt kommen 19 Sterbefälle.

Jawohl, wir betreten den Bereich der absoluten Absurdität. Aber nicht unsere Berechnungen sind absurd, nein, die *Situation*, in die wir ohne es zu merken hineinglitten, ist *absurd*. Denn wenn nicht schnell und massiv etwas geschieht, wenn wir uns weitertreiben lassen wie bisher, wenn sich die deutschen Frauen in Bayern und in der Bundesrepublik der *Durchschnittsfruchtbarkeit der Münchnerinnen zwischen 1975 und 1979 angleichen*, erhalten wir folgendes Bild:

	1978	2278
Bayern	10819 000 Einwohner	1136 Einwohner
Bundesrepublik	61 300 000 Einwohner	6400 Einwohner

Mit einem permanenten Zustand von 51 vom Hundert über 60jährigen und 15 Sterbefällen pro Geburt.“

Für Deutschland, der größten Industrienation Europas, ist das Modell der Empfängnisverhütung, des Homo contraceptivus das denkbar falscheste, weil ein tödliches. Pierre Chaunu sagt (12: S. 202-203):

„Dieses Modell der größten Industrienation Europas, der Heimat Luthers, Bachs, Kants, Mozarts, Goethes und Beethovens, ist das Modell des stillschweigenden Todes binnen 50 Jahren, es ist das Modell des, namens der geheiligten Prinzipien des Individualismus, tatenlosen Zusehens, wie dessen maßlose Übersteigerung die Freiheit und die Person zerstört. Von solchen Daten ausgehend noch eine Selbstregulierung erwarten zu wollen, ist blanker Unsinn und schierer Wahnwitz. Ein solcher Abgrund im Herzen der Industrielwelt bedeutet höchste Gefahr für Europa und die gesamte Menschheit. Nur ein sofortiges Erkennen der Gefahr und ein im Wortsinne *politischer* Wille kann noch in extremis diese zu unserer totalen Vernichtung geschaffene Höllenmaschine entschärfen.“

Mittel der künstlichen Kontrazeption

5 Gruppen müssen unterschieden werden:

1.) Die Spirale oder das IUD (= Intra-Uterin-Device)

gibt es bereits seit Anfang dieses Jahrhunderts. Sie bestand seinerzeit aus Keramik. Wegen schlechter Er-

fahrungen wurde das IUD wieder aufgegeben. In unserem Zeitalter neuer Kunststoffe kam es erneut massiv zum Einsatz.

Die Spirale ist in erster Linie ein frühabtreibendes Mittel. Durch eine in der Gebärmutter Schleimhaut absichtlich herbeigeführte **Reizentzündung** wird die Einnistung des Embryos verhindert, so daß er abstirbt. Auch der spermizide Kupfergehalt der modernen Spirale kann dies im Prinzip nicht entscheidend ändern. Ebenso wenig vermag eine neuere Meinung einer angeblich rein empfängnisverhütenden Wirkung des IUD zu überzeugen.

Nebenwirkungen:

Wesentlich sind hier die Infektionen, vor allem im Eileiterbereich, was häufig zu Eileiterverschlüssen und damit zur Sterilität führt. Durch diese Entzündungen besteht eine große Gefahr von Eileiterschwangerschaften (10x häufiger als bei Frauen ohne Spirale) und Eierstocksschwangerschaften (4x häufiger). Die Einlage eines IUD bei einer Nullipara ist daher nach der Schulgynäkologie ein Kunstfehler. Weiter kommen Perforationen durch die Gebärmutter vor mit Verletzungsgefahr z. B. der Därme. Blutungen und Schmerzen sind weitere Nebenwirkungen.

In den USA sind aufgrund dieser Fakten ca. 2.500 Haftpflichtprozesse mit Schadenersatzforderungen bis in Milliardenhöhe anhängig. Aus diesem Grund ist das IUD in den USA ca. seit Beginn 1987 aus dem Handel gezogen worden. Dies geschah Informationen zufolge durch die Industrie selbst, noch bevor die Food and Drug Administration (FDA) das Verbot ausgesprochen hatte. Dieser raffinierte Schachzug diente dazu, die Spirale weiterhin produzieren und in andere Länder exportieren zu können. Durch das Verdikt der FDA hingegen wäre der weitere Export wesentlich beeinträchtigt worden.

Auch hier sehen wir wieder ein großes Nebenwirkungsspektrum auf der einen Seite und auf der anderen die ethisch nicht zu vertretende frühabtreibende Wirkung.

2.) Das Kondom oder Präservativ

war über lange Zeit hinweg verpönt. Bei der Empfängnisverhütung wurde ihm sehr hohe Versagerquoten angelastet. Erst durch die massive Ausbreitung von AIDS kam es wieder plötzlich zum Einsatz, mit Millionen von Steuergeldern staatlich propagiert, obwohl ihm auch sehr hohe Versagerquoten bei der AIDS-Infizierung angelastet werden müssen.

So hat der Münchner Frauenarzt Prinz (92) statistisch abgesichert errechnet, daß — bei einem Pearl-Index von 5 — **100 mit AIDS infizierte Männer pro Jahr 35 Frauen mit dem Virus infizieren, wenn sie ausschließ-**

lich Kondome benutzen. Man kann dies mit einem russischen Roulette vergleichen. Daraus geht auch deutlich die Verantwortungslosigkeit in der Aufklärung zur AIDS-Verhütung hervor, die am wahren Kern der Sache vorbeigeht und als üble Augenwischerei deklariert werden muß.

3.) **Spermizide in Form von Zäpfchen, Salben, Cremes, Sprays, Schwämmchen**

sind chemische Substanzen, die die Spermien (= männliche Samenfäden) abtöten sollen.

Die Unsicherheit der Spermizide bezüglich der Empfängnisverhütung braucht nicht weiter hervorgehoben werden. Neu ist hier eine Information, die auf einer Fortbildungstagung der mitteleuropäischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, der Schweizerischen Gesellschaft für Familienplanung und der Schweizerischen Gesellschaft für Sterilität und Fertilität im Januar 1989 in Schaffhausen vermittelt wurde: Alle Nonoxinol-9-haltigen Salben, Cremes, Sprays, Zäpfchen und antikonzeptiven Schwämmchen setzen nicht nur die Motilität und Akrosomenfunktion der Spermien außer Betrieb, sondern bewirken auch eine „Dekondensation des Kernes in der Eizelle“. An den Spermatozoen können molekuläre Schäden entstehen, indem deren DNA-Struktur verändert wird, was — bei einer Befruchtung — zu Zygotenfehlbildungen führe. Mißbildungen allerdings seien bisher noch nicht bestätigt worden und es würden ja sowieso die so entstandenen Embryonen in der Regel als Frühaborte abgehen. Es besteht also auch hier eine abortive Wirkung, die bis anhin nicht bekannt war.

4.) **Die Sterilisation bei Mann und Frau**

ist ebenfalls schon seit längerem bekannt. Sie wird chirurgisch, meist ohne medizinische Indikation, durchgeführt und ist ein endgültiges Mittel der Empfängnisverhütung.

Es gibt zwei Operationstechniken: die **Laparotomie**, das ist die Öffnung der Bauchhöhle, und die **Laparoskopie** (= Bauchspiegelung). Der Durchbruch in großem Ausmaß gelang erst durch das neue operative Verfahren der Laparoskopie, das die Laparotomie überflüssig machte.

Nebenwirkungen:

Bei einem Wahleingriff, der ohne medizinische Indikation ausgeführt wird, müßte das Risiko gleich Null sein. Das ist aber nicht der Fall. Insbesondere nicht bei der Frau, da hier in der Regel eine Vollnarkose benötigt wird und der Bauchraum bei jeder Methode in irgendeiner Weise eröffnet werden muß.

Besondere Gefahren ergeben sich bei der laparoskopischen Tubensterilisation: das zweimalige blinde

Einstechen ins Abdomen kann beispielsweise zu Gefäß-, Darm- und Blasenverletzungen führen.

Weitere Komplikationen sind Narkosezwischenfälle, Thrombo-Embolien, Infektionen, Herzrhythmusstörungen, Kreislauf- und Lungenkollaps etc.

Nach einer Studie des Royal College of Obstetricians and Gynecologists (1978) (104) lag die Komplikationsrate bei 29,1 pro 1.000 diagnostischer Laparoskopien und 40,6 pro 1.000 laparoskopischer Sterilisationen.

Hirsch (1977) (37) vergleicht die Todesfallraten zwischen laparoskopischer Tubensterilisation, chirurgischer Sterilisation, Ovulationshemmer und IUD:

Laparoskop. Tubensterilisation:	2,5 - 10	pro 100.000
Chirurg. Sterilisation:		
transabdominal/transvaginal:	10 - 43	pro 100.000
Ovulationshemmer pro Jahr:	2,2 - 4,5	pro 100.000
IUD pro Jahr:	0,1 - 1	pro 100.000

Spätfolgen der Sterilisation:

● **Extrauteringraviditäten:**

Diese kommen unter den Sterilisationsversagern häufig vor: sie machen laut verschiedener Studien zwischen 13,6 und 90% aus.

Extrauteringravidität nach Tubensterilisation ist eine sehr ernste Komplikation, ist sie doch mit rund 10% an der mütterlichen Mortalität beteiligt.

● **Periodenstörungen:**

Mehrere Untersuchungen beschreiben vermehrt Periodenstörungen verschiedener Art, wie z. B. Hypermenorrhoe und Dysmenorrhoe mit der Folge von gehäuften Hysterektomien (20% mehr Hysterektomien nach Tubensterilisation). Das Tampon-Schock-Syndrom kommt bei sterilisierten Frauen exzessiv häufiger vor als ohne Sterilisation.

Donnez u. a. (20) untersuchten (1981) die Lutealfunktion nach der Sterilisation und fanden bei 54% der Frauen einen stark erniedrigten Progesteronspiegel nach der Elektrokoagulation der Tuben, während dies nur bei 20% nach der Sterilisation mit Kulkaclemens-Clips beobachtet werden konnte. Dies wird auf eine Störung der Kontinuität der utero-ovariellen Arterie zurückgeführt. So lassen sich die erwähnten Blutungsstörungen mindestens zum Teil erklären. Neuerdings wird vermutet, daß Frauen nach der Tubensterilisation häufiger Mammakarzinome entwickeln, was hypothetisch ebenfalls auf die erwähnte Hormonstörung zurückzuführen sein könnte.

● **Psychische Störungen:**

1978 beschrieb der Psychiater Petersen (85) noch 5% Frauen, die den Eingriff bereuten. 1986 sind dies nach Literatur bereits 10-15%, was innerhalb von 10 Jahren eine Verdoppelung bis Verdreifachung bedeutet.

Wenn nach Petersen die überwiegende Zahl der Frauen, Männer und Paare nach der Tubensterilisation entlastet ist, so betont er doch die Ernsthaftigkeit der seelischen Folgeerscheinungen und meint: „Die Tatsache der Beschwerden unterstreicht jedoch nachdrücklich, daß dieser Eingriff in die Geschlechtssphäre ein ernstzunehmender und tiefgehender Akt ist, der durchsichtige Aufklärung, individuelle Beratung und eine abgewogene Entscheidung notwendig macht.“

Bezüglich der ungünstigen Folgen sei die Wahrnehmung bei vielen Befragten gespalten (sog. kognitive Dissonanz), indem sie ihre Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis in auffallender Weise betonen, andererseits aber über unerwünschte Zustände nach der Operation berichten, „deren inneren Zusammenhang mit der Operation sie allerdings verleugnen. Vermutlich handelt es sich hier um eine „Rechtfertigungszufriedenheit“ mit Hilfe derer die Operierten eigene Zweifel oder fremde Skepsis an ihrer fehlenden Zeugungsfähigkeit zu verdrängen suchen — die Zwiespältigkeit (Ambivalenz) wuchert bei ihnen unbewußt und ruft umso stärkere Beschwerden hervor.“ Weiter sagt er: „Eine sehr genaue einjährige Untersuchung bei Zürcher Frauen zeigt ein wichtiges, wahrscheinlich zu verallgemeinerndes Ergebnis: durchschnittlich sensible Frauen machen eine Art stiller Trauerzeit von 6 bis 12 Monaten durch; sie haben sich dabei mit dem wiederholt auftauchenden Kinderwunsch in verschiedenster Form auseinanderzusetzen (z. B. Solche „Restitutionsphantasien“ (Wunschvorstellungen einer Schwangerschaft) seien offenbar ein Zeichen seelischer Gesundheit und kennzeichneten eine gesunde Bewältigung der endgültigen Kontrazeption. Seelisch robuste, durchsetzungskräftige Frauen seien frei von derartigen Erscheinungen. „Neurotische und seelisch andersartig gestörte verdrängen ihre Trauer — statt dessen entwickeln sie sexuelle und psychosomatische Störungen (wie etwa Symptome einer Schwangerschaft).“

Eine ungünstige Prognose haben nach verschiedenen Autoren diejenigen Frauen, bei denen die Sterilisation im Zusammenhang mit einer Sektio, mit einem Abort oder im Wochenbett durchgeführt wird. Ferner bei Frauen mit präoperativ gestörter Persönlichkeit, schon lange bestehender oder aktueller Beziehungsproblematik, geringer kontrazeptiver Motivation und bislang eher nachlässigem Kontrazeptionsverhalten, sowie bei medizinischer, psychiatrischer und eugenischer Indikation. „In dem Maße, wie die Verantwortung von sich abgewälzt und ein anderer (z. B. der Arzt, die Familie, eine Behörde) zur entscheidenden und verantwortlichen Instanz erhoben wird, desto größer ist später die Unzufriedenheit. Deshalb ist auch die Unzufriedenheit bei medizinischer, psychiatrischer und eugenischer Indikation größer, als bei der Operation aus Gründen der Fami-

lienplanung: Die Betroffenen haben sich selbst der Verantwortung entledigt und machen nun den Arzt oder gar eine Indikation zum verantwortlichen Sündenbock“ (85).

„Für die ärztliche Praxis ist es bedeutsam, daß weder das Lebensalter zur Zeit der Operation noch die Anzahl eigener Kinder einen Einfluß auf die seelischen Folgen der endgültigen Kontrazeption haben. ... Die persönliche Reife und die Reife der Entscheidung zur definitiven Kontrazeption läßt sich eben nicht an der Zahl der Kinder und an der Zahl der Lebensjahre ablesen“ (85).

- Bezüglich der Libido sei auf die Ausführungen bei den Ovulationshemmern verwiesen, die hier ebenfalls gültig sind. Gegen eine Sterilisation im Wochenbett spricht der im ersten Lebensjahr des Kindes am häufigsten auftretende „**Sudden Unexpected Death**“, bzw. das „**Sudden Infant Death Syndrome**“ (SIDS) (= der plötzlich unerwartete Kindstod).
- Zusammenfassend kann man sagen: Nebst den Argumenten gegen eine Sterilisation im Wochenbett ist die Komplikationsrate bei der Tubensterilisation an und für sich für einen Wahleingriff, der nicht sein muß, eindeutig zu hoch. Daneben zeigt die Zunahme der psychischen Folgen auf das zwei- bis dreifache im Verlaufe von knapp 10 Jahren, daß insbesondere auch diese Seite nicht vernachlässigt werden darf.
- Wir bemerken überdies in letzter Zeit eine **zunehmende Nachfrage nach einer Refertilisation** (Rückgängigmachung der Sterilisation), vor allem nach der Koagulationsmethode (Operationsmethode, durch die der Eileiter mittels Strom an 3 nebeneinander liegenden Stellen verschweißt wird). Die Erfolgsrate der Refertilisation ist aber noch sehr unbefriedigend. Bemerkenswert ist, daß die amerikanischen Gynäkologen etwa 1986/1987 eine Verlautbarung herausgegeben haben, die Tubensterilisation künftig äußerst restriktiv zu handhaben.

5.) **Die ovulationshemmende und frühabtreibende Wirkung der Anti-Baby-Pille**

5.1 **Zur Vorgeschichte**

Die Erforschung von hormonalen Steuerungsmechanismen läßt sich bis in die 20er Jahre zurückverfolgen: Die deutschen Wissenschaftler Ludwig Haberland, Adolf Butenandt, Karl Junkmann und Werner Bickenbach haben neben Walter Stöckel und Heinrich Martius in der Erforschung der Hormone Medizingeschichte geschrieben.

In den USA gelang es 1943 dem Chemiker Russel E. Marker als erstem Wissenschaftler, aus dem Extrakt der wilden mexikanischen Jamswurzel reines Progesteron herzustellen.

1951 konnte ein Team unter der Leitung von George Rosenkranz und Carl Djerassi aus demselben Ausgangsmaterial das erste oral wirksame Gestagen, das **Norethisteron**, gewinnen.

Im gleichen Jahr forderte die Frauenrechtlerin Margaret Sanger anlässlich ihres Besuches in den USA den führenden Physiologen der Worcester Foundation, **Gregory Pincus**, auf, neue Methoden zu entwickeln, eine Empfängnis zu verhüten. Das Mittel sollte „**unschädlich, absolut zuverlässig, einfach und praktisch zu handhaben, allgemein anwendbar und ästhetisch**“ sein.

Bereits fünf Jahre später, 1956, konnte **Pincus** gemeinsam mit den Gynäkologen **John Rock** und **Celso Garcia** erstmals über erfolgreiche Versuche zur Empfängnisverhütung mit einer Östrogen-Gestagen-Kombinationspille in der wissenschaftlichen Zeitschrift „Science“ berichten.

Die Ergebnisse wurden bestätigt durch eine dreijährige Testreihe in den Slums von San Juan auf **Puerto Rico** mit 1308 Frauen, die sich freiwillig zur Verfügung gestellt hatten. Pincus hatte die erste empfängnisverhütende Anti-Baby-Pille entwickelt.

„**Enovid-10**“ hieß das Präparat, das **am 18. August 1960** in den Handel kam und den Frauen absolute Sicherheit gegen eine unerwünschte Schwangerschaft versprach. Es enthielt eine Kombination der weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und Gestagen in einer Dosis von 85 Mikrogramm Östrogen.

Wissenschaftler und Ärzte waren sich daher von Anfang an einig, daß dieses neue Medikament nur unter strenger medizinischer Kontrolle vertrieben werden sollte. Sie empfahlen anfänglich, die „Pille“, nicht länger als zwei Jahre hintereinander einzunehmen.

Trotz der viel zu hohen Dosis und aufgrund geschickter Werbung über die angeblich absolute Sicherheit, gute Verträglichkeit und Unschädlichkeit und unter Verschleiern der Wirkweise begann die Anti-Baby-Pille den Siegeszug um die Welt: von Frauen bedenkenlos genommen, von ihren Ärzten bedenkenlos verordnet. Sie wurde die Goldader der Pillenhersteller.

Schon ein Jahr nach den Amerikanern, 1961, brachte die **Schering AG in Berlin** mit der „**Anoviar**“ die erste europäische „Anti-Baby-Pille“ auf den Markt.

Heute sind es 50, viele mit den gleichen Inhaltsstoffen. Man kann sie keineswegs vergleichen mit den Präparaten von 1961. Damals war der Hormongehalt mit 85 Mikrogramm Östrogen rund 40mal höher als bei der neuen Pillengeneration von heute. Zusammensetzung und Dosis wurden nachhaltig geändert

und reduziert, um das Ausmaß möglicher Nebenwirkungen zu verringern (14: *Concepte Heft 10/1990*, S. 7).

In den USA, dem Ursprungsland der Anti-Baby-Pille, trat Mitte der 70er Jahre ein großer Rückschlag ein, der bis heute anhält: Der Verkauf ging drastisch zurück, nachdem die amerikanische Aufsichtsbehörde vor gravierenden Nebenwirkungen der Hormonpille gewarnt hatte. **Nur noch ca. jede 13. Frau** zwischen 15 und 45 Jahren in den USA, das sind 8%, nehmen die „Pille“ als Mittel der Empfängnisregelung. Anders in Deutschland: Hier schluckt jede dritte Frau zwischen 15 und 45 Jahren, das sind 33% (!), regelmäßig die „Pille“. Weltweit, so wird geschätzt, greifen 60 bis 80 Millionen Frauen täglich zu dem empfängnisverhütenden Mittel. Seit Mitte der 70er Jahre blieb die Zahl der Pillen-Konsumentinnen nahezu unverändert gleich (14: *Concepte Heft 10/1990*, S. 7).

Das Hormonpräparat „Pille“ ist ein chemisches Präparat, das in die natürliche zyklische Hormonregulation des weiblichen Körpers willkürlich eingreift, den natürlichen Rhythmus ausschaltet, mit erheblichen Rückwirkungen auf den gesamten Organismus. Diese Art chemische Präparate werden zu der **Klasse der Steroide** (dazu zählen auch die Cortisonpräparate) gezählt, mit allen Vorteilen und Nachteilen.

Die Anti-Baby-Pille wirkt durch die künstlichen Hormone auf mehrere Organe des weiblichen Körpers ein, entweder empfängnisverhütend oder fruhabtreibend:

- auf den **Eierstock**, indem sie den Eisprung verhindert (**Ovulationshemmung**);
- auf die **Konsistenz des Zervixschleimes** im Gebärmutterhals, indem sie den Schleim eindickt, wodurch das Aufsteigen der männlichen Samenfäden in die Gebärmutter und die Eileiter verhindert werden soll;
- auf die **Gebärmutterschleimhaut**, sodaß die lebenserhaltende Einnistung des befruchteten Eies in die Gebärmutterschleimhaut nicht stattfinden kann und es abstirbt (**Nidationshemmung**: fruhabtreibende Wirkung);
- auf die **Eileiter**, indem das befruchtete Ei so langsam transportiert wird, daß es nicht rechtzeitig zur lebensrettenden Einnistung gelangt und abstirbt (**Tubenfaktor**: fruhabtreibende Wirkung).

Diskutiert wurde bereits ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der künstlichen Herabsetzung der Transportgeschwindigkeit des befruchteten Eies im Eileiter, dem dadurch die eigenen Nährstoffe ausgehen, und der Zunahme von Eileiterschwangerschaften: Das befruchtete Ei, das seine Nährstoffe aufgebraucht habe, bevor ihm die lebenserhaltende Einni-

stung in die Gebärmutterschleimhaut gelungen sei, mache mit der Einnistung in die Tube einen letzten Überlebensversuch.

Die Revolution in der Empfängnisverhütung (= Kontrazeption) verdanken wir zweifellos den „**Ovulationshemmern**“. Dieser Ausdruck ist zwar falsch, da die Wirkungen der Anti-Baby-Pille, wie wir gesehen haben, nicht auf die Ovulationshemmung und den Zervixschleim beschränkt sind, sondern auch frühabtreibend wirken kann. Da in der Literatur der Ausdruck „Ovulationshemmer“ aber üblich ist, abgekürzt OH, wird er im Folgenden ebenfalls gebraucht. (In England hat sich in der medizinischen Literatur dagegen der Begriff „orale Kontrazeptiva“ durchgesetzt, abgekürzt: OC.)

Soweit im Nachfolgenden der Ausdruck „Ovulationshemmer“ (= OH) benutzt wird, wird er nicht nur in der Bedeutung von „Hemmung der Ovulation“ gebraucht, sondern auch für die frühabtreibende Wirkung.

Auf die „Ovulationshemmer“ werde ich das Schwergewicht meiner Ausführungen legen.

5.2 Die eisprunghemmende Wirkung: **Ovulationshemmung**

Die ursprüngliche Absicht der Erfinder der Pille war die Ovulationshemmung im Sinne der Imitation des Zyklusgeschehens durch hochdosierte Östrogen- und Gestagenkomponenten. Die anfänglich hergestellten Pillenarten entsprachen diesem Vorstellungsmodell zunächst weitgehend durch ihren enorm hohen Östrogen- und Gestagengehalt.

Nebenwirkungen zwingen zur Senkung des Hormonanteils

Aufgrund der bald zu erkennenden hohen subjektiven und objektiven Nebenwirkungsrate wurde der Hormonanteil zunehmend gesenkt. Im Idealfall wurde die Grenzdosis für die Ovulationshemmer mit 0,05 mg Aethinyloestradiol angegeben, wobei der Gestagenanteil eine Zeitlang diesbezüglich weniger Beachtung gefunden hatte. Man fand dann, daß bei einer weiteren Senkung des Östrogenanteils auf 0,035-0,03 mg Aethinyloestradiol neu entwickelte Gestagene, z. B. das Desogestrel, zusammen mit dem Östrogen an der Ovulationshemmung beteiligt sein mußten. Dabei ist offensichtlich, daß die Gestagenpotenz entsprechend hoch sein muß. Neuerdings spricht man von Ovulationshemmdosis.

7-10% Durchbruchsovulationen

Die Senkung des Hormonanteils führte zu einer steigenden Anzahl von Durchbruchsovulationen. Bereits in den sechziger Jahren wurden **7% Durchbruchsovulationen** nachgewiesen, dann 7-10%.

Der Nachweis von Durchbruchsovulationen bei ab-

nehmender Hormondosis wurde verschiedentlich, sowohl histologisch wie auch laborchemisch, erbracht. So hat **Kurt S. Ludwig** 1983 (66) über histologische Befunde an Ovarien unter Ovulationshemmern berichtet, wo er bei Kombinationspräparaten in den ersten zwei Behandlungszyklen fast sprungreife Follikel gefunden hatte. Bereits 1965 konnte er Corpora lutea während der ersten beiden und z. T. während des dritten Behandlungszyklus nachweisen. Damals waren nur hochdosierte Ovulationshemmer im Einsatz, sodaß man schließen kann, daß unter den tiefdosierte Präparaten noch häufiger Ovulationen erfolgen.

- Eine **Studie in den Niederlanden** zeigte (132), daß 30% der Probandinnen Follikel von 18 mm und mehr aufwiesen, entsprechend einer präovulatorischen Größe im Ultraschall. Bei fast 60% der Untersuchten trat follikuläres Wachstum auf. Bei 4% wurde eine Ovulation vermutet bei einer Dosis von 0,03 - 0,04 mg Aethinyloestradiol und unterschiedlichen Gestagenen.

Dementsprechend werden auch Versagerquoten angegeben, z. B. bei

Dreiphasenpräparaten	1,87 %
Zweiphasenpräparaten	3,7 %
Minipille	13,7 %

Bei letzterer hatte **Ludwig** (66) regelmäßig frische Corpora lutea gefunden.

- Bei den **Dreiphasenpräparaten** ist eine sichere Ovulationshemmung nicht gegeben: Unter bestimmten Voraussetzungen kann durchschnittlich jeden 4. Monat eine Ovulation erfolgen. Bezüglich der oralen Kombinations-low-dose-Kontrazeption veröffentlichte *extracta gynecologica* 1986 (71) folgende Feststellung: In den 7 hormonfreien Tagen Nachweis ovarieller Follikulogenese mit am 7. hormonpillenfreien Tag bereits soweit entwickelten Follikeln, daß sie auf einen geringgradigen Gonadotropinanstieg ansprechen könnten. Dies vor allem, wenn während der ersten 7 Einnahmetage eine Pille vergessen würde. Hier könnte die meistempfohlene Einnahme von 2 Pillen am Tag nach einem Vergessen noch eher zu einer Ovulation führen, da die dadurch entstehende Östrogenkonstellation dies begünstigen würde. Auch eine Verzögerung der Pilleneinnahme nach dem hormonfreien Intervall erhöht das Risiko einer ungewollten Konzeption. Hinsichtlich der üblichen 21 Tagespackungen empfehlen die Autoren dringend, zusätzlich noch eine alternative Form der Kontrazeption hinzuzufügen, wenn die Pilleneinnahme während der ersten 7 Tage nach Packungsanbruch vergessen würde.

Dem entspricht auch die im *rororo-Taschenbuch „Die Pille“* (90) eingehend beschriebene „14-Tage-

Regel“, wonach nach jedem Pillenvergesser, bzw. nach verzögerter Einnahme (länger als 12 Stunden) über 14 Tage lang die Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft bestehe und daher ein zusätzlicher Schutz erforderlich sei. Auch das Auslassen einer Pille gegen Ende der vorangegangenen Packung erhöht ohne Zweifel das pillenfreie Intervall, sodaß auch hier die „14-Tage-Regel“ unbedingt beachtet werden muß.

- Nach Frau Prof. Marianne Mall-Häfeli, Basel, 1983 (68) „findet man bei Präparaten mit niedrigen Östrogendosen und einem zentral mäßig stark wirkenden oder niedrig dosierten Gestagen während der Behandlung eine Bereitschaft zu zystischen Ovarien: ebenso konnten frisch gesprungene Follikel, Corpora lutea und Luteinisierungen während der OH-Einnahme beobachtet werden. Durch Progesteronbestimmungen konnten Ovulationen nachgewiesen werden. Ein solches „Reaktionsmuster“ kann erklärt werden durch die ausgerechnet in der Mitte des Behandlungszyklus zuerst erhöhte und dann verminderte Östrogenkonzentration der Tabletten. Dies könnte im Sinne einer positiven Rückkopplung wirksam werden, womit die vereinzelt gemeldeten Versagen erklärt werden können“, dies betreffend Dreiphasenpillen.
- Ferner „zeigt die Kombination mit Chlormadinon eine schwächere Hemmung als bei Diane. Als Folge davon fanden sich vereinzelt erhöhte Progesteronwerte während der Behandlung, nämlich bei 3 von 29 Patientinnen. Dies würde bedeuten, daß es in Einzelfällen zu einer Ovulation, Corpus-luteum-Bildung oder Luteinisierung gekommen ist“. „Da man in untersuchten großen Chlormadinonkollektiven keine Schwangerschaften beobachtet hat, dürfte dies ein Hinweis auf die multifaktoriellen Wirkungen der Ovulationshemmer sein. Das Chlormadinon verhält sich ähnlich wie niedrig dosiertes Progesteron, d. h. es hebt die inhibierende Östrogenwirkung auf hypophysärem Niveau auf“. Damit deutet Mall-Häfeli auf die **nidationshemmende Wirkung der Pille** hin.
- Nach Frau N. Van der Vange 1986 (132) treten bei der Einnahme von **Mikropillen** in 4,2% der Zyklen Ovulationen und Corpora lutea auf. Sie schreibt außerdem noch dazu: „Aufgrund der Untersuchungen kann geschlossen werden, daß die kontrazeptive Sicherheit von „Mikropillen“ offenbar nicht nur auf der Ovulationshemmung beruht.“

5.3 Die das befruchtete Ei abtötende Wirkung: Nidationshemmung

Die Nidationshemmung beruht auf der durch die Ovulationshemmer verursachten unzureichenden se-

kretorischen Umwandlung des Endometriums und der regressiven Veränderungen desselben. Letztere werden mit zunehmender Dauer der Ovulationshemmereinnahme stärker. Bei Kombinationspräparaten ist fast immer die sogenannte „starre Sekretion“ zu beobachten, bei der die Drüsen eng und funktionslos sind und einen fast atrophischen Aspekt aufweisen, und das Stroma eine pseudodeziduale Reaktion zeigt. Nach jahrelanger ständiger Einnahme von Kombinationspräparaten ist das Stroma gewöhnlich auch funktionslos und faserreich. Uneinheitlich reagieren die Frauen auf eine längerdauernde Verabreichung von Sequenz- und Stufenpräparaten; dabei können nach vielen Monaten der Einnahme noch Sekretionszeichen an den Drüsen vorhanden sein, auf der anderen Seite können schon nach kurzer Zeit die Drüsen funktionslos werden mit überwiegender Stromareaktion.

Auf die nedationshemmende Wirkung der Pille weisen in der Literatur diverse Autoren hin:

- **Mutschler** schreibt beispielsweise in seinem „Lehrbuch der Pharmakologie“ (73): Die oralen Kontrazeptiva „verhindern, selbst wenn noch eine Ovulation stattfinden sollte, die Einnistung des Eies (es unterbleibt die volle sekretorische Umwandlung des Endometriums)“.
- Dazu auch Häussler (32): Der **Direktor der II. Universitätsfrauenklinik München, Prof. Dr. R. Fikentscher** teilte in seinem Referat ... mit, daß bei den sogenannten Ovulationshemmern der ovulationshemmende Effekt nicht immer erzielt wird und daß in einem Prozentsatz bis zu 7% Ovulationen stattfinden (Goldzieher, Mears und Gual). Schon damals, am 10. Dezember 1967, führte **Prof. Fikentscher** aus: „Die hormonale Medikation würde dann nicht mehr als eine Ovulationshemmung gelten dürfen, sondern als potentielle Nidationshemmung.“
- Auf einer Ärzteversammlung gaben **Vertreter einer großen Hormonherstellerfirma 1967** bereits zu, daß bei den Ovulationshemmern in bis zu 7% der Eisprung statfinde und die Befruchtung möglich sei und in der Folge die Einbettung des befruchteten Eies in der Gebärmutter in der Regel verhindert werde (32).
- **Hauser, Luzern**, sagte 1974 (33), daß der Begriff „Ovulationshemmer“ angesichts der 7% trotzdem möglichen Eisprünge „ein nicht ganz korrekter Ausdruck sei“.
- Im gleichen Sinne **Haller, Göttingen** (30): „Verwendung des Begriffes 'ovulationshemmde Substanzen' für die handelsüblichen Präparate strenggenommen durchaus anfechtbar“.
- **Beller, Münster** (1979/80) (5): „Abtreibende Wirkung

der Pille. — Pille und IUD = **frühes Abortivum**“.

- In diesem Sinne auch die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** in Köln (10): „Ovulationshemmer nidationshemmend“.
- **Taubert und Kuhl**, in ihrem Buch „Kontrazeption mit Hormonen“ (1980) (125): „Nidationshemmende Wirkung fast aller Pillen“.
- In der Zeitschrift „Der informierte Arzt“ 1987 (142): „Nach Überzeugung von **Frau Prof. Marianne Mall-Häfeli, Basel**, ist die Suppression der hypophysären Achse bei der Mikropille von großer Bedeutung. Während bei Einnahme der hochdosierten Pille durch die Suppression dieser funktionellen Achse das Ovar ruhiggestellt wurde, fällt diese Unterdrückung bei dem niedrig dosierten Präparat geringer aus. Da jedoch die Wirkung der oralen Kontrazeptiva multifaktoriell ist, leidet die Einnahmesicherheit nicht unter dieser Veränderung. Es kann jedoch durch die verminderte Suppression zu einem Follikelwachstum im Ovar und demzufolge zu einer endogenen Östrogenproduktion kommen. Die dabei entstehende relative Hyperöstrogenämie findet man physiologischerweise in Pubertät und Prämenopause mit leichten Blutungen (Spotting), Durchbruchblutungen und Brustspannen als klinische Zeichen. Dauern derartige Zustände bei der Konsumentin an, ist nach Ansicht von **Frau Prof. Mall-Häfeli** das Umsteigen auf ein Präparat mit stärker supprimierendem Gestagen angezeigt.“
Auch hier ist die **multifaktorielle Wirkung** angesprochen und damit die **Nidationshemmung** und der **Tubenfaktor**, da der **Zervixfaktor** offenbar nicht die ursprünglich angenommene Wirksamkeit zeigt. Auf diese multifaktorielle Wirkung wird auch in anderen neueren Publikationen immer wieder hingewiesen.
- Interessant ist auch, daß in den USA auf dem **Kongreß der „National Abortion Federation“ (NAF)** (74) 1985 anlässlich der Diskussion um die Familienplanung folgendes Votum gefallen ist: „Make no mistake, the pill and IUD are abortive“. („Täuschen Sie sich nicht: Pille und Spirale sind Abortivmittel.“)

5.4 Die Wirkung:

Veränderung des Zervixschleimes

Vom natürlichen Zyklus her ist bekannt, daß das Progesteron den Zervixschleim eindickt und eine gewisse Barriere für die Aszension der Spermien bildet. Somit gehört dieser Umstand auch zur Partialwirkung der Ovulationshemmer. Daß die Abdichtung jedoch nicht vollkommen ist, beweisen die unter Pilleneinnahme vorkommenden Schwangerschaften, die in den letzten Jahren unter den zunehmend tiefer dosierten Präparaten zahlenmäßig anstiegen. Möglicherweise kann man daraus auch schließen, daß die nun zum Einsatz kommenden Gestagene, wie dies beim letzten Zitat von **Frau Prof. Mall-Häfeli** zum

Ausdruck kommt, nebst der verminderten Suppression, auch eine geringere Wirkung auf die Zervix haben könnten und dadurch die Aszension der Spermien erleichtert würde. Im Tierversuch waren bereits bei den hochdosierten Präparaten Spermien in den Tuben nachgewiesen worden.

5.5 Eine weitere tödliche Wirkung der künstlichen Hormonpille: Der Tubenfaktor oder der verlangsamte Transport des befruchteten Eies im Eileiter

Hier besteht die Annahme, daß die Motilität der Tube durch die hormonalen Kontrazeptiva beeinträchtigt und damit der Embryotransport verlangsamt wird.

Hierzu **Frau Prof. Dr. Mall-Häfeli, Basel** (67):

„4. Die Wirkung der Pille ist **multifaktoriell**, der verzögerte Tubentransport allein führt zu einer Überalterung des Eies und zur Verhinderung der Entwicklung eines lebensfähigen Embryos, wie wir das auch bei der In-Vitro-Fertilisation gesehen hatten.“ Das heißt also, daß der Embryo einen verlangsamten Transport durch den Eileiter erfährt, dadurch Schaden nimmt in dem Sinne, daß er zum Zeitpunkt der möglichen Einnistung nicht mehr lebensfähig ist und damit abstirbt. Er „trocknet“ buchstäblich aus, da er nicht rechtzeitig zur lebensrettenden Einnistung gelangt, die ihm die weiteren Nährstoffe zur Entwicklung zur Verfügung stellen würde.

Dazu auch die **Schering-Information** (107):

„Östrogene und Gestagene beeinflussen die Tubenmotilität und damit den Eitransport so, daß das Ei nicht rechtzeitig das Endometrium erreicht, um günstige Bedingungen für die Nidation vorzufinden. Außerdem verändert sich die Zusammensetzung des Tubensekrets und damit die Eireifung.“

5.6 Exogene (= äußere) Faktoren, die die „Verhütungswirkung“ der Pille beeinflussen

Die Zuverlässigkeit der Pilleneinnahme

Wie aus verschiedenen Studien hervorgeht, ist es mit dieser Zuverlässigkeit nicht sehr gut bestellt. Ein Vergessen der Pille wird in 2-7% gefunden.

Organon beschreibt in einer Studie über Marvelon, daß 4-5% der Frauen 1-4 Tabletten pro Zyklus vergaßen. Trotzdem sei bei 1:160 Frauen bzw. 15:222 Zyklen nur 1 Schwangerschaft eingetreten (79). **Auch diese „Sicherheit“ dürfte ein Hinweis auf die multifaktorielle und damit auch frühabortive Wirkungsweise dieses Ovulationshemmers sein.**

Die Interaktionen: Alkohol, Koffein, Nikotin, Medikamente

Es spielen, was bisher viel zu wenig bekannt und berücksichtigt worden ist, übermäßige Mengen von Al-

kohol, Koffein oder Nikotin eine erhebliche Rolle, wobei vor allem dem Koffein und Nikotin eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommen dürfte. Dann sind die Interaktionen mit Medikamenten (z. B. Antazida, chronische Einnahme von Abführmitteln u. a.) zunehmend ins Gespräch gekommen. Früher hieß es, daß es vor allem und fast ausschließlich die Antibiotika seien, die die Wirkung beeinträchtigten. Heute sind es fast alle Medikamentengruppen, wie dies aus der **Broschüre von Organon** (78) hervorgeht. Umsonst hat Organon diese kostspielige Broschüre nicht herausgegeben. Und je tiefer die Pille dosiert ist, umso häufiger werden solche Interaktionen zum Spielen kommen, wie wir aus eigener Erfahrung sagen können.

Abweichende Enzymmuster

Hierzu bemerkt **Grünental** (27): „Hinzu kommt, daß es möglicherweise Patientinnen gibt, bei denen vielleicht aufgrund eines abweichenden Enzymmusters die Pille nicht voll wirksam ist (Patientinnen, die zwei oder drei Mal nacheinander trotz behaupteter sorgfältiger Einnahme der Pille schwanger wurden).“

Störungen im Verdauungstrakt

Daß Durchfall und Erbrechen die Pillenwirkung wesentlich einschränken, ist seit längerem bekannt. Wie sich immer wieder zeigt, genügt schon eine mäßige Magen-Darm-Verstimmung, die von den Patientinnen oft erst retrospektiv realisiert wird, um ein Versagen der Pille zu ermöglichen. Auch die empfohlene Einnahme einer zweiten Pille bei Durchfall oder Erbrechen dürfte kaum zum Erfolg führen, da durch die enteritischen Veränderungen die Resorption auch dieser Pille nicht hinreichend erfolgen kann. Bei tiefer Dosierung trifft dies sicherlich noch ausgeprägter zu.

Saure natürliche Ernährung in Asien

Interessant ist auch eine Veröffentlichung im „Deutschen Ärzteblatt“ (1986) (42), in der die Ovulationshemmerwirkung in Asien und Europa verglichen wird. In Asien bestehe eine saure natürliche Ernährung, die die alkalische Wirkung der Pille neutralisiere und dadurch sehr viele Versager aufweise, wenn nicht gar unwirksam mache.

Alle diese Faktoren fördern zusätzlich noch die frühabtreibende Wirkung der Pille

Manipulierte Informationen über die frühabtreibende Wirkung von Hormonpille und Spirale — Die menschenvernichtende Definition

Man versuchte, den **frühabtreibenden Effekt von Pille und Spirale** über lange Jahre hinweg zu verheimlichen, wohl wissend, daß eine frühe Bekanntgabe dieser Tatsa-

che viele Frauen vom Gebrauch der Pille abgehalten hätte. Diese Taktik gehört ebenfalls in den Bereich des Managements im Sinne des **„Verbal engineering precedes social engineering.“** (Manipulation der Sprache — Manipulation der Gesellschaft).

Folgendes Beispiel zeigt dies sehr deutlich:

Ein **internationales Gynäkologengremium** legte in den sechziger Jahren den **„Beginn“ des menschlichen Lebens auf die Nidation fest, also mit der Definition des Beginns der Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt** (5). Damit wurden die ersten 14 Tage nach der Befruchtung schutzlos. Dies war seinerzeit vor allem von Bedeutung **für die frühabtreibende Wirkungsweise der Spirale**, die diesem Gremium schon bekannt war.

Dies gilt auch für die Ovulationshemmer, von deren frühabortiver Wirkung diese Leute sicher auch wußten.

Aber auch für die In-vitro-Fertilisation/Embryotransferproblematik ist diese 14-Tages-Grenze von größter Bedeutung, da IVF/ET an sich embryoverbrauchend sind und in gewissen Ländern dieser Zeitraum für Forschungszwecke am Embryo freigegeben ist. Daraus ergibt sich die „Weitsichtigkeit“ der Entscheidung dieses Gremiums.

Hier wird eine handfeste Wert-Unwert-Ideologie sichtbar, auf die die junge Soziologin Gerlinda Smaus 1983 zutreffend hingewiesen hat: „Wenn Menschen ... getötet werden sollen, wird ihnen zunächst definitorisch ein niedrigerer, nicht-menschlicher Status zugeschrieben. Das trifft auch auf den Fötus zu: ihn mit Berechtigung im Mutterleib töten zu können, setzt voraus, daß ihm keine menschliche Qualität zuerkannt wird“ (117). Das gilt selbstverständlich auch für das befruchtete menschliche Ei bis zum Abschluß der Nidation, wenn der Beginn des menschlichen Lebens aus reinem Nützlichkeitsdenken willkürlich auf den Abschluß der Nidation definitorisch festgesetzt wird. Auch hier gilt: Um die Hemmschwelle für die Tötung der Ungeborenen herabzusetzen, wird ihnen ein niedrigerer, nicht-menschlicher Status (hier die mikroskopische Kleinheit des befruchteten menschlichen Eies) zugeschrieben.

Dieselbe Praxis wenden Unrechtsstaaten an, indem sie unerwünschte Bevölkerungsgruppen als rassistisch minderwertig oder sonstwie lebensunwert qualifizieren oder ihnen das Menschsein überhaupt absprechen. Der Mensch wird nicht erst Mensch per Definition, sondern ist Mensch vom Zeitpunkt der Empfängnis an!

In dem 1964 erschienenen Aufsatz „Der Begriff 'Mensch' im Strafrecht (Österreichische Juristenzeitung ÖJZ. 1964, Seite 383 ff) hat Hofrat Dr. Raimund Meyer hierzu ausgeführt: „Leben und Gesundheit sind Termini, die sowohl ihrem Wesen wie ihrer Herkunft nach primär der präpositiven Seinsordnung angehören: Wesen und Inhalt, Beginn und Ende des Lebens“ werden „allein

von der Biosphäre her bestimmt. Auch die Rechtsordnung hat ihre Zugehörigkeit zu diesem außerrechtlichen Seinsbereich der ontologischen Ordnung anerkannt. Tatsache, Zeitpunkt und Kausalität des Todes, als das Ende des Lebens werden ausschließlich von der Medizin bestimmt. Nur wo „der Medizin „das Objekt der Untersuchung“, nämlich der Tote,“ fehlt, tritt an ihre Stelle die Rechtswissenschaft mit dem Behelfe der jederzeit widerlegbaren Rechtsvermutung: der Tatsache, des Zeitpunktes und der Ursache des Todes in dem Verfahren zur Todeserklärung. Von dieser präpositiven Seinsordnung des Lebens wird auch dessen Beginn bestimmt. Was in dieser Richtung einmal dem Bereich spekulativer Theologie als Weltanschauung angehört hat, ist in den letzten Jahrzehnten bereits zum Gemeingut festgegründeter Erkenntnisse der Biologie und ihrer Hilfswissenschaften geworden.

Sowohl im **männlichen Samen** wie auch in der **weiblichen Eizelle** sind bereits auch jene körperlichen und geistigen Gene enthalten, die den aus ihrer Verbindung hervorgehenden Menschen formen. Ihr Eigenleben hat eine zeitlich begrenzte Lebensdauer. Erst durch ihre Vereinigung entsteht neues Leben. **Die biologische Wissenschaft läßt dieses neue Leben mit der Befruchtung beginnen.**

Was hier von der Wissenschaft erkannt und in ungezählten Versuchen nachgewiesen wurde, **ist aber schon vor ihrer Erkenntnis real vorhanden gewesen. Wir haben es hier also nicht mit einer erst vom Menschen in den Ablauf der Dinge hineingelegten Sollordnung zu tun, sondern mit einer ontologischen Seinsordnung, die von menschlicher Erkenntnis und vom menschlichen Willen unabhängig ist. So wenig wie diese ontologische Seinsordnung der Schöpfung durch den Mangel der menschlichen Erkenntnis in Jahrtausenden ihres Bestandes aus der Welt geschafft werden konnte**“, sowenig vermag sie auch eine Parlamentsmehrheit, die veröffentlichte Meinung, Sprachmanipulationen, eine übereinstimmende Lehrmeinung des strafrechtlichen Schrifttums und der Rechtsprechung trotz allen juristischen Scharfsinns oder ein internationaler Gynäkologenkongreß „außer Wirkksamkeit zu setzen“.

Manipulierte Informationen über die tatsächliche Versagerquote der Pille

Aufgrund der oben erwähnten Fakten ist auch die **Zuverlässigkeit der modernen Pille** nicht mehr gewährleistet, sodaß ihre sprichwörtliche Sicherheit ins Wanken gerät. So hat **das Guttmacher-Institut, New York, 1989** die neueste Versagerquote der Pille mit 6% angegeben (43). Dies beweisen auch die Versager, die wir in der täglichen Praxis erleben. Die Gebrauchssicherheit der Pille entspricht nicht mehr den offiziellen Angaben, obwohl dies von der pharmazeutischen Industrie bestritten wird.

Hohe Versagerquote im Jugendalter

Ein zunehmendes Problem stellt dies **im Jugendalter** dar. Hier ist die Versagerquote mindestens doppelt so groß wie im späteren Alter.

Es erschreckt, wenn wir erfahren, daß in den USA alle 30 Sekunden ein junges Mädchen unter 20 Jahren schwanger wird. **„Mehr als ein Drittel aller indizierten Schwangerschaftsabbrüche in den USA werden an jungen Frauen unter 19 Jahren vorgenommen. Das ist die höchste Rate der Welt“** (76).

Neu ist eine Mitteilung, nach der 18% von 51 Jugendlichen schwanger wurden, die mit Ovulationshemmer verhüteten (63). Die Zeitschrift *Selecta* über den Empfängnischutz für Teenager: „Die sexuelle Freizügigkeit, welche die Pille ermöglichte, bringt für die jungen, in der Kontrazeption ungeübten Menschen ein großes Problem: Immer mehr Teenager werden schwanger, ohne es zu wollen; die Zahl der Abtreibungen wächst. Es müssen neue Formen der Verhütung gelehrt und geeignete Kontrazeptiva gefunden werden.“ (76) **Auch hier wieder eine Verkennung der wahren Ursachen dieses Übels.**

Nebenwirkungen der Anti-Baby-Pille

Über Nebenwirkungen der Pille existieren heute Tausende von Publikationen, seit die Ovulationshemmer Anfang der sechziger Jahre auf den Markt gebracht wurden. Davon wurde in der Öffentlichkeit bis vor kurzem nur wenig bekannt, in letzter Zeit dringen jedoch zunehmend Meldungen sogar in die Allgemeinmedien. Bis 1970 waren bereits ca. 600 wissenschaftliche Arbeiten über Nebenwirkungen erschienen, von denen Medizinstudenten seinerzeit fast nichts zu hören bekamen. Auch heutige Medizinstudenten erfahren fast nichts über die Nebenwirkungen.

Bis zum Jahr 1981 bedienten sich etwa 50 Millionen Frauen in aller Welt der Ovulationshemmer zur Empfängnisverhütung. Dazu ein Zitat von C. Y. Genton (25): „Eine solche Verbreitung der oralen hormonalen Kontrazeptiva stellt den Arzt vor eine ungewöhnliche Situation: **Erstmals werden gesunde junge Menschen jahrelang mit hochwirksamen Medikamenten behandelt, ohne daß eine traditionelle Indikation, etwa eine Erkrankung vorliegt. Die Absicht, durch eine solche Medikation eine optimale Familienplanung zu erreichen, ist aber für den Arzt nur dann akzeptabel, wenn dieses Ziel für das Individuum praktisch risikolos erreicht werden kann. Ist dem tatsächlich so?**“

Besser kann man die Ansprüche an eine Familienplanungsmethode aus medizinischer Sicht wohl kaum formulieren.

Bereits Ende der sechziger Jahre publizierte **Barbara Seaman** in den USA den Bestseller „**The Doctors' Case Against the Pill**“, in dem sie aufgrund von Umfragen

bei namhaften amerikanischen Gynäkologen nahezu alle wichtigeren Nebenwirkungen beschrieb. Das 1970 in deutscher Sprache im Ullstein-Verlag unter dem Titel „**Ärzte contra Pille**“ (113) erschienene Buch verschwand nach kurzer Zeit vom deutschen Markt.

Übersicht über die Nebenwirkungen der Ovulationshemmer

1. Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Nebenwirkungen
2. Infektionsförderung
 - a) Sterilität
 - b) Folgen für Schwangerschaft und Nachkommen
3. Krebsrisiko
 - a) Portio (Muttermund)
 - b) Korpus (Gebärmutter Schleimhaut)
 - c) Ovar (Eierstock)
 - d) Mamma (Brust)
 - e) Haut
 - f) Leber
4. Gutartige Tumore
 - a) Portio (Muttermund)
 - b) Ovar (Eierstock)
 - c) Mamma (Brust)
 - d) Leber
5. Magen-Darmveränderungen
6. Augenstörungen
7. Mißbildungen
8. Psychische Störungen
9. Störungen in der Sexualität

1. Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Nebenwirkungen (Herzinfarkt, Herzkreislauferkrankungen und Hirnblutungen)

1977 veröffentlichte das Royal College of General Practitioners in England im Lancet (102) eine Retrospektivstudie und 1981 (103) eine Prospektivstudie, jeweils über ca. 200.000 Frauenjahre, nach der Takers und Extakers von Ovulationshemmern eine um 40% höhere Todesrate durch kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Nebenwirkungen aufwiesen, vor allem **Herzinfarkte** und **Hirnblutungen**. Bei der zweiten aussagekräftigeren Studie entfiel sogar die 5-Jahresgrenze der Ovulationshemmereinnahme, die zu diesen Risiken führte. Das bedeutet: Die gleichen Veränderungen können nicht nur nach längerer Dauer der Pilleneinnahme auftreten, sondern genauso bereits nach kurzer Einnahmedauer.

Ferner konnte ein steigendes Todesrisiko durch eine Herz-Kreislauferkrankung unter Pilleneinnahme bei zunehmender Geburtenzahl nachgewiesen werden.

Pille und Raucherinnen

Die Studien zeigten auch, daß das Risiko mit **zunehmendem Alter** und bei **Raucherinnen** unter OH-Einnahme

deutlich größer war. Vor allem waren die über 35jährigen Frauen betroffen!

Die jährliche Exzeßstodesrate betrug:

- bei Frauen zwischen 35 und 44 Jahren: 1 zu 6.700 bei Nichtraucherinnen gegenüber 1 zu 1.000 bei Raucherinnen;
- bei Frauen über 45 Jahren: 1 zu 2.500 bei Nichtraucherinnen gegenüber 1 zu 500 bei Raucherinnen.

Hirnblutungen

Weitere Studien bestätigten diese Ergebnisse (86): Das Risiko einer Hirnblutung war bei Raucherinnen allein 5,7mal größer als bei Nichtraucherinnen; bei Pilleneinnahme 6,5mal und bei der Kombination Pille und Rauchen 22mal größer.

Selbst nach Absetzen der Pille war das relative Risiko für eine Hirnblutung mit 5,3 signifikant **erhöht**.

Thrombo-Embolie

Nach Porter u. a. (1982) (91) besteht eine positive Assoziation zwischen der Ovulationshemmereinnahme und **venöser Thrombo-Embolie** mit einer Risikorate von 8,3; hingegen konnten sie keinen Zusammenhang zwischen Ovulationshemmern und Apoplexie sowie akutem Myokardinfarkt feststellen. Diese verbesserten Resultate wurden darauf zurückgeführt, daß aufgrund früherer Publikationen die Indikation für die Pillenverordnung sorgfältiger getroffen worden sei und Risikopatienten möglicherweise davon ausgeschlossen worden waren. Dies könnte aber zu einer Unterschätzung des wahren Risikos bezüglich **Hirnblutungen** unter der Pille führen. Denn eine schwedische Studie (52) konnte die Annahme nicht bestätigen, daß **tiefe Venenthrombosen** nur unter hohen Östrogendosen auftraten: dies war auch bei tiefer Dosierung der Fall.

Dazu Schindler (1985) (108): „Diese Reduzierung des Pharmakons Äthinylöstradiol legt die Annahme nahe, daß die Nebenwirkungen merklich abnehmen sollten. 1980 stellten Böttiger und Mitarbeiter jedoch fest, daß der Wandel von sogenannten östrogenhochdosierten hormonalen Kontrazeptiva zu sogenannten östrogenniedrigdosierten hormonalen Kontrazeptiva zu keiner signifikanten Änderung der vaskulären Nebenwirkungen geführt hat. Dies ließ die Frage nach Nebenwirkungen der Gestagene aufkommen.“

Die neugeschaffenen Gestagene ergaben zwar laborchemisch wesentlich günstigere Resultate, in der Praxis erlebten wir und andere Kollegen jedoch ebenfalls Frauen mit **Hirnschlägen** und **Lähmungen**. Die Deutsche Medizinische Wochenschrift publizierte 1986 (49) mehrere Fälle von **akuten Verschlüssen im vertebrobasilären Stromgebiet**: von 6 Frauen hatten 5 seit längerer Zeit orale Kontrazeptiva eingenommen; 3 davon waren Raucherinnen. Andere Arbeiten hingegen verneinen einen Zusammenhang zwischen OH-Einnahme und Herz-Kreislaufschädigung, wie z. B. diejenige von Detering

und Kallischnig (17).

Mikropillen: Femovan(Gynera)-Minulet

Neuerdings wurden unter einer der neuesten Mikropillen („Femovan“ in Deutschland, „Gynera“ in der Schweiz) zwischen 1987 und 1989 **13 Thrombo-Embolien** aus Deutschland und **8** aus England gemeldet, jeweils mit 1 tödlichen Ausgang. Verdächtig wurde das neue Gestagen „Gestoden“. „Das Deutsche Bundesgesundheitsamt sah sich veranlaßt, eine erste Warnung auszusprechen und auf das Risiko von Venenthrombosen unter der Mikropille hinzuweisen“ (94).

Dazu auch das arznei-telegramm (1989): „Somit käme ein thromboembolisches Ereignis auf etwa 700 Frauenjahre. Geht man davon aus, daß eine Frau 20 Jahre lang (nämlich vom 15. bis zum 35. Lebensjahr) FEMOVAN bzw. MINULET verwenden würde, wäre damit zu rechnen, daß etwa jede 35. Frau von einem solchen Ereignis betroffen sein könnte. Das Ereignis kann vorübergehend sein, ohne sich als Vitalstörung zu manifestieren, z. B. als **Sehstörung, Hörstörung, Kopfschmerzen** etc. Es können aber auch schwerwiegende thromboembolische Komplikationen in Form tiefer **Beinvenenentzündungen** und **Embolisierung mit Lungen-, Herz- oder Hirnschädigungen** vorkommen, die in Invalidität oder Tod münden. Damit wäre FEMOVAN/MINULET erheblich schlechter verträglich als Kontrazeptiva mit 50 µg oder höherem Östrogengehalt — gemessen an den Angaben von VESSEY u. a. im Brit. Med. J. 292 (1986), 526, wonach auf orale Kontrazeptiva des älteren Typs 20 Fälle auf etwa 32.000 Frauenbeobachtungsjahre entfallen (2). „Das Netzwerk der gegenseitigen Information registrierte bislang **20 Meldungen thromboembolischer Ereignisse nach FEMOVAN/MINULET — in mehreren Fällen bei jungen Frauen im Alter zwischen 17 und 24 Jahren**“ (2).

1990 ist im arznei-telegramm zu lesen: „Trotz rückläufiger Nachfrage von FEMOVAN — 670.154 verkaufte Behandlungszyklen im Februar 1989 gegenüber 324.337 Zyklen im Dezember 1989 — stieg die Zahl der für diese Hormonkombination in der Bundesrepublik bekanntgewordenen oder nachgemeldeten **thromboembolischen Ereignisse** von 14 Verdachtsfällen bis Februar 1989 auf 119 bis Dezember 1989.

Auf der Basis des FEMOVAN-Absatzes im Zeitraum Februar 1989 bis Dezember 1989 beträgt die mit der Schering AG einvernehmlich errechnete **thromboembolische Ereignishäufigkeit** in der Bundesrepublik 1 Fall auf 8.230 FEMOVAN-Verwenderinnen.

Bei anderen vergleichbaren oralen Kontrazeptiva fand eine ähnlich dramatische Veränderung des Verhältnisses von Risiko zu Nutzen nicht statt. ...

Die Beobachtung, daß unter FEMOVAN/GYNOVIN/MINULET die Gestoden- und Ethinylestradiol-Spiegel bei längerer Verwendung kumulierend ansteigen, vermag

Schering auch ein Jahr nach Bekanntwerden der Befunde der Arbeitsgruppe von **Prof. Kuhl** (Universitätsfrauenklinik Frankfurt) durch **studiendesigngleiche** Untersuchungen unabhängiger Dritter nicht zu widerlegen.

Schon Einzelgaben von FEMOVAN ergeben gegenüber MARVELON etwa vierfache höhere Gestagen-Spiegel bei gesunden Frauen, obwohl die Dosis (Gewichtsmenge) „nur die Hälfte ist“. In den weiteren Zyklen steigen die Werte weiter an: „... **Mich haben die hohen Spiegel so erschreckt, daß ich inzwischen meine Tochter von diesem Präparat entbunden habe...**“. Es ist keine Frage, daß die modernen Steroide (Anm. der Redaktion: dazu zählen auch die Cortisonpräparate), die oral „so wirksam sind“, nur so stark wirken, „weil sie so schlecht metabolisiert werden — sonst könnten wir doch Progesteron nehmen“ (Kuhl am 16.2.1990 in Berlin).

Experimentelle Untersuchungen geben Hinweise auf **erhöhte irreversible Schädigungen des Hormon-abbauenden P-450-Enzymsystems in der Leber** durch das in FEMOVAN/GYNOVIN/MINULET enthaltene synthetische Gestagen“ (3). Weiter: „Die gegenwärtig verfügbaren Gestoden-haltigen Kontrazeptiva erscheinen überdosiert. Sie führen individuell und besonders bei mehrmonatiger Einnahme zu überhöhten Hormonspiegeln, die für die kontrazeptive Sicherheit nicht erforderlich sind. Eine Reihe von Schädigungen der „Pille“, wie Bluthochdruck und Thromboembolierisiko, sind möglicherweise hierdurch bedingt.

Wer FEMOVAN/GYNOVIN/MINULET verordnet, muß die Gewißheit der Unbedenklichkeit dieser „Mikropille“ haben. Die pharmazeutischen Anbieter dieser Präparate können wissenschaftlich begründete Bedenken zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht überzeugend entkräften“ (3).

Prof. Dr. Alfred Hildebrandt vom deutschen Gesundheitsamt in Berlin erklärte 1990 in einem Interview, das der WDR Köln in dem Fernsehmagazin „Monitor“ am 05.06.1990 ausstrahlte: „Wir haben seit etwa 1987 ca. 320 Spontanmeldungen zu 'Femovan' und eine geringere Anzahl von Meldungen zu 'Minulet'. Von diesen 320 Meldungen sind ca. 210, die wir als schwer einstufen: ... lebensbedrohlich, irreversible (Anm. der Redaktion: nicht rückgängig zu machende) Wirkung, also Spätfolgen, und letztlich ärztliche oder stationäre Behandlung.“ Nach diesem Fernsehbericht haben Ärzte dem Bundesgesundheitsamt 6 Todesfälle im Zusammenhang mit „Femovan“ gemeldet. Auf die Frage, warum das Bundesgesundheitsamt die Präparate „Femovan“ und „Minulet“ nicht vom Markt nehmen würde, erklärte Prof. Dr. Alfred Hildebrandt: Es handle sich nicht um Nebenwirkungen neuer Qualität.

„Diese Nebenwirkungen sind in den Warnhinweisen deutlich angegeben. Arzt und Patient wissen darüber.“ „Um festzustellen, ob dieses Arzneimittel der sogenannten neueren, also weniger gefährlichen Generation ein

größeres Nebenwirkungspotential hat als das bei den alten der Fall ist“, müsse das Bundesgesundheitsamt „die Häufigkeit dieser Wirkungen besonders kennen“ (140). Für ein Verbot reicht nach den Worten von Prof. Dr. Alfred Hildebrandt der Kenntnisstand nicht: „Das können wir zum jetzigen Zeitpunkt mit dem Instrument der Spontanmeldeerfassung nicht ausreichend tun“ (140). Das bedeutet also: Spontanmeldungen von 6 Toten und 320 zum Teil Schwerkranken im Zusammenhang mit einer der „Mikropillen“ reichen dem Bundesgesundheitsamt nicht, ein Verbot auszusprechen.

Mikropille: Marvelon

Aber auch unter Marvelon (einer anderen Mikropille) wurden zwischen 1982 und 1988 in England 25 thrombo-embolische Episoden, darunter 6 fatale Ausgänge gemeldet, und in Deutschland waren es von 1981 bis 1988 15 thrombo-embolische Episoden mit 2 tödlichen Ausgängen. In der Schweiz 5 Fälle von Thrombo-Embolien ohne tödlichen Ausgang (94).

Interessant sind die Verteidigungsversuche der Pillenhersteller, die in diesem Zusammenhang verzweifelte Anstrengungen unternehmen, die Pille wieder reinzuwaschen. Eines kann man jedoch mit Sicherheit sagen, daß das Bundesgesundheitsamt die Warnung nicht ohne Grund ausgesprochen hat, wie dies auch die zitierten Ausführungen der Arzneimittelinformation (2, 3) beweisen.

Warnung vor den Mikropillen in Österreich

Das österreichische Bundeskanzleramt (Sektion VI/Volksgesundheit) forderte im Sept. 1990 in der „Österreichischen Ärztezeitung“, dem Organ der Österreichischen Ärztekammer, Wien, die Mediziner zu Wachsamkeit auf, weil es im Ausland Hinweise auf ernste Komplikationen mit „niedrig dosierten oralen Kontrazeptiva“ gebe. Die Oberösterreichische Nachrichten vom 20.9.1990 berichteten:

„Frauen, die diese Antibabypille mit extrem wenig Hormonen einnehmen, scheinen sogar ein noch höheres Risiko für eine Thrombose oder Embolie zu haben als Frauen, die andere Pillen nehmen.

Diese neuen Pillen mit wenig Östrogen und Gestagen wurden von vielen Ärzten als großer Fortschritt wegen ihres angebliche extrem geringen Thrombosen- und Embolierisikos gesehen und in den letzten drei Jahren eifrig verschrieben.

Univ. Prof. Heribert Fröhlich (Landesfrauenklinik Linz): „Die entscheidenden Erkenntnisse, ob ein neues Medikament wirkt und ob es unerwünschte Nebenwirkungen hat, liefert immer erst die Anwendung im großen Maßstab bei Zehntausenden oder Hunderttausenden Menschen.“

(zitiert nach „Vision 2000“, 1990, Nr. 6, S. 19) (134).

2. Infektionsförderung

Diese Frage wird in der Literatur ebenfalls kontrovers diskutiert. Es gab sogar Arbeiten, die unter der Pille ein reduziertes Risiko für Pelvic Inflammatory Disease (PID) angaben (15) (105) (123) (141). 1987 konnten Aral u. a. (1) feststellen, daß Fertilitätsprobleme häufiger unter OH-Einnahmerinnen auftraten. Die Frauen, die unter OH-Einnahme eine PID hatten, wiesen viel eher Fertilitätsprobleme auf als IUD-Benutzerinnen mit einer Entzündung. Diese Befunde überraschten, stimmen aber mit der Hypothese überein, daß Ovulationshemmer mit Chlamydieninfektionen im kleinen Becken assoziiert sind (135), welche schwieriger zu erkennen, zu diagnostizieren und zu behandeln sind, als beispielsweise die Gonokokkeninfektion. Dies bestätigt auch die Arbeit von Louv u. a. vom Februar 1989 (65), die zeigen konnten, daß die Infektionsrate für Chlamydien und Gonokokken bei der OH-Gruppe um 70% höher war als bei Frauen, die keine Ovulationshemmer eingenommen hatten...

Unfruchtbarkeit — Sterilität

Nach Hoc (1986) (38) ist „die **Salpingitis** die häufigste Ursache einer infektionsbedingten Sterilität der Frau. Eine einmalige Attacke kann nach schwedischen Studien die Fertilität bereits um 20% senken. **In den USA werden jährlich etwa 100.000 junge Frauen durch eine solche Infektion unfruchtbar**“.

Washington u. a. (136) haben 1985 festgestellt, **daß bereits 10% der 15-19jährigen Amerikanerinnen durch Chlamydieninfektionen steril sind**. Sie sagten allerdings nichts aus über die Ovulationshemmereinnahme in diesem Zusammenhang. Es kann aber angenommen werden, daß ein großer Teil dieser Mädchen die Pille genommen hatte.

Eindeutiger Zusammenhang zwischen Eileiter-Schwangerschaft und Chlamydieninfektion

Eine französische Gruppe unter Diquelou (19) konnte zudem kürzlich beweisen, daß ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Tubargravidität und Chlamydieninfektion besteht. In den Fällen eines positiven Chlamydiennachweises in der Zervix waren auch die Eileiter positiv. Diese Gruppe nimmt ebenso wie Louv an, daß die Chlamydieninfektionen subakut verlaufen und daher oft kaum diagnostiziert werden können. Somit erlangen die um 70% höheren Chlamydieninfektionsraten unter OH-Benutzerinnen eine immense und folgenschwere Bedeutung. Diquelou u. a. nehmen an, daß die Spermatozoen als mögliche Träger für die Chlamydien in Frage kommen und die Infektion zum Embryo transportieren. Man könnte sich sogar vorstellen, daß ein infiziertes Spermatozoen zur Befruchtung gelangt und der Embryo somit a priori infiziert wäre ...

Erhöhte Frühgeburtenrate

Eine weitere Folge von Infektionen im Genitaltrakt der Frau ist eine eindeutig erhöhte Frühgeburtenrate, bedingt

durch eine Amnionitis. Toth M. u. a. (1988) (130) fanden einen Zusammenhang zwischen Amnionitis und vor der Schwangerschaft bestehender Infektion des Uteruskavums als prädisponierendem Faktor für die Frühgeburtlichkeit. Dies in Zusammenhang mit der Spirale, aber auch unabhängig davon.

Zudem kann das Neugeborene durch eine während der Geburt erlangte Chlamydieninfektion (106) eine lebensgefährliche Lungenentzündung entwickeln.

Zusammenfassung:

Wie wir gesehen haben, existiert bei Pilleneinnahme in einem sehr hohen Prozentsatz eine solche Infektion, womit sich dieser verheerende Kreis wieder schließt.

Sicher ist: Diese Infektionen sind Folge der sexuellen Libertinage, die wiederum durch die moderne Antikonzeptionspraxis erst ermöglicht wurde.

Als Resultat der durch die Pille bedingten vermehrten Infektionen haben wir eine massive Zunahme der Sterilitäten auf der einen Seite, auf der anderen vermehrt Tubargraviditäten und zudem eine erhöhte Rate an Frühgeburten mit allen Schädigungsmöglichkeiten u. a. durch Atemstörungen und Hirnblutungen sowie die lebensgefährliche Lungenentzündung beim Neugeborenen.

Pille und AIDS

Interessant ist die neuerdings in den USA aufgestellte These, daß die Ausbreitung von AIDS mit den Ovulationshemmern zu tun habe und zwar unabhängig von den Sexualpraktiken. Da es sich bei den Ovulationshemmern um Steroidhormone ähnlich dem Kortison handelt, geht man davon aus, daß sie die Immunabwehr schwächen und damit nicht nur der Ausbreitung der Chlamydieninfektionen etc., sondern auch AIDS Vorschub leisten. Es wird auch untersucht, ob nicht sogar Mutationen harmloserer Viren zu den gefährlichen HIV-Formen stattfinden könnten, z. B. durch die Veränderung des Scheidenmilieus durch die Ovulationshemmer (23).

3. Krebsrisiko

Portiokarzinom: Muttermundkrebs

Zahlreiche Arbeiten weisen auf einen Zusammenhang zwischen Ovulationshemmern und der Entstehung des Portiokarzinoms hin (29) (31) (80) (84) (95) (133). Leichte gutartige Veränderungen bildeten sich nach Absetzen der Pille zurück, ausgeprägtere gingen noch 2-3 Jahre nach Absetzen in ein Karzinom über. Es konnte ferner eine Abhängigkeit von der Einnahmedauer und von der Stärke der Pille festgestellt werden. Interessant ist auch, daß Rauchen von 20 Zigaretten und mehr das Portiokarzinomrisiko statistisch signifikant bis zum 3-4fachen verstärken. Für die schwere Dysplasie war zudem Alkohol in steigender Menge verantwortlich.

Wir wissen heute: Ein Portiokarzinom entwickelt sich umso eher, je früher der erste Geschlechtsverkehr erfolgt, je unsauberer der erste Partner ist und je mehr Partnerwechsel stattfindet. Dieses Sexualverhalten hängt natürlich eng mit der modernen Antikonzeption zusammen.

Korpuskarzinom: Gebärmuttereschleimhautkrebs

Hochdosierte Kombinationspräparate bieten einen Schutz gegenüber dem Korpuskarzinom. Dies vor allem bei nulliparen Frauen (40) (50) (126). Die Einnahme von Sequenzpräparaten und allen anderen Ovulationshemmern verstärkte das Risiko für die Entwicklung eines Endometriumkarzinoms (13) (34) (115) (116) (126) (139). Wegen dieses Karzinomrisikos wurde das Sequenzpräparat Oracon als einziger Ovulationshemmer aus dem Handel gezogen.

Da heute die hochdosierten Kombinationspräparate wegen der kardiovaskulären Nebenwirkungen kaum mehr eingesetzt werden, dürfte dieser Schutzeffekt herabgesetzt sein oder gar entfallen.

Ovarialkarzinom: Eierstockkrebs

Weiss u. a. (138) wiesen 1981 nach, daß die OH-Einnahme über 4 Jahre und mehr einen Schutzeffekt gegen die Entwicklung eines Ovarialkarzinoms bewirkt.

Rosenberg u. a. zeigten 1982 (101), daß das Risiko für die Entstehung des Ovarialkarzinoms mit der Dauer der OH-Einnahme abnahm. Diese Schutzwirkung scheint ungefähr 10 Jahre nach Absetzen des Ovulationshemmers anzuhalten. Die Ergebnisse waren jedoch nicht statistisch signifikant. Eine Studie der Centers for Disease Control wies 1983 (127) nach, daß das Ovarialkarzinomrisiko mit zunehmender Dauer der OH-Einnahme sank und über lange Zeit nach Absetzen des Präparates tief blieb. Die Autoren nehmen an, daß mehr als 1.700 Fälle von Ovarialkarzinom jährlich in den USA durch die OH-Einnahme verhindert werden.

Nach T. Rabe und B. Runnebaum, 1986 (95), beruht „der günstige Effekt der Kombinationspille zur Verhinderung von Endometrium- und Ovarialkarzinom auf Studienergebnissen, bei denen höher dosierte Kombinationspräparate, d. h. 50 Mikrogramm und mehr Äthinylostradiol, eingesetzt wurden. Es ist möglich, daß bei Anwendung der Mikropille die positiven Schutzwirkungen in Hinblick auf die genannten Karzinomarten nachlassen. Die Ergebnisse größerer prospektiv angelegter Studien sind abzuwarten.“

Mammakarzinom: Brustkrebs

Auch dieses Problem wird sehr kontrovers behandelt. Staub aufgewirbelt haben die Arbeiten von Pike u. a. (1981) (88) und Pike (1983) (89), nach denen ein mehr als doppelt so hohes Brustkrebsrisiko besteht, wenn die Pille vor der ersten Full-Term-Pregnancy (FFTP) eingenommen worden war. Das Risiko war auch erhöht, wenn mit der Pilleneinnahme vor dem 25. oder 23. Altersjahr be-

gonnen wurde. Mit zunehmender Einnahmedauer war der Trend für ein ansteigendes relatives Risiko hoch signifikant. Es bestand auch eine Abhängigkeit vom Gehalt des Gestagens, wobei ein hoher Gehalt an einem Progestagen des Risiko erhöhte. Vermindert war das relative Risiko nach einer ausgetragenen Schwangerschaft; hier war das Resultat aber nicht statistisch signifikant.

Andere 1983 (128), 1985 (120) und 1986 (114) publizierte Studien sprechen gegen einen Zusammenhang zwischen OH-Einnahme und Mammakarzinom, während Untersuchungen durch Meirik u. a. (69) ein zweifach erhöhtes Risiko nach 12jähriger Pilleneinnahme ergaben.

Neuerdings hat eine Gruppe aus Boston (70), Manchester (51) und Oxford (131) die Entstehung des Mammakarzinoms durch Ovulationshemmer bestätigen können.

Joyeux, Montpellier (44), sieht einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Ovulationshemmern und Mammakarzinom. Da es sich um ein Karzinom handle, das erst nach vielen Jahren zum Vorschein komme, seien viele Arbeiten, die einen solchen Zusammenhang leugneten, nicht aussagekräftig, da sie eine zu kurze Laufzeit überblickten. Er sagt weiter: „In China ist man zu natürlichen Methoden zurückgekehrt, weil einerseits Sterilisation und Pille zu teuer waren und andererseits, weil man eine Zunahme des Brustkrebses festgestellt hatte.“ Und weiter: **„Der Brustkrebs zeigt sich nicht schon im ersten Jahr nach der Hormoneinnahme, aber zehn oder mehr Jahre später. Er bleibt daher unbemerkt. Heute ist die Zeit, in der die Brust- und Ovarialkrebse explosionsartig zunehmen, aber in Europa spricht man nicht davon, im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten, wo die Einnahme der Pille enorm rapid abnimmt (ganz ähnlich wie der Tabakkonsum).“** (Hervorhebungen durch die Redaktion)

Hautkrebs

Beral u. a. fanden 1977 (7), daß Frauen, die über lange Zeit OH (= Ovulationshemmer) eingenommen hatten, höhere Raten an malignen Melanomen und anderen Hautkarzinomen aufwiesen, als Frauen, die die Pille nie genommen hatten. Die Zunahme beschränkte sich auf Veränderungen der unteren Gliedmaßen.

Holly u. a. untersuchten 1983 (39) den Zusammenhang zwischen superficial spreading melanoma (SSM) und Pilleneinnahme. Unter den 61 Frauen mit SSM war die Einnahme von OH über 5 Jahre und mehr häufiger anzutreffen als bei den Kontrollen. Bei einer Einnahme von 5-9 bzw. 10 Jahren und mehr betrug das relative Risiko 2,4 bzw. 3,6. Bei einer OH-Einnahme von 4 Jahren und weniger bestand keine Differenz.

Neuerdings wurden widersprüchliche Arbeiten bezüglich eines Zusammenhangs Ovulationshemmer/Melanom publiziert.

Leberkrebs

Nach Forman u. a., 1986 (21), beinhaltet die OH-Einnah-

me ein signifikant erhöhtes relatives Risiko für die Entstehung des hepatozellulären Karzinoms von 3,8. Die Einnahme von 8 Jahren und mehr zeigt ein signifikant erhöhtes relatives Risiko von 20,1.

Neuberger u. a. konnten 1986 (75) nachweisen, daß die Kurzzeiteinnahme von OH nicht mit einem erhöhten Risiko für eine Tumorentwicklung verbunden war, hingegen aber die Einnahme über 8 Jahre und mehr mit einem 4,4fach erhöhten Risiko.

Keiser und Pfleiderer in ihrem Lehrbuch der Gynäkologie (Martius): „Bei den Frauen mit hepatozellulärem Leberkarzinom dominieren die Einnehmerinnen von oralen Kontrazeptiva.“ (47)

Bemerkenswert ist, daß eine Pillenfirma neuerdings einen Todesfall durch ein Leberzellenkarzinom als einzige beobachtete Nebenwirkung zugestand.

4. Gutartige Tumore

Gutartige Tumoren von Portio, Ovar, Mamma und Leber sind vielfach beschrieben. Bei der Portio ist ein Übergang in maligne Formen bekannt, wie oben bereits erwähnt. Bei den Eierstöcken sind vermehrt Zystenbildungen beobachtet worden. Brustveränderungen bestehen im Sinne einer Mastopathie. Bei der Leber handelt es sich um Adenome, die wohl gutartig sind, aber durch Platzen zum Verblutungstod führen können. So beschrieben Baum u. a. 1973 (4) erstmals das Auftreten von benignen Lebertumoren. Bis 1982 lagen ca. 650 Fallberichte über gutartige Lebertumore unter OH-Einnahme vor. **Einer der Autoren forderte allein aufgrund der Tatsache von tödlichen Blutungen aus Leberadenomen, die Ovulationshemmer nicht mehr zur Familienplanung einzusetzen.**

5. Veränderungen im Verdauungstrakt

Braendli und Filippini (9) sowie Ritschard und Filippini (96) beschrieben durch Ovulationshemmer verursachte Magen-Darmleiden. Die Bildung von Gallensteinen wird durch Ovulationshemmer begünstigt. Kaiser und Pfleiderer (47): „Das Risiko der Cholelithiasis wird offenbar speziell durch den Östrogenanteil der Kombinations- und Sequenzpräparate auf das Doppelte gesteigert“.

Transaminasen und Bilirubin können erhöht sein, wobei eine zunehmende Erhöhung dieser Werte zum Abbruch der OH-Einnahme zwingen. „Vorsichtshalber sollten alle Frauen mit einem cholestatischen Schwangerschafts-ikterus und einem Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, mit einem Leberenzymdefekt wie dem Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom und einem bestehenden schweren Leberschaden keine oralen Kontrazeptiva erhalten“ (47).

6. Augen-Störungen

Neuritis nervi optici (Sehnerventzündung);

Retinathrombose (Blutpfropfbildung in der Netzhaut des Auges).

7. Mißbildungen

Im Abortmaterial von Frauen, die unter der Pille oder innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen derselben schwanger wurden, konnten festgestellt werden:

- Chromosomenstörungen (Triploidie und Monosomien X) in 48% und
- Polyploidien (Vervielfältigung des Chromosomensatzes über die normale Anzahl hinaus) in 30%.

Diese Zahlen liegen deutlich über denen von Frauen, die ohne Ovulationshemmer schwanger wurden (22% und 5%) (72). Fülgraff und Palm (24) erwähnen in ihrem „Lehrbuch Pharmakotherapie Klinische Pharmakologie“ im Kapitel „Besonderheiten der Arzneitherapie in Schwangerschaft und Stillperiode“ unter Einnahme oraler Kontrazeptiva **gegengeschlechtliche Prägung, Anomalien von Gliedmaßen, Herz, Ösophagus (Speiseröhre), Trachea (Luftröhre) und Nieren.**

Nach Kabarity und Mazrooei (1984) (46) induzieren gewisse Ovulationshemmer mitosehemmende Effekte, indem abnormale Prophasen und eine beträchtliche Anzahl von Mikronuklei entstehen. Je nach Art des Gestagens sind diese Veränderungen unterschiedlich stark ausgeprägt. Pinto (87) beschreibt 1986 Chromosomenbrüche in Lymphozyten unter Einnahme von Ovulationshemmern. Diese in vivo-Befunde zeigten ein hochsignifikantes Ansteigen von Chromosomenabberationen. Liu und Ding (64) konnten 1987 im Tierversuch unter Verabreichung von Ovulationshemmern in der Frühschwangerschaft Chromosomenveränderungen feststellen. Sie schließen daraus, daß beim Menschen infolge von OH-Versagern ein potentieller mutagener Effekt für die Nachkommen bestehen könnte.

Der Nachweis von Chromosomenbrüchen läßt verheerende Folgen für die nachfolgenden Generationen vermuten.

8. Psychische Störungen

Über die psychischen Auswirkungen der Pille äußert sich Peterson 1978 (85): „Die erschreckende Verschlechterung der Affektivität (Stimmung und Antrieb) und der zwischenmenschlichen Beziehungen bei der Pillengruppe geht sicherlich zum guten Teil zu Lasten des durch die Hormonwirkung ausgelösten endokrinen Psychosyndroms (M. Bleuler), ebenso schlägt dabei aber auch die ambivalente unklare kontrazeptive Motivation der Pillenfrauen zu Buche“.

Nach eigenen Erfahrungen melden Frauen:

depressive Verstimmungen bis zu eigentlichen Depressionen.

Ferner bemerken sie an sich selbst z. T. ausgeprägte Persönlichkeitsveränderungen.

9. Störungen in der Sexualität

Ein großer Teil der Frauen leidet — besonders auch unter den neuen Ovulationshemmern — unter einer Libidoabnahme bis zum totalen Libidoverlust, was einerseits auf die hormonelle Wirkung zurückzuführen ist, andererseits aber auf die erstmals durch die Pille nahezu perfekt erfolgte Trennung von Sexualität und Fortpflanzung. Bekanntlich stimuliert allein die Möglichkeit schwanger zu werden die Libido beträchtlich. Wird nun eine Familienplanungsmethode angewandt, die die Fortpflanzung intentionell völlig ausschließt, so schaltet die Natur, sprich das Unterbewußtsein, mit der Zeit automatisch ab, was in der entsprechenden Libidoabnahme resultiert. Interessant ist dabei die Feststellung, daß sogar ein totaler Libidoverlust nach Absetzen der Pille mit der Zeit wieder reversibel sein kann, wie dies der Wechsel zur natürlichen Empfängnisregelung vielfach gezeigt hat.

Widersprüchliches in der Literatur

Aus dem Gesagten geht hervor, wie auffällig kontrovers die Problematik der Nebenwirkungen der OH (= Ovulationshemmer) diskutiert wird. Daß dies, soweit überhaupt bekannt, bei den Ärzten große Verwirrung stiften muß, ist verständlich.

Die Wirkung geht dahin, daß der Arzt durch jede verharmlosende Publikation geneigt wird, die in anderen Arbeiten beschriebenen Nebenwirkungen nicht mehr ernst zu nehmen. Dies gibt dem Wunschdenken für den Einsatz der Pille jeweils wieder Raum.

Den gleichen Effekt haben wir heute bei der AIDS-Aufklärung. Einerseits verursachen die Medien Panik, verharmlosen andererseits aber durch abschwächende Meldungen die Ernsthaftigkeit der Situation, was punkto Beurteilung und Verhalten wieder eine Neutralisierung ergibt.

Bei logischer Überlegung muß man sich aber sagen, daß hier etwas nicht stimmen kann. Denn beides kann nicht der Wahrheit entsprechen. Folglich muß zumindest ein Zweifel aufkommen... So muß der Arzt seinem hippokratischen Prinzip des „Primum nil nocere“ gehorchen, nämlich in erster Linie dem Patienten nicht zu schaden. Der Arzt muß immer und in erster Linie als Arzt handeln und nicht als fragwürdiger Sozialhelfer.

Solange also Zweifel an der Unschädlichkeit der OH bestehen, darf er sie nicht oder nicht mehr einsetzen.

H. Ludwig, Basel, sagte auf der Jahrestagung der Schweiz. Gesellschaft für Familienplanung 1985 in Luzern sinngemäß: „Bedenken Sie, daß wir es mit jungen gesunden Frauen zu tun haben, die wir nicht krank machen dürfen“.

Auch hier gilt:

Wenn keine medizinische Indikation vorliegt, ist das Risiko für einen Eingriff oder den Einsatz eines Pharmakons unendlich; die medizinische Indikation vermindert das Risiko im Sinne der Abwägung erheblich.

Dies gilt ganz besonders für die Ovulationshemmer, weil hier zu 99% keine medizinische Indikation für ihre Verabreichung vorliegt.

Es kann gesagt werden:

- **Noch nie wurde ein so potentes Pharmakon mit so vielen Unbekannten ohne medizinische Indikation gesunden Menschen verabreicht.**

- **Noch nie wurde ein Pharmakon nach Bekanntwerden so vieler und so schwerwiegender Nebenwirkungen so lange im Handel belassen wie die Ovulationshemmer.**

- **Noch nie brachte ein Pharmakon der chemischen Industrie soviel Geld ein.** Die Pille wird in den USA als „biggest moneymaker of pharmaceuticals“ bezeichnet.

- Joyeux hat die Situation treffend beschrieben (45):

„Aber wenn eine oder zwei wissenschaftliche Publikationen erscheinen, welche diese Gefahren durch die Pille beschreiben, werden unverzüglich im darauffolgenden Monat Stellungnahmen veröffentlicht, die das genaue Gegenteil behaupten, um die allzu gefährlichen umsatzschmälernden Folgen für die pharmazeutische Industrie zu neutralisieren.“

Offenbarungspflicht und allgemeine Schutzpflicht des Arzneimittelherstellers gegenüber dem Verbraucher besteht bereits bei einem ersten Anfangsverdacht auf schädliche Nebenwirkungen der Anti-Babypille.

Die Frage, **wann** ein gewissenhafter Arzneimittelhersteller tätig werden muß und **welche Maßnahmen** er zu treffen hat, wenn während des Vertriebs des von ihm hergestellten Präparates Ärzte oder Verbraucher ihm den Verdacht schädlicher Nebenwirkungen melden, hat die **Erste Große Strafkammer des Landgerichts Aachen im Einstellungsbeschluß des Contergan-Strafverfahrens vom 18.12.1970** ausführlich erörtert (60).

„Es gibt“ wie die Erste Große Strafkammer des Landgerichts (LG) Aachen festgestellt hat, „kein Arzneimittel, das nicht irgendwelche unerwünschte schädliche Nebenwirkungen hat (60: S. 48). Das gilt auch für die Anti-Babypille.

Daraus folgert die Strafkammer:

„Es ist selbstverständlich ..., daß ein Arzneimittelhersteller bei der Beschreibung oder Propagierung eines Arzneimittels **irreführende** (Hervorhebung durch die Redaktion) Bezeichnungen zu unterlassen hat“ (60: S. 46).

Würde ein Pillenhersteller z. B. in einer Anzeigenkampagne für eine neue Anti-Babypille mit dem Versprechen locken:

„niedrigst dosiert, stoffwechselneutral, ausgezeichnet verträglich“, „dem Körper zuliebe“,

so läge eine unzulässige bewußte Irreführung des Verbrauchers vor.

Dem Hersteller von Anti-Babypillen obliegt eine **Offenbarungspflicht** gegenüber dem verordnenden Arzt und gegenüber dem Verbraucher. Diese Pflicht entsteht nach Auffassung der Ersten Großen Strafkammer des LG Aachen aber nicht erst dann, wenn der wissenschaftlich begründete Nachweis über schädliche Nebenwirkungen geführt ist, was fälschlich viele Pillenhersteller (und wohl auch das deutsche Bundesgesundheitsamt als Aufsichtsbehörde) meinen: vielmehr löst bereits **ein erster Anfangsverdacht** auf schädliche Nebenwirkungen die Pflicht des Herstellers aus, geeignete Maßnahmen zum Schutz des Verbrauchers zu ergreifen.

Der Verdachtsfall darf nicht zu Lasten der Patienten gelöst werden.

Besteht ein **begründeter Verdacht**, dann muß unter Umständen das Mittel vom Markt genommen werden, weil in der Abwägung zwischen den Interessen des Herstellers und des Patienten die Gesundheit das höhere Rechtsgut ist.

Deshalb verlangt die Strafkammer entsprechende Maßnahmen bereits während des Schwebezustandes, d. h. während des Zeitraumes zwischen der Meldung eines Verdachts auf schädliche Nebenwirkungen und dem Nachweis der Nebenwirkungen.

Für diesen Zeitraum des Schwebezustandes muß das Risiko nach Auffassung der Strafkammer beim Produzen-

ten liegen, denn er

„geht für den Fall, daß sich der Verdacht nicht bestätigen sollte, (Anmerkung der Redaktion: nur) das Risiko eines finanziellen Verlustes ein.

Der Verbraucher hingegen, der über die Nebenwirkungen des Präparates nicht unterrichtet und auch durch eine wirksame Kontrolle des Arztes nicht geschützt ist, riskiert die Schädigung seiner Gesundheit, unter Umständen sogar sein Leben für den Fall, daß sich der Verdacht bestätigen sollte“ (60: S. 50).

Das alleinige Risiko während des Schwebezustandes auferlegte das LG Aachen zurecht dem Arzneimittelhersteller, da gegenüber dessen wirtschaftlichen Interesse an einem uneingeschränkten Vertrieb seines Präparates die Gesundheit des Verbrauchers das höherwertige Rechtsgut ist: Das Interesse des Verbrauchers, sich durch die Einnahme eines Arzneimittels keiner Schädigung seiner Gesundheit auszusetzen, hat Vorrang vor dem wirtschaftlichen Interesse des Herstellers.

Das Landgericht Aachen führt hierzu aus: „Ein ausreichender Schutz des Verbrauchers ist nicht gewährleistet, wenn der Arzneimittelhersteller erst beim Nachweis der schädlichen Nebenwirkungen seines Präparates Schutzmaßnahmen ergreift...

Ehe ein Verdacht wissenschaftlich begründet ist, vergeht nämlich ... mitunter geraume Zeit. Während dieser Zeit ist das Bestehen der Nebenwirkungen in der Schwebe: Es kann sein, daß der Verdacht sich als unbegründet erweist; es ist aber auch möglich, daß das Präparat die behauptete Nebenwirkung hat und entsprechend zu Schäden bei den Verbrauchern führt“ (60: S. 49).

Da „der Nachweis einer schädlichen Eigenschaft eines Arzneimittels mitunter erst nach geraumer Zeit, manchmal sogar überhaupt nicht zu führen ist“, „würde der Schutz des Arzneimittelverbrauchers allein davon abhängen, ob und wie schnell sich der Nachweis der schädlichen Wirkung führen läßt. Daß dies kein brauchbares Kriterium für die Beantwortung der Frage sein kann, wann der Arzneimittelhersteller zur Verhinderung von Schäden tätig werden muß, liegt auf der Hand, zumal das Erbringen des Nachweises durchaus von Zufälligkeiten abhängen kann“ (60: S. 49).

Deshalb ist die Kammer „der Auffassung, daß der Arzneimittelhersteller nicht erst dann Schutzmaßnahmen zu treffen hat, wenn der gegen sein Präparat erhobene Verdacht schädlicher Wirkungen wissenschaftlich begründet ist“ (60: S. 49).

„Das Recht des Patienten oder Arzneimittelverbrauchers, über Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit zu entscheiden, wird ... nicht erst berührt, wenn die schädliche Nebenwirkung eines Arzneimittels nachgewiesen ist. Schon wenn aufgrund eines ernstzunehmenden Verdachts zu befürchten ist, daß ein Medikament auch zu Gesundheitsschäden führt, sieht sich der Verbraucher vor die Entscheidung gestellt, ob er eine Verlet-

zung seiner körperlichen Unversehrtheit riskieren will oder nicht. Dieses Entscheidungsrecht des Verbrauchers hat eine entsprechende Offenbarungspflicht des Arzneimittelherstellers zur Folge“ (60: S. 48).

„Der **Arzneimittelhersteller**, der bei Auftauchen des Verdachts von Nebenwirkungen die zur Abwehr etwaiger Gefahren geeigneten Maßnahmen trifft, riskiert zunächst nur die Einschränkung des Vertriebs seines Mittels. Falls sich der Verdacht später bestätigt, ist diese Einschränkung naturgemäß zu Recht erfolgt.

Aber auch wenn sich der Verdacht nicht als richtig erweisen sollte, braucht der Hersteller normalerweise nur mit vorübergehenden Einbußen zu rechnen.

Beim **Verbraucher** hingegen können, falls das Mittel die behauptete Nebenwirkung tatsächlich hat, bereits bleibende gesundheitliche Schäden eingetreten sein, ehe der Verdacht als wissenschaftlich begründet angesehen werden kann“ (60: S. 51).

„Eine Risikoverteilung zu Lasten des Arzneimittelherstellers hat zwingend zur Folge“: Er — und wohl auch die Aufsichtsbehörde — muß „immer dann tätig werden ..., wenn es der Schutz des Verbrauchers erfordert“ (60: S. 52).

Der Zeitpunkt des Tätigwerdens

Ein Verdachtsgrad, der den Arzneimittelhersteller zum Handeln zwingt, ist nach Auffassung des Landgerichts Aachen im allgemeinen dann gegeben, wenn mehrere ernst zu nehmende Meldungen vorliegen:

„Im allgemeinen wird man hierfür einen durch mehrere ernst zu nehmende Meldungen verstärkten Verdacht fordern, aber auch ausreichen lassen müssen“ (60: S. 52). Der Arzneimittelhersteller muß „jeweils von Fall zu Fall unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen des Verbrauchers eingehend prüfen, wann ihn ein gegen sein Präparat erhobener Verdacht zwingt, Schutzmaßnahmen zu ergreifen“ (S. 54). Maßstab für den Grad des Verdachts sind: Schwere und Häufigkeit der gemeldeten Gesundheitsschäden, Heilungsaussichten, therapeutischer Wert des Präparates (60: S. 52-54): Je schwerer die gemeldeten Schäden — umso geringer sind die Anforderungen an die Verdachtsmomente; bei besonders schweren Schäden, wie zum Beispiel Mißbildungen, lebensbedrohliche, nicht mehr rückgängig zu machende Gesundheitsschäden oder gar Todesfälle, reicht bereits eine nur „entfernte Möglichkeit“ aus, „daß sich der geäußerte Verdacht als richtig erweist“ (60: S. 53).

Ob geringere oder höhere Anforderungen an die Pflicht des Arzneimittelherstellers zum Handeln zu stellen sind, hängt ab von folgenden **Kriterien**:

1. Von der Schwere des behaupteten Gesundheitsschadens

„So ist die Schwere des behaupteten Gesundheitsschadens (Hervorhebung durch die Redaktion) von wesentlicher Bedeutung. Der Arzneimittelhersteller muß umso eher handeln, je schwerer die Schäden sind, die sein Präparat möglicherweise verursacht.

- Bei leichten Schäden mag es im Einzelfall vertretbar sein, daß der Arzneimittelhersteller zunächst versucht, den Verdacht durch gezielte Prüfungen zu widerlegen, und erst dann Maßnahmen ergreift, (Hervorhebung durch die Redaktion) wenn ihm das nicht gelingt und auf Grund zahlreicher Meldungen eine größere Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daß der Verdacht zutreffend ist.
- Bei schweren Schäden (Hervorhebung durch die Redaktion) müssen Schutzmaßnahmen schon bei vergleichsweise geringen Verdachtsmomenten getroffen werden.
- Besonders schwere Schäden (Hervorhebung durch die Redaktion), wie zum Beispiel Mißbildungen, zwingen den Arzneimittelhersteller schon dann zum Handeln, wenn nur die — mitunter sogar entfernte — Möglichkeit (Hervorhebung durch die Redaktion) besteht, daß sich der geäußerte Verdacht als richtig erweist“ (60: S. 52-53).

2. Von den Heilungsaussichten, von Art und Dauer der Behandlung

„Bedeutsam kann im Einzelfall auch sein, ob die aufgetretenen Schäden schnell oder langsam wieder abklingen oder als therapieresistent oder irreversibel bezeichnet werden. Bei langwierigen Beschwerden oder sogar irreparablen Schäden muß der Arzneimittelhersteller naturgemäß eher eingreifen als bei flüchtigen, rasch abklingenden Störungen“ (60: S. 53).

3. Von der Häufigkeit der Schäden

„Von Bedeutung ist ferner die Häufigkeit der Schäden. Treten diese mit Regelmäßigkeit oder doch in zahlreichen Fällen auf, so ist der Arzneimittelhersteller bei einem geringeren Grad an Verdacht zum Handeln verpflichtet, als wenn die Schäden nur vereinzelt oder nur in besonderen Ausnahmefällen beobachtet werden“ (60: S. 53).

4. Von dem therapeutischen Wert des Präparates

„Wesentlich ist schließlich auch der therapeutische Wert des Präparates. Bei therapeutisch wertvollen oder sogar lebensnotwendigen und unersetzbaren Arzneimitteln können schwerere Schäden in Kauf genommen werden, als bei weniger wichtigen und leicht ersetzbaren Medikamenten. Entsprechend wird der Arzneimittelhersteller bei den zuerst genannten Präparaten ein-

schneidende Maßnahmen erst zu treffen haben, wenn ein höheres Maß an Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daß der bestehende Verdacht richtig ist.

Mitunter mag es das Interesse des Patienten, das immer im Vordergrund zu stehen hat, sogar verlangen, daß ein Mittel wegen seines besonderen therapeutischen Wertes trotz nachgewiesener schwerer Nebenwirkungen — wenn auch unter strengen Vorsichtsmaßnahmen — weiter vertrieben wird.

Demgegenüber ist bei weniger wichtigen und leicht ersetzbaren Medikamenten ein vergleichsweise geringeres Maß an Wahrscheinlichkeit zu fordern“ (60: S. 53).

5. Von der unterschiedlichen Kombination der Punkte 1. - 4.

„Auch eine unterschiedliche Kombination der aufgezeigten Gesichtspunkte kann im Einzelfall den Grad des Verdachtes im Sinne geringerer oder höherer Anforderungen beeinflussen“ (60: S. 54).

Die zu treffenden Maßnahmen

Maßnahmen die unmittelbar dem Schutz des Verbrauchers dienen, sind im wesentlichen:

1. eine ausreichende Unterrichtung von Ärzten und Verbrauchern;
2. die Einführung der Rezeptpflicht;
3. die Zurückziehung des Mittels vom Markt.

Die Beantwortung der Frage, welche dieser Maßnahmen der Arzneimittelhersteller zu treffen hat, hängt ausschließlich davon ab, wie sich der Schutz des Verbrauchers am besten verwirklichen läßt (60: S. 54).

„Immer hat bei der Prüfung der Gedanke im Vordergrund zu stehen, daß der Arzneimittelhersteller, wenn es sich um Nebenwirkungen eines Arzneimittels handelt, besonders sorgfältig und gewissenhaft sein muß, um Schäden abzuwenden“ (60: S. 54).

Unabhängig von der Schwere, der Häufigkeit und den Heilungsaussichten des behaupteten Gesundheitsschadens: in jedem Fall ist der Arzneimittelhersteller verpflichtet, einen gemeldeten Verdacht auf schädliche Nebenwirkungen und die sich daraus ergebenden Bedenken und Konsequenzen umgehend den Ärzten und Verbrauchern mitzuteilen. Diese unerläßliche Unterrichtung muß „nach Inhalt und Form ausreichend sein“ (60: S. 57), damit Ärzte und Verbraucher in die Lage versetzt werden, die Gefahren, die mit der Einnahme des Mittels möglicherweise verbunden sind, „voll zu übersehen, um selbst entscheiden zu können, ob sie das Risiko eingehen wollen oder nicht“ (60: S. 56). So muß z. B. die Warnung im Beipackzettel in einer auffallenden Weise und durch besondere Gestaltung der Verpackung — etwa durch Änderung der Farbe, besser noch durch ausdrücklichen Hinweis — kenntlich gemacht werden (60: S. 58). Insbesondere müssen die Warnhinweise den Umfang der Ge-

fahren erkennen lassen (60: S. 62) und dürfen nicht irreführend sein (60: S. 64), indem z. B. vor einem bestimmten möglichen Schaden gewarnt wird, dessen Eintritt aber irreführend mit der Formulierung „offenbar überwiegend“ mit prädisponierenden Faktoren (Schlafmittel- oder Alkoholmißbrauch) in Zusammenhang gebracht wurde, obwohl es hierfür keine sicheren Anhaltspunkte gab (60: S. 64).

Für die Beantwortung der Frage, welche Maßnahmen der Arzneimittelhersteller zum Schutz des Verbrauchers zu treffen hat, verweist das Landgericht Aachen auf die Kriterien, die es aufgestellt hat für den Zeitpunkt des Tätigwerdens. Auch hier stellt es ab

1. auf die Schwere des behaupteten Gesundheitsschadens, wobei wichtig ist, ob die Beschwerden vorübergehender Art sind; ob sie nur langsam abklingen; ob sie therapieresistent oder sogar irreversibel sind;
2. auf die Häufigkeit der Schadensfälle;
3. auf den therapeutischen Wert des Präparates, wobei bei therapeutisch wertvollen oder sogar lebensnotwendigen und unersetzbaren Arzneimitteln schwerere Schäden in Kauf genommen werden können, als bei weniger wichtigen u. leicht ersetzbaren Medikamenten.

Überträgt man diese von der Strafkammer entwickelten Grundsätze auf die Anti-Babypille, ist festzustellen:

1. Eine medizinische Indikation (Heilanzeige) für die

Verordnung und Einnahme der Anti-Babypille liegt — von den seltenen Ausnahmefällen abgesehen — nicht vor, so daß der therapeutische Wert insoweit mit „Null“ angesetzt werden muß.

2. Die gemeldeten schädlichen Nebenwirkungen sind für ein Präparat, das — von den seltenen Ausnahmefällen abgesehen — ohne medizinische Indikation eingenommen wird, unverantwortlich hoch (z. B.: gemeldete 6 Todesfälle und 320 zum Teil schwere gesundheitliche Schäden).
3. Da bei der Abwägung zwischen dem Interesse der Pillenhersteller am wirtschaftlichen Vertrieb eines therapeutisch mit „Null“ anzusetzenden Präparates und dem Interesse des Patienten die Gesundheit das höhere Rechtsgut ist, müssen die Anti-Babypillen vom Markt genommen werden.

Das deutsche Bundesgesundheitsamt in Berlin als staatliche Aufsichtsbehörde für Deutschland hat sich nach Auffassung von Prof. Dr. Peter S. Schönhöfer, Institut für Klinische Pharmakologie, Bremen, als unfähig erwiesen, Verbraucherschutz zu gewährleisten. „Es sei ein Ausdruck der administrativen Schwäche des Amtes, daß es sich gegen Interessengruppen nicht durchsetzen könne“ (109).

Die englische Ärztin Dr. med. Ellen Grant hat es auf den Punkt gebracht: „**Die Gesundheit der Frauen wurde auf dem Altar der Bevölkerungsplanung geopfert**“ (26).

Bilanz der Kontrazeption und ihrer Folgen

Was verdanken wir der Kontrazeption der letzten 30 Jahre?

1. Die moderne Antikonzeption ermöglichte eine zügellose Libertinage der Sexualität im Sinne einer Trennung von Sexualität und Fortpflanzung. Die Sexualität wurde zum Konsumgut Nr. 1 und fand durch gezielte Freigabe der Pornografie zwangsläufig und politisch gewollt ihren Platz außerhalb der ehelichen Gemeinschaft. Das wiederum hatte zur Folge, daß die Altersgrenze für die ersten sexuellen Kontakte bei den Jugendlichen drastisch sank.

2. Die Abtreibung konnte durch die Kontrazeption nicht eingedämmt werden; sie nahm in den Ländern mit der höchsten Akzeptanz der Antikonzeptiva am meisten zu. Sie wurde und wird zur Absicherung der Kontrazeptionsversager benötigt. Da die Akzeptanz von Ovulationshemmern und Spirale sogar in den Industrieländern relativ niedrig ist, kann eine Verbesserung der Situation im Sinne der Verhütung der Abtreibung durch die Kontrazeption nach rund 30 Jahren nicht erwartet werden. Somit wird die Devise „Lieber Verhüten als Abtreiben“ zunehmend Lügen gestraft.

3. Zerstörung der moralischen Grundlagen der westlichen Welt, insbesondere der christlichen Länder, durch

die sexuelle Revolution und Festschreibung der Abtreibung als dem zur Zeit wohl am meisten gebrauchten Familienplanungsmittel (nach WHO ca. 50 Millionen Abtreibungen pro Jahr). Dadurch insbesondere Zerstörung der Moral der Jugend.

4. Zunahme der Sexual Transmitted Diseases (STD) durch die sexuelle Libertinage, vor allem der Adnexitiden. Folgen davon sind zunehmende tubenbedingte Sterilitäten und Tubargraviditäten. Dadurch wird das Substrat für die künstliche Reproduktionsmedizin geliefert im Sinne von IVF/ET und dadurch die Trennung von Fortpflanzung und Sexualität. Bedenklich ist, daß es u. a. die Medizin selbst ist, die durch ihr Verhalten dieses Substrat liefert (im Sinne der Medikalisierung der Kontrazeption). Damit schließt sich ein großer *circulus vitiosus*.

Ausbreitung von AIDS als der schlimmsten Form der Sexual Transmitted Diseases. Möglicherweise sind die Ovulationshemmer als solche an der Ausbreitung unmittelbar beteiligt: Förderung von maligneren Virusmutationen, Erleichterung der Infektion und Förderung des Krankheitsausbruches durch die steroidbedingte Schwächung der Immunabwehr.

5. Weitere verheerende medizinische Nebenwirkungen u. a. durch OH und IUD.

6. Massive Bevölkerungsimplosionen in den Industrieländern, die zu sterbenden Völkern wurden. Dadurch massive Einwanderung von Menschen aus der 3. Welt, um den Lebensstandard der Industrienationen garantieren zu können. Damit Gefahr der Unterwanderung, insbesondere der christlichen Kultur.

7. Keine Eindämmung des Bevölkerungswachstums in der 3. Welt, da sich dort weder Ovulationshemmer noch Spirale noch die Sterilisation durchsetzen konnten.

8. Da die moderne Kontrazeption aufgrund der Nebenwirkungen und der Versagerquoten nicht befriedigte, Suche nach neuen und perfekteren Familienplanungsmethoden. Diese liegen nun vor in Form von RU 486 (Progesteronantagonist) und Epostane (Progesteron-Synthesehemmer), kombiniert mit Prostaglandinen, die die medikamentöse Abtreibung bis zur Spätschwangerschaft ermöglichen und damit die in verschiedener Hinsicht belastendere chirurgische Abtreibung weitgehend ersetzen können. Ferner die bald zum Einsatz kommende Antibabyimpfung (Anti-HCG-Impfung), ebenfalls ein Frühabtreibungsmittel. Damit hält die perfektionierte Tötung ungeborener Kinder zunehmend Einzug in unsere Gesellschaft mit der Folge eines wahren Holocausts Ungeborener. So kann man sagen, daß die große Tragik der Jahrhundertwende die Verarmung an Menschenleben ist, die ihrer Bestimmung nachkommen sollten und daran verhindert werden.

Trotz dieser katastrophalen Erkenntnisse, die gewissen führenden Gremien nicht verborgen bleiben können, wird diese Entwicklung nicht aufgehalten. Sie nimmt im Gegenteil mit einer unglaublichen Akzeleration und Präzision ihren Lauf auf den Abgrund zu...

Die Entwicklung der künstlichen Kontrazeption mit all den genannten Folgen bestätigt den Wahrheitsgehalt der prophetischen Enzyklika „Humanae Vitae“ von Papst Paul VI., die 1968 herausgegeben wurde: Sie hatte recht, hat recht und wird recht behalten.

Jeder rational denkende Mensch kann, so glaube ich, aus den genannten Fakten ableiten, daß die Lehre der Kirche nicht als Belastung oder gar Schikane für den Menschen aufgefaßt werden darf, sondern seinem Wohle dient. Dies berechtigt zu tiefem Vertrauen in die Leitung der Kirche.

Die Lösung der mehr als verworrenen Lage kann nicht darin bestehen, weitere effektvollere und sicherere Kontrazeptiva zu entwickeln — selbst wenn diese eigentlich verhütend und nicht abtreibend wirken würden —, sondern in der **Eindämmung der sexuellen Libertinage**. Es muß ein neues Verständnis der Sexualität geschaffen werden. In diesem Sinne drücken sich sogar die ansonsten

liberal denkenden Herausgeber des Obstetrical & Gynecological Survey aus (6):

„Multiple partners — promiscuity, if you will — does not make for a good, monogamous marriage. Broken homes make „orphans of our children.“... **„We need to preach the gospel of premarital abstinence.** As women's primary physicians, we have the responsibility for at least trying to educate them. The tremendous threat of AIDS is a good reason for doing so and often affords a good opportunity for patient discussions“.

„Mehrere Partner — Promiskuität, wenn Sie so wollen — sind keine Grundlage für eine gute Ehe. Zerbrochene Familien machen aus unseren Kindern Waisen.“...

„**Wir müssen wieder zur vorehelichen Enthaltensamkeit auffordern.** Als Frauenärzte ist es unsere Pflicht, wenigstens den Versuch zu machen, unsere Patientinnen zu belehren. Die ungeheure Bedrohung durch AIDS ist ein guter Grund, das zu tun, und bietet zugleich eine passende Gelegenheit, darüber mit den Patienten zu sprechen.“

Dies ist ein eindringlicher Appell, ernsthaft und zielstrebig darum bemüht zu sein, die verloren gegangene sittengesetzliche Ordnung wiederherzustellen.

Den modernen, vor allem den jungen Menschen, muß der schöpfungsgemäße Sinn und Auftrag der Sexualität wieder neu bewußt gemacht werden. Wir müssen die Bedeutung des Wortes: „Nach seinem Ebenbild geschaffen“ neu in seiner ganzen Tiefe erfassen lernen. Der einzige Weg, der dem Menschen in seinem Vollsinne gerecht wird und dies in menschenwürdiger Weise zu vermitteln vermag, ist nach meiner Erfahrung die Natürliche Empfängnisregelung (NER).

Literaturverzeichnis:

- (1) Aral S. O., Mosher W. D., Cates W., Contraceptive use, pelvic inflammatory disease, and fertility problems among American women: Am. J. Obstet. Gynecol. (1982) 157, 59
- (2) **arznei-telegramm** ATI, Arzneimittelinformation Berlin GmbH, (1989) 5, 50: Zur Risikoabschätzung von Femovan/Minulet.
- (3) **arznei-telegramm** ATI, Arzneimittelinformation Berlin GmbH: Femovan/Gynovin/Minulet: Eine besondere Risikokonstellation? 23.2.90
- (4) Baum, J. K., Holtz F., Bockstein J. J., Klein W., Possible association between benign hepatomas and oral contraceptives, The Lancet (1973) II, 926
- (5) Beller, F. K., Münster, Schriftenreihe der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster (1979/80) 2, 35
- (6) Beral V., Hannaford P., Kay C., Oral contraceptive use and malignancies of the genital tract: Result from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study, Obstetrical & Gynecological Survey (1989) 44, 465
- (7) Beral V., Ramcharan S., Faris R., Malignant melanoma and oral contraceptive use among women in California, Br. J. Cancer (1977) 36, 804
- (8) **Berelson on Population**, Ross A., Parker Mauldin W.: Editors, Springer-Verlag New York Inc. (1988) S. 7, S. 43
- (9) Braendli B., Filippini L., Gastroenterologische Nebenwirkungen oraler hormoneller Antikonzeptiva, Medizinische Klinik (1979) 74, 425
- (10) **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**, Köln, Jedes Kind hat ein Recht erwünscht zu sein, S. 12

Literaturverzeichnis: (Fortsetzung)

- (11) **Buttler/Herder-Dorneich/Fürstenberg/Klages/Schlotter/Oettle/** Winterstein: Die Jungen Alten, Eine neue Lebensphase als ordnungspolitische Aufgabe, 1988, Nomos-Verlag Baden-Baden
- (12) **Chaunu, Pierre**, Die verhütete Zukunft, 1979/1981, Seewald-Verlag Stuttgart-Degerloch
- (13) **Cohen C., Deppe G.**, Endometrial carcinoma and oral contraceptive agents, *Obstet. Gynecol.* (1977) 49, 390
- (14) **Concepte**, Zeitschrift für ethische Orientierung, Herausgeber: Zentralstelle für Sozialethik e. V., öffentlich anerkannter gemeinnütziger Träger der freien Jugendhilfe, Rather Schulstr. 34, D-5000 Köln 91
- (15) **Cramer D. W., Goldman M. B., Schiff I.**, The relationship of tubal infertility to barrier method and oral contraceptive use, *JAMA* (1987) 257, 2446
- (16) **Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit**, Bonn, Das neue Kinder- und Jugendhilfegesetz, 2. Aufl., Okt. 1990, S. 11 und S. 29
- (17) **Detering K., Kallischnig G.**, The cardiovascular risk of oral contraception with special reference to German mortality statistics, *N. Trends Gynecol. Obstetr.* (1985) 1, 360
- (18) **Dettling, Warnfried** (Herausgeber): Schrumpfende Bevölkerung — Wachsende Probleme?, Ursachen — Folgen — Strategien, Sonderdruck, Günter Olzog Verlag, München - Wien
- (19) **Diquelou J. Y., u. a.**, Role of chlamydia trachomatis in causation of infection leading to ectopic pregnancies, *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* (1988) 17, 325
- (20) **Donnez J., Wauters M., Thomas K.**, Luteal function after tubal sterilization, *Obstet. Gynecol.* (1981) 57, 65
- (21) **Forman D., Vincent T. J., Doll R.**, Cancer of the liver and the use of oral contraceptives, *Br. Med. J.* (1986) 292, 1357
- (22) **Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)** vom 18.2.1991, Nr. 41, S. 10, Postfach 2901, 6000 Frankfurt a. M. 1, Leserbrief von Dr. med. Karl H. Kurz, Düsseldorf
- (23) **Frech F.**, The Pill and the Medical making of Epidemics, **HUMAN LIFE INTERNATIONAL CONGRESS**, Irvine, California, April 27 - May 1, 1988
- (24) **Fülgraff G., Palm D.**, Herausgeber von Pharmakotherapie Klinische Pharmakologie, 6. neubearbeitete Auflage, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, S. 347
- (25) **Genton C. Y.**, Orale Kontrazeption und Krebsrisiko, *Schweiz. Med. Wochenzeitschrift* (1980) 111, 1742
- (26) **Grant Ellen.**, „Die bittere Pille“, Elm Tree Books, London 1985
- (27) **Grünental**: Brief an Dr. Götz vom 27.3.86
- (28) **Günter, Hans Helmut**, Sorgfaltspflichten bei Neuentwicklung und Vertrieb pharmazeutischer Präparate, in: *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)*, 1972, Heft 8, S. 309-315
- (29) **Guhr O.**, Hormonal induzierte Portioveränderungen unter Ovulationshemmern, *Münch. med. Wschr.* (1972) 114, 766
- (30) **Haller**, Ovulationshemmung durch Hormone, 79, 3. Auflage, (1971) Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- (31) **Harris R. W. C., Brinton L. A., Cowdell R. H., Skegg D. C. G., Smith P. G., Vessey M. P., Doll R.**, Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uteri, *Br. J. Cancer* (1980) 42, 359
- (32) **Häussler A.**, Die Pille das drohende Unheil, Miriam-Verlag, Jestetten (1975), S. 5, S. 6, (Fikentscher) S. 12 (Haller)
- (33) **Hauser G. A.**, Zeitschrift für Sexualmedizin (1974) 8
- (34) **Henderson B. E., Casagrande J. T., Pike M. C., Mack T., Rosario I. & Duke A.**, The epidemiology of endometrial cancer in young women, *Br. J. Cancer* (1983) 47, 749
- Herder-Dorneich, Ph.**, Universität Köln, Forschungsinstitut für Einkommenspolitik und Soziale Sicherung an der Universität zu Köln, Lindenthalgürtel 15, 5000 Köln 41:
- (35) ● Vortrag 1983 vor dem Bund katholischer Unternehmer e. V., Köln: Familienpolitische Aspekte der dynamischen Rentenreform;
- (36) ● Die Entscheidung für Kinder als ordnungspolitisches Problem im Rahmen einer Mehrgenerationensolidarität, Forschungsbericht, erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Juni 1986, Band 217, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln;
- (37) **Hirsch H. A.**, Derzeitiger Stand der Tubensterilisation, *Geburtsh. Frauenheilk.* (1977) 37, 461
- (38) **Hoc S.**, Was alles sexuell übertragen wird, *Selecta* (1986), 9, 612
- (39) **Holly E. A., Weiss N. S., Liff J. M.**, Cutaneous melanoma in relation to exogenous hormones and reproductive factors, *JNCI* (1983) 70, 827
- (40) **Hulka B. S., Chambliss L. E., Kaufman D. G., Fowler W. C. & Greenberg B. G.**, Protection against endometrial carcinoma by combination product oral contraceptives, *JAMA* (1982) 247, 475
- (41) **HUMAN LIFE INTERNATIONAL CONGRESS**, Irvine, California, April 27 - May 1, 1988, Mitteilung
- (42) **Ikonomoff S.**, Warum die hormonalen Kontrazeptiva in Asien anders wirken als in Europa, *Deutsches Ärzteblatt* (1986), 83, 699
- (43) **Jones E. F., Darroch Forrest J.**, Contraception failure in the US: Revised estimates from the 1982 national survey of family growth, *FAMILY PLANNING PERSPECTIVES*, May/June 1989, 103-108
- (44) **Joyeux H.**, zitiert durch V. Pellegrini, *Le Nouvelliste et Fav.*, Sion 6.3.87
- (45) **Joyeux H.**, Hormonbombe Pille — der Irrtum einer Epoche, Vortrag gehalten auf dem XIV. internationalen Kongress für die Familie, Bonn 2.-5. Mai 1989
- (46) **Kabarity A., Mazrooei S.**, Further investigations on the cytological effects of some contraceptives, *Mutat. Res.* (1984) 135, 181
- (47) **Kaiser R., Pfleiderer A.**, Lehrbuch der Gynäkologie, Martius-Reihe, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 16. neubearbeitete Auflage 1989, (b) S. 192
- (48) **Kaltenbrunner Gerd-Klaus**, Sprache und Herrschaft, Die umfunktionierten Wörter, Herderbücherei, Initiative 5, Verlag Herder, Freiburg, 1975
- (49) **Karnik R., Ammerer H. P., Pernecky G., Slany J., Brenner H.**, Akute Verschlüsse im vertebrobasilären Stromgebiet bei Kindern und jüngeren Erwachsenen, *Dtsch. med. Wschr.* (1986) 111, 616
- (50) **Kaufman D. W., Shapiro S., Stone D. & 10 others**, Decreased risk of endometrial cancer among oral contraceptive users, *N. Engl. J. Med.* (1980) 303, 1043
- (51) **Kay C. R., Hannaford P. C.**, Breast cancer and the pill — a further report from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study, *Br. J. Cancer* (1988) 58, 675
- (52) **Kierkegaard A.**, Deep vein thrombosis and the oestrogen content in oral contraceptives, *Contraception* (1985) 31, 29
- Kuhl, Herbert**, Abt. für gynäkologische Endokrinologie, Universitäts-Frauenklinik, Johann-Wolfgang-Goethe Universität, Theodor-Stern-Kai 7, D-6000 Frankfurt a. M.
- (53) ● Interview mit dem WDR, Köln
- (54) ● Ovulationshemmer: Die Bedeutung der Östrogendosis, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 50 (1990), S. 910-922, Georg Thieme Verlag, Stuttgart;
- (55) ● Pharmacokinetics of oestrogens and progestogens, in: *Maturitas*, 12 (1990), S. 171-197;
- (56) ● u. a.: Time-dependent alterations in lipid metabolism during treatment with low-dose oral contraceptives, in: *Am J Obstet Gynecol*, July 1990, S. 363-369;
- (57) ● u. a.: Serum levels of 3-Keto-Desogestrel and SHBG during 12 cycles of treatment with 30 µg Ethinylestradiol and 150 µg Desogestrel; in: *Contraception*, Sept 1988, Vol. 38, No. 3, S. 381-390;
- (58) ● u. a.: Alterations in the serum levels of Gestodene and SHBG during 12 cycles of treatment with 30 µg Ethinylestradiol and 75 µg Gestodene, in: *Contraception*, Oct. 1988, Vol. 38, No. 4, S. 477-486;
- (59) ● u. C. Jung-Hoffmann: Interaction with the pharmacokinetics of Ethinylestradiol and Progestogens contained in oral contraceptives: in: *Contraception*, Sept. 1989, Vol. 40, No. 3, S. 299-312.
- (60) **Landgericht (LG) Aachen**, Erste Große Strafkammer, Einstellungsbeschluß vom 18.12.1970 (AZ: 4 K Ms 1/68 (15-115/67) — Contergan-Verfahren), S. 1-99.
- (61) **Leuenberger, Theodor**, Geschichte als Sprachkampf, in: *Sprache und Herrschaft, Die umfunktionierten Wörter*, Herderbücherei, Initiative 5, Nr. 9505, S. 44-54 (44).
- (62) **Lewis C. S.**, Die Abschaffung des Menschen, 1943 (1979), Johannes Verlag, Einsiedeln
- (63) **Lienhard A.**, Was hält beim Koitus am besten dicht? *Medical Tribune* (1989) 17, 14
- (64) **Liu C., Ding YS.**, Changes of SCE frequency and chromatin molecular composition in rat progeny whose mothers were treated with oral contraceptives in early pregnancy, *Mutat. Res.* (1987) 180, 115

Literaturverzeichnis: (Fortsetzung)

- (65) **Louv C. W.**, Austin H., Perlman J., Alexander J. W., Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections, *Am. J. Obstet. Gynecol.* February (1989) 160, 396
- (66) **Ludwig K. S.**, Hormonale Kontrazeption: Eine Standortbestimmung. *Int. Symp.*, Basel 1983, 33-36, Karger, Basel (1983)
- (67) **Mall-Häfeli M.**, Brief an Apotheker Wöppelmann vom 22.5.86
- (68) **Mall-Häfeli M.**, Hormonale Kontrazeption: Eine Standortbestimmung. *Int. Symp.*, Basel 1983, 19-32, Karger, Basel (1983)
- (69) **Meirik O.**, Lund E., Adam H. O. u. a., Oral contraceptive use and breast cancer in young women, *The Lancet* (1986) II, 650
- (70) **Miller D. R.**, Rosenberg L., Kaufmann D. W., Stolley P., Warshauer M. E., Shapiro S., Breast cancer before age 45 and oral contraceptive use: new findings, *Am. J. Epidemiol.* (1989) 129, 269
- (71) **Molloy B. G.**, Coulson K. A., Lee J. M., Watters J. K., Ist die Annahme einer Konzeption nach 'vergessener Pille' realistisch?, *extracta gynaecologica* (1986) 10, 64
- (72) **Müntefering H.**, Dallenbach-Hellwig G., et al., Pathologisch-anatomische Befunde bei der gestörten Frühschwangerschaft, *Der Gynäkologe* (1988) 21, 262
- (73) **Mutschler E.**, Arzneimittelwirkungen. Ein Lehrbuch der Pharmakologie für Pharmazeuten, Chemiker und Biologen. Mit einführenden Kapiteln in die Anatomie und Physiologie. (1972). Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, 2. Auflage, S. 225
- (74) **National Abortion Federation-Congress**, Boston, June 9-12, 1985, Mitteilung
- (75) **Neuberger J.**, Forman D., Doll R., Williams R., Oral contraceptives and hepatocellular carcinoma, *Br. Med. J.* (1986) 292, 1355
- (76) **N. L.**, Empfängnischutz für Teenager, *selecta* (1986) 9, 654
- (77) **Oberösterreichische Nachrichten** vom 20.09.1990, Promenade 23, A-4010 Linz
- (78) **Organon-Broschüre**: Interaktionen mit oralen Kontrazeptiva: Was ist zu beachten?
- (79) **Organon**, Marvelon, Das hormonale Kontrazeptivum mit selektiven Progestagen Desogestrel, S. 11
- (80) **Ory H. W.**, Conger B. S., Naib Z., Tyler C. W., Hatcher R. A., Preliminary analysis of oral contraceptive use and risk of developing premalignant lesions of the uterine cervix, *Pharmacology of Steroid Contraceptive Drugs*, edited by S. Garattini and H. W. Berendes, Raven Press, New York, (1977)
- (81) **Österreichisches Bundeskanzleramt** (Sektion VI/Volksgesundheit), Ballhausplatz 2, A-1014 Wien
- (82) **Österreichische Ärztezeitung**, Organ der Österreichischen Ärztekammer, Pressestelle und Verlag, Weihburggasse 10-12, A-1010 Wien
- (83) **Päpstlicher Rat** für die sozialen Kommunikationsmittel, Pornographie und Gewalt in den Kommunikationsmedien, Eine pastorale Antwort, 7.5.1989, Herausgeber: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Kaiserstr. 163, 5300 Bonn 1
- (84) **Peritz E.**, Ramcharan S., Frank J., Brown W. L., Huang S., Ray R., The incidence of cervical cancer and duration of oral contraceptive use, *Am. J. Epidemiol.* (1977), 6, 462
- (85) **Petersen P.**, Seelische Folgen nach endgültiger Sterilisation. Ergebnisse internationaler Studien über die freiwillige Sterilisation des Mannes und der Frau aus Gründen der Familienplanung. *Dtsch. Ärzteblatt* (1978) 75, 695
- (86) **Petitti D. B.**, Wingerd J., Use of oral contraceptives, cigarette smoking, and risk of subarachnoid haemorrhage, *The Lancet* (1978) II, 234
- (87) **Pinto MR.**, Possible effects of hormonal contraceptives on human mitotic chromosomes, *Mutat. Res.* (1986) 169, 149
- (88) **Pike M. C.**, Henderson B. E., Casagrande J. T., Rosario I., Gray G. E., Oral contraceptive use and early abortion as risk factors for breast cancer in young women, *Br. J. Cancer* (1981) 43, 72
- (89) **Pike M. C.**, Krailo M. D., Henderson B. E., Duke A., Breast cancer in young women and use of oral contraceptives: Possible modifying effect of formulation and age at use, *The Lancet* (1983) II, 926
- (90) **Pille, Die**, J. Guillebaud, rororo (1985)
- (91) **Porter J. B.**, Hunter J. R., Danielson D. A., Jick H., Stergachis A., Oral contraceptive and nonfatal vascular disease — recent experience, *Obstet. Gynecol.* (1982) 59, 299
- (92) **Prinz W.**, AIDS — Kondome schützen miserabel, *Medical Tribune* (1987) 13, 32, und Leserbrief von Braun-Clarke L., Kondome gegen AIDS: Dr. Prinz hat recht, *Medical Tribune* 22.5.87
- (93) **Psychgrembel**, Klinisches Wörterbuch, 256. Aufl. 1990, de Gruyter, Berlin
- (94) **R. H.**, Was ist da dran? *Medical Tribune* (1989) 16, 20
- (95) **Rabe T.**, Runnebaum B., Pille und Krebs, *Therapeutische Umschau* (1986) 43, 5, 372
- (96) **Ritschard Th.**, Filippini L., Entzündliche Darmerkrankungen und hormonelle Antikonzepktion, *Schweiz. med. Wschr.* (1986) 116, 594
- (97) **Rhöndorfer Gespräche**, Band 1, Die dynamische Rente in der Ära Adenauer und heute, Herausgeber: Konrad Repgen, 1978, Belser Verlag, Stuttgart
- (98) **Rösler, Roland**, Der Menschenzahl oder: Das zerstörte Sodom ist euer Land!, 1. Aufl. 1989, Christiana-Verlag, CH-8260 Stein am Rhein, Schweiz
- (99) **Rohrmoser, Günter**: Nietzsche und das Ende der Emanzipation, 1971, Freiburg
- (100) **Rohrmoser, Günter**: Ideenpolitische Perspektiven, Essentials 1, 1975, Seewald-Verlag, Stuttgart
- (101) **Rosenberg L.**, Shapiro S., Slone D., Kaufmann D. W., Helmrich S. P., Miettinen O. S., Stolley P. D., Rosenshein N. B., Schottenfeld D., Engle R. L. u. a., Epithelial ovarian cancer and combination oral contraceptives, *JAMA* (1982) 247, 3210
- (102) **Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study**, Mortality among oral contraceptive users, *The Lancet* (1977) II, 727
- (103) **Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study**, Further Analyses of mortality in oral contraceptive users, *The Lancet* (1981) I, 541
- (104) **Royal College of Obstetricians and Gynecologists** (1978)
- (105) **Rubin G. L.**, Ory H. W., Layde P. M., Oral contraceptives and pelvic inflammatory disease, *Am. J. Obstet. Gynecol.* (1982) 144, 630
- (106) **Schachter J.**, Grossman M., Sweet R. L., Holt J., Jordan C., Bishop E., Prospective study of perinatal transmission of Chlamydia trachomatis, *JAMA* (1986) 255, 3374
- (107) **Schering-Information**, Folge 4, Publikationen von Juli 1980 bis April 1984
- (108) **Schindler A. E.**, Neue Aspekte der hormonalen Kontrazeption, *Gynäkol. Prax.* (1985) 9, 47
- (109) **Schönhöfer, Peter S.**, Institut für klinische Pharmakologie, St. Jürgenstr. 8, 2800 Bremen 1: Interview vom 28.1.91
- (110) **Schönke-Schröder**, Kommentar zum deutschen Strafgesetzbuch, 7. Aufl., 1954, § 218; C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München
- (111) **Schwarz, Karl**, Weniger Kinder — Weniger Ehen — Weniger Zukunft? Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, gestern, heute und morgen, 2. Aufl. 1989, Strüder Verlag, Neuwied
- (112) **Schweizerische Katholische Wochenzeitung** vom 23.11.1990, Nr. 47, S. 4
- (113) **Seaman B.**, Ärzte contra Pille, *Ullstein* (1970)
- (114) **Shapiro S.**, Oral contraceptives — time to take stock, *N. Engl. J. Med.* (1986) 315, 450
- (115) **Silverberg S. G.**, Makowsky E. L., Roche W. D., Endometrial carcinoma in women under 40 years of age: Comparison of cases in oral contraceptive users and nonusers, *Cancer* (1977) 39, 592
- (116) **Silverberg S. G. & Makowsky E. L.**, Endometrial carcinoma in young women taking oral contraceptive agents, *J. Obstet. Gynecol.* (1975) 46, 503
- (117) **Smaus, Gerlinde**, „§ 218 StGB — Frauen als Täter und Opfer“, in: Heike Jung und Heinz Müller-Dietz, „§ 218 StGB, Dimension einer Reform“, S. 64, Heidelberg 1983
- (118) **Sozialpolitische Umschau** (Presse- und Informationsamt der (deutschen) Bundesregierung, Nr. 21/1991 vom 21.01.1991
- (119) **SPD-Fraktion des Deutschen Bundestages**: Dokumentation der Anhörung vom 13./14. September 1988: Pornographie — Hinsehen oder Wegsehen? Konsequenzen — Alternativen — Handlungsbedarf, Herausgeber: Arbeitskreis der SPD-Bundestagsfraktion für die Gleichstellung von Frau und Mann, Renate Schmidt, stellv. Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion:
 - Eröffnungsrede zur Anhörung, Renate Schmidt, S. 6-14;
 - Resümee, Renate Schmidt, S. 220-222;
 - Schlußwort, Freimut Duve, S. 223-225.

Literaturverzeichnis: (Fortsetzung)

- (120)Stadel B. C., Rubin G. L., Webster L. A., Oral contraceptives and breast cancer in young women, *The Lancet* (1985) II, 970
- (121)Statistisches Bundesamt, Gustav-Stresemann-Ring 11, Postfach 55 28, D-6200 Wiesbaden 1
- (122)Stern E., Forsythe A., Youkles L., Coffelt C. F., Steroid contraceptive use and cervical dysplasia: increased risk of progression, *Science* (1977) 196, 1460
- (123)Svensson L., Westrom L., Mardh P.-A., Contraceptives and acute salpingitis, *JAMA* (1984) 251, 2553
- (124)Sweet R. L., Schlachter J., Landers D.: Chlamydial infections, in: *Obstetrics and Gynecology, Clinical Obstet. Gynecol.* (1983) 26, 143
- (125)Taubert H. D., & Kuhl H., Kontrazeption mit Hormonen (1980)
- (126)The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study, Oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer, *JAMA* (1983) 249, 1600
- (127)The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study, Oral contraceptive use and the risk of ovarian cancer, *JAMA* (1983) 249, 1596
- (129)Tietze, Christopher, auszugsweise Übersetzung des Kapitels „Abtreibung und Empfängnisverhütung“ aus: „Induced Abortion — A World Review, 1983“, A Population Council Fact Book, 5. Aufl., Population Council, New York, 1983, S. 97, zitiert nach: Roland Rösler, *Der Menschenzahl*, 1989, Christiana-Verlag, CH-8260 Stein am Rhein, Schweiz, S. 323 und 324.
- (130)Toth M. u. a., Role of infection in etiology of preterm birth, *Obstet. Gynecol.* (1988) 71, 723
- (131)UK National Case-Control Study Group, Oral contraceptive use and breast cancer risk in young women, *The Lancet* (1989) II, 973
- (132)Van der Vange N., Referat „Ovarian activity and low dose contraceptives“, 3. Tagung der Soc. f. Advancement of Contraception (SAC) vom 9.-13.9.85 in Bordeaux, zitiert im *Organon Literaturservice* 17/86 aus *Gyne* (Juni 1986)
- (133)Vessey M. P., Lawless M., McPherson K., Yeates D., Neoplasia of the cervix uteri and contraception: a possible adverse effect of the pill, *The Lancet* (1983) II, 930
- (134)VISION 2000, 1990/Nr. 6, Seite 19; Herausgeber und Verleger: Verein Familienkongress, Elisabethstr. 26, A-1010 Wien
- (135)Washington A. E., Gove S., Schachter J., Sweet R., Oral contraceptives, Chlamydia trachomatis infection, and pelvic inflammatory disease. A word of caution about protection, *JAMA* (1985) 253, 2246
- (136)Washington A. E., Sweet R. L., Shafer M. A., Pelvic inflammatory disease and its sequelae in adolescents, *J. Adolesc. Health Care* (1985) 6, 298
- (137)Westphalen von, Graf, Friedrich, Rechtsanwalt, Entmachtung des Rechts, Eine kritische Analyse der eingeleiteten Strafrechts- und Justizreform, Sonderdruck aus „*Rheinischer Merkur*“, 1971 (Nr. 2, 3, 4 und 5)
- (138)Weiss N. S., Lyon J. L., Liff J. M., Vollmer W. M., Daling J. R., Incidence of ovarian cancer in relation to the use of oral contraceptives, *Int. J. Cancer* (1981) 28, 669
- (139)Weiss N. S., & Sayvitz T. A., Incidence of endometrial cancer in relation to the use of oral contraceptives, *N. Engl. J. Med.* (1980) 302, 551
- (140)Westdeutscher Rundfunk Köln (WDR), Redaktion „Monitor“, Sendung vom 5.6.1990: Femovan — Die Pille mit furchtbarer Wirkung? Bericht von Ulrike Schweitzer, Jörg Heimbrecht
- (141)Wolner-Hanssen W., Svensson L., Mardh P.-A., Weström L., Laparoscopic findings and contraceptive use in women with signs and symptoms suggestive of acute salpingitis, *Obstet. Gynecol.* (1985) 66, 233
- (142)Zöller Th., Die Pille hat sich gemausert, *Der informierte Arzt* (1987) 14, 53

Dr. med. Rudolf Ehmann,
Chefarzt Gynäkologie/Geburtshilfe,
Kantonsspital, CH-6370 Stans;

geboren 1.1.1942 in Augsburg. Verheiratet und Vater von drei Kindern.

Studium an den Universitäten München, Fribourg und Bern. Nach dem Studium Ausbildung in Pathologie, Innerer Medizin, Chirurgie und Anästhesie. Gynäkologische Fachausbildung am Kantonsspital Olten (Prof. F. Roth) und der Universitätsfrauenklinik Basel (Prof. O. Käser), Oberarzt am Kantonsspital Schaffhausen (Prof. M. Litschgi).

Seit 1.1.1984 Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden, Stans (Schweiz).

Vizepräsident der „Schweizerischen Ärztevereinigung für die Achtung vor dem menschlichen Leben“;

schweizerischer Delegierter der „World Federation of Doctors who Respect Human Life“;

Vorstandsmitglied der „Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz“;

Vorstandsmitglied der „Schweizerischen Gesellschaft für Bioethik“;

Vorstandsmitglied der „Internationalen Ärztevereinigung für Natürliche Familienplanung“;

Mitarbeiter der „Arbeitsgemeinschaft Artikel 1 Grundgesetz (ARGE Art. 1 GG)“.

Seit Jahren Beschäftigung mit bioethischen Fragen der Reproduktionsmedizin und Geburtenregelung, Methodik und Wirkungsweisen von Verhütungsmitteln, insbesondere der Nebenwirkungen, vor allem von Ovulationshemmern und IUD.

Natürliche Empfängnisregelung (NER)

Dr. Josef Rötzer

Innerhalb der zuständigen Experten besteht Übereinstimmung, daß es im Zyklus der Frau nur wenige fruchtbare Tage gibt. Zur Bestimmung der fruchtbaren Tage sind praktisch durchführbare und verlässliche Methoden entwickelt worden, die von der Ärzteschaft und von der Öffentlichkeit noch kaum zur Kenntnis genommen wurden.

Als Voraussetzung für das Stattfinden einer Ovulation muß im Ovar zuerst ein Follikel zur Sprungreife heranwachsen. Dabei wird eine zunehmende Menge an Östrogenen gebildet, die im Halskanal des Uterus für einige Tage zur einer Verflüssigung des Zervixschleimes führt. Nur in dieser „Wasserphase“ des Zyklus können Spermien ihre Befruchtungsfähigkeit für einige Tage behalten und in die Tuben aufwandern. An den übrigen Tagen des Zyklus können die Spermien die Zervix nicht durchdringen und sterben im sauren Milieu der Vagina rasch ab.

Beobachtung des Zervixschleims

Das wichtigste Zeichen der fruchtbaren Tage ist die o. a. vermehrte Absonderung des verflüssigten Zervixschleims, die von der Frau äußerlich beobachtet werden kann. Eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation in fünf Ländern ergab, daß bis zu 99,5% der Frauen imstande sind, den verflüssigten Zervixschleim der fruchtbaren Tage wahrzunehmen und richtig zu deuten (1).

Daß die Frau die fruchtbaren Tage in ganz einfacher Weise selbst beobachten kann, wird in der **Sterilitätssprechstunde** noch viel zu wenig genutzt. Der einfache Rat, bei Kinderwunsch die Kohabitationen auf diese Tage zu beschränken, hat ohne jegliche Therapie schon zu vielen gewünschten Schwangerschaften geführt.

Frauen sollen lernen, die verschiedenen Erscheinungsformen des Zervixschleims selbst zu beobachten, und zwar zunächst rein äußerlich an der Vulva. Von einem Eingehen mit dem Finger in die Scheide ist abzuraten, da das Innere der Scheide fast immer feucht ist und besonders die Anfängerin dadurch verwirrt werden kann.

Messung der Aufwachtemperatur

Wir bevorzugen den Namen **Aufwachtemperatur** anstelle von Basaltemperatur. Verwertbar sind die rektale, die vaginale oder die orale Messung. Innerhalb eines Zyklus darf die Meßart nicht geändert werden. Axillare Messungen sind wertlos. Viele Anleitungen zur Basaltemperaturmessung sind zu streng und schrecken daher ab, die Messung zu versuchen. Es ist nicht notwendig, am Morgen täglich zur gleichen Zeit zu messen. Die Meßzeit darf von einem Tag zum anderen bis zu mehr als einer Stunde verschieden sein, wenn nur die wesentliche Be-

dingung erfüllt ist: Messung unmittelbar nach dem Erwachen am Morgen als erste Handlung. K. G. OBER schrieb deshalb zum besseren Verständnis bereits 1952 eine Arbeit „Aufwachtemperatur und Ovarialfunktion“ (2).

Bei größeren Unterschieden in der Meßzeit wird dies angemerkt. Damit ist eine individuelle Interpretation möglich. Auch bei gestörter Nachtruhe oder wenn nachts gestillt wird, ist die Aufwachtemperatur auswertbar. Man muß vor dem Messen nicht mindestens 6 Stunden geschlafen haben. Wenn jedoch die Schlafenszeit längere Zeit im Schnitt 6 Stunden unterschreitet, wird man in ein Schlafdefizit hineingeraten, was unter anderem zu Störungen des Zyklusablaufes an sich führen kann.

Alle diese Dinge wurden im eigenen Beratungsdienst seit 1951 vieltausendfach geprüft (Aufzeichnungen von mehr als 6000 Frauen mit etwa 200.000 Zyklen). Weitere Einzelheiten mögen der eigenen Broschüre „Natürliche Empfängnisregelung“, Verlag Herder, entnommen werden (der Titel war bis vor kurzem „Natürliche Geburtenregelung“), die seit 1979 in 18. Auflage vorliegt (3).

Aufwachtemperatur und Zervixschleim

Die angeführte Broschüre ist für den Selbstunterricht konzipiert. Es wird an Hand verschiedener Aufzeichnungen mit dazugehörigen Erklärungen in langsam fortschreitender Weise erläutert, wie man die Beobachtung eines Zyklus durchführt und die entsprechenden Eintragungen macht. Bereits im ersten beobachteten Zyklus ist eine Auswertung des Temperaturanstiegs in Kombination mit dem Zervixschleim möglich. Diese Kombination von Zeichen der Fruchtbarkeit und Temperaturmessung wird als **sympto-thermale Methode** bezeichnet.

Die Interpretation des Temperaturverlaufes lehnt sich an jene Regel an, die von HOLT (1959) im Buch „Geburtenregelung auf biologischem Wege“ angegeben ist (4): **man suche 3 höhere Messungen hintereinander, die höher sind als jede einzelne der vorausgegangenen 6 niedrigeren Messungen** (in der Abb. von 1 bis 6 zurücknummeriert).

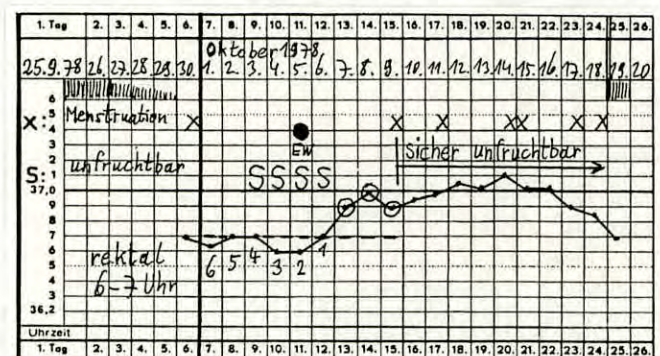


Tabelle 7 aus: Rötzer, Natürliche Empfängnisregelung

Durch die Art der Schraffierung unterhalb der ersten Tage des Zyklus kann man Dauer und Ausmaß der Menstruation zum Ausdruck bringen.

- X = Kohabitation S = Schleim (meist weißlich trüb)
EW = Schleim ähnlich wie Eiweiß des rohen Eies
(z. B. dehnbar, „spinnbar“, durchscheinend)
● = „Höhepunkt“ (letzter Tag jenes S, das für diese Frau die optimal fruchtbare Zeit anzeigt)

Es wird daher nicht nach einem deutlichen Anstieg der Temperatur gesucht, sondern zunächst nur nach 3 höheren Messungen. Die erste dieser 3 höheren Messungen kann selbst dann angenommen werden, wenn sie sich nur um 0,1 °C höher erweist als die höchste der 6 vorausgegangenen niedrigeren Messungen.

- Bei unserer sympto-thermalen Methode muß eine weitere Voraussetzung erfüllt sein, um eine derartige „höhere“ Messung akzeptieren zu dürfen:
- Es muß der letzte Tag jener Erscheinungsform des Zervixschleims („S“) vorüber sein, welcher für die betreffende Frau die optimal fruchtbare Zeit anzeigt. Sehr oft wird dieser Schleim beschrieben, daß er so ähnlich aussehe wie Eiweiß des rohen Eies („EW“).

Nachdem dieser letzte Tag des Zervixschleims der optimal fruchtbaren Zeit eine besondere Bedeutung hat, wird er in Anlehnung an eine weitverbreitete Definition im Englischen „Höhepunkt“ genannt. Erst nach dem „Höhepunkt“ dürfen „höhere“ Messungen ausgewertet (akzeptiert) werden. Fast immer findet sich die erste höhere Messung im Temperaturverlauf ohnehin nach dem Schleim-„Höhepunkt“, bisweilen knapp danach und in anderen Fällen erst nach einigen Tagen. Messungen, die als „höher“ ausgewertet werden dürfen, werden mit einem kleinen Kreis umrandet. Mit der 3. umrandeten „höheren“ Messung muß eine Temperaturhöhe erreicht werden, die zumindest 0,2 °C über dem höchsten Meßpunkt der 6 niedrigen Messungen liegt (strichlierte Hilfslinie in der Abb.). Wenn diese Temperaturdifferenz nicht erreicht wird, dann ist eine 4. „höhere“ Messung abzuwarten, bei der keine bestimmte Temperaturdifferenz mehr verlangt wird. Sobald die angeführten Bedingungen erfüllt sind, befindet man sich am Abend des betreffenden in der sicher unfruchtbaren prämenstruellen Zyklusphase.

Die wenigen Frauen, die einen Zervixschleim nicht beobachten können, sollen auf jeden Fall 4 höhere Messungen abwarten. Wenn eine Frau den Zervixschleim beobachten könnte, es aber ablehnt die notwendigen Beobachtungen und Eintragungen zu machen, dann könnte es sein, daß selbst 4 höhere Messungen lediglich aufgrund des Temperaturverlaufes nicht ausreichen, um danach eine sicher unfruchtbare Zeit annehmen zu dürfen. So lassen sich manche Schwangerschaften erklären, die selbst bei Beachtung strenger Regeln bei einer alleinigen

Temperaturmessung zur Beobachtung kommen können.

Schwankungsform des Zyklus

Die weit verbreitete Meinung von dem alleinig normalen 28-Tage-Zyklus mit dem Eisprung in der Mitte ist ein bedauerlicher Mythos.

Seit vielen Jahren haben alle hormonanalytischen und Ultraschall-Befunde den Beweis erbracht, daß der Abstand von den möglichen Tagen der Ovulation bis zur nächsten Menstruation etwa 12 bis 16 Tage beträgt. Hingegen können die möglichen Tage der Ovulation sehr verschieden zu liegen kommen, von sehr früh im Zyklus bis zum Zyklustag 40 und später (das kann eine Zykluslänge von etwa 45 Tagen und länger ergeben). Somit können Schwangerschaften auch sehr spät im Zyklus eintreten, was in der Praxis immer wieder zur Beobachtung kommt; damit sind auch derart lange Zyklen „normal“.

Es ist wichtig, daß die Frauen verstehen, welche große Variabilität im Abstand vom 1. Zyklustag bis zu den möglichen Tagen der Ovulation gefunden werden kann. Hier liegt der große Wert der Selbstbeobachtung, da man individuell und in jedem Zyklus von neuem den Beginn und das Ende der fruchtbaren Tage bestimmen kann. Damit ist auch ein sehr unregelmäßiger Zyklus für die modernen Formen der natürlichen Empfängnisregelung kein unüberwindliches Hindernis mehr.

Weitere Methoden der Natürlichen Empfängnisregelung

Vor etwa 20 Jahren erhielt ich die ersten Mitteilungen von Frauen, die von selbst versucht hatten, den äußeren Muttermund zu betasten. Die Portio erwies sich als weich und offen an den fruchtbaren Tagen, und als hart und geschlossen an den unfruchtbaren Tagen. An den fruchtbaren Tagen war auch ein flüssiger bis spinnbarer Zervixschleim zu finden. Erst später erfuhr ich, daß KEEFE in den USA bereits 1962 eine Arbeit über die Auto-Palpation der Zervix publiziert hatte (5).

Im eigenen Beratungsdienst wurde die Selbstuntersuchung der Zervix von den Frauen selbst entdeckt, die immer wieder berichteten, daß sie von den Möglichkeiten dieser Untersuchung fasziniert sind, da sie die beste Eingrenzung der fruchtbaren Tage und die Feststellung von möglichst vielen unfruchtbaren Tagen ermögliche, selbst bei sehr unregelmäßigen Zyklen, sowie in der Stillzeit und in der Prämenopause. Manche Frauen verlassen sich mit Erfolg ausschließlich auf die Selbstuntersuchung der Zervix. Andere Frauen schränken die Temperaturmessung auf wenige Kontrollmessungen an den „feuchten“ Tagen und nach dem Schleim-„Höhepunkt“ ein.

Über die Verlässlichkeit von NER

Wenn eine Schwangerschaft aus wichtigen Gründen nicht eintreten darf, sind Paare bereit, die Kohabitationen auf die sicher unfruchtbare Zeit nach dem Ovulationstermin zu beschränken. In dieser Zyklusphase kam bei der o. a. sehr großen Anzahl von beobachteten Zyklen bisher keine Schwangerschaft zur Beobachtung. Es mag biologisch fast unglaublich erscheinen, aber der Pearl-Index (Zahl der Schwangerschaften in 100 fruchtbaren Frauenjahren) dieser Zyklusphase ist mit Null anzusetzen.

Frauen mit einer guten Zervixschleimbeobachtung versuchen immer wieder die alleinige äußerliche Beobachtung des Zervixschleims (Billings-Methode) ohne Temperaturmessung und ohne Muttermunduntersuchung. Hier ist der Pearl-Index mit etwa 3 anzusetzen. Im eigenen Beratungsdienst wird diese Vorgangsweise nicht empfohlen, auf Wunsch aber eine entsprechende Beratung übernommen.

Zu Beginn des Zyklus dürfen unter bestimmten Voraussetzungen die ersten 6 Tage als unfruchtbar angenommen werden (Pearl-Index 0,2 und niedriger; ist also besser als der mancher oraler Kontrazeptiva). Wenn man mit Erfahrung zu Beginn des Zyklus mehr unfruchtbare Tage bestimmt, bis die ersten wahrnehmbaren Zeichen der fruchtbaren Tage auftreten, fand sich bei Ausnutzung unfruchtbarer post- und prämenstrueller Zyklusphasen ein Pearl-Index von 0,8, somit kleiner als 1.

Buchhinweis: Dr. med. Josef Rötzer, Natürliche Empfängnisregelung, 18. Aufl. 1988, Verlag Herder.

Auskünfte erteilt das Institut für Natürliche Empfängnisregelung Dr. Rötzer e.V. (INER), D-7950 Biberach, Göserweg 28 (Tel. 0 73 51 / 2 25 84), oder A-4840 Vöcklabruck, Vorstadt 6 (Tel. 0 76 72 / 33 64; Büro Dr. Rötzer).

Literatur

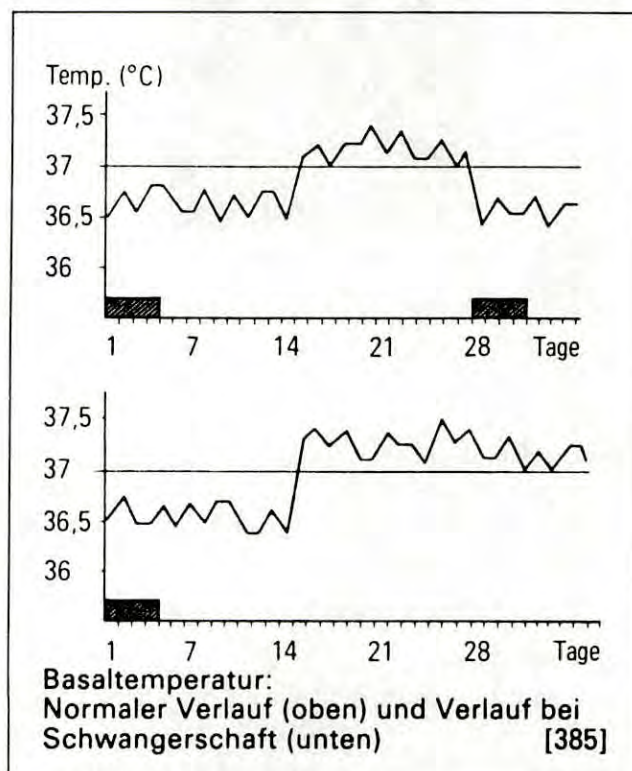
- (1) **WORLD HEALTH ORGANIZATION:** A Prospective Multicentre Trial of the Ovulation Method of Natural Family Planning. I. The Teaching Phase. *Fertility Sterility* 36 (1981) 152-158.
- (2) **OBER K. G.:** Aufwachtemperatur und Ovarialfunktion. *Klin. Wschr.* 30 (1952) 357-364.
- (3) **RÖTZER J.:** Natürliche Empfängnisregelung (bis vor kurzem „Natürliche Geburtenregelung“), Der partnerschaftliche Weg. 18. Auflage, Verlag Herder, Wien - Freiburg/Breisgau 1988.
- (4) **HOLT J. G. H.:** Geburtenregelung auf biologischem Wege, der Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeit und Körpertemperatur der Frau. Verlag Franz Deuticke, Wien 1959.
- (5) **KEEFE E. F.:** Self-observation of the Cervix to Distinguish Days of Possible Fertility. *Bull. Sloane Hosp. Women* 8 (1962) 129-136.

Lexikon zur Erläuterung der Fachbegriffe

Bearbeitet nach: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 256. Aufl., 1990, Walter de Gruyter, Berlin; Grafiken aus: Pschyrembel a. a. O., mit freundlicher Nachdruckerlaubnis.)

Basaltemperatur

Synonym für Aufwachtemperatur oder Morgentemperatur. Es meint die sofort nach dem Erwachen und vor dem Aufstehen rektal oder oral mit dem Thermometer gemessene Körpertemperatur der Frau. Etwa einen Tag nach der Ovulation erfolgt ein Anstieg um etwa 0,4 bis 0,6 Grad Celsius als Ausdruck des thermogenetischen Effekts des Hormons Progesteron. Die Temperatur bleibt dann erhöht, bis sie kurz vor der Menstruation wieder abfällt. Bei Ausfall der Regelblutung und fehlendem Temperaturabfall liegt wahrscheinlich eine Schwangerschaft vor.



(Grafik Basaltemperatur S. 179)

Billings-Ovulationsmethode

B.-O. ist ein Synonym für Zervixschleimethode zur natürlichen Familienplanung: Sie besteht in der Selbstbeobachtung der intermenstruellen Absonderung von Zervixschleim zur Bestimmung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage innerhalb des Menstruationszyklus. Nach Billings ist vom Beginn der Schleimabsonderung bis zum Abend des vierten Tages nach deren Höhepunkt die fruchtbare Zeit der Frau.

Cervix score

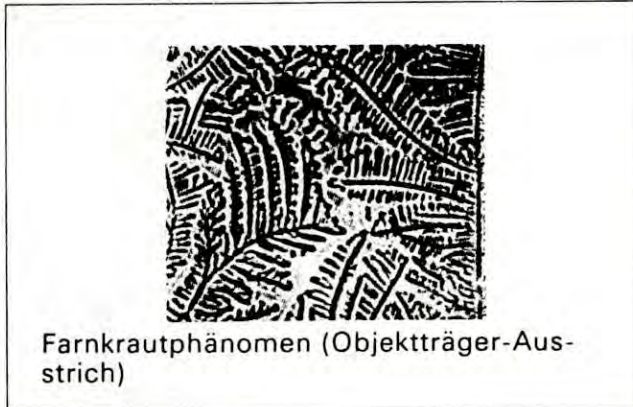
(engl. score, Treffer) auf den Zervixfaktor gerichtete Untersuchung zur indirekten Erfassung des Ovulationszeitpunktes.

Vier Kriterien finden Verwendung: Menge des Zervix-

schleims, dessen Spinnbarkeit (Farnkrautphänomen in der Laboruntersuchung), Weite des Muttermundes (Gradeinteilung von 0 bis 3), semiquantitative Bestimmungsmethode für die Östrogenisierung als Ausdruck der Follikelreifung.

Farnkrautphänomen

Das F. ist eine unter Östrogenwirkung auftretende, charakteristische Bildung von farnkrautähnlichen Kristallen im getrockneten Zervixschleim, besonders deutlich kurz vor der Ovulation; es verschwindet unter Progesteroneinfluß nach der Ovulation.



Farnkrautphänomen (Objekträger-Ausstrich)

(Grafik Farnkrautphänomen: S. 502)

Knaus-Ogino-Methode

(Hermann Knaus, Gynäkologe, Graz, Prag 1892-1970 und Kynsaku Ogino, japanischer Gynäkologe, 1882-1975) siehe unter Kalendermethode

Kalendermethode

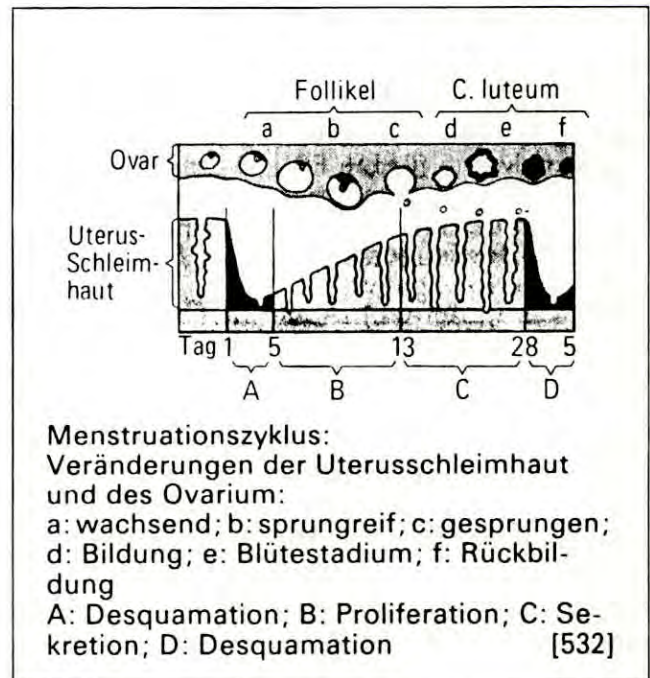
wegen Unregelmäßigkeiten des Zyklus häufig unzureichende Methode zur Bestimmung der fruchtbaren Tage der Frau durch Zählen der Tage nach der Menstruation

Konzeptionsoptimum

günstigste Zeit für die Befruchtung der Frau: ein Zeitpunkt um den Moment der Ovulation (Eisprung), meist vier bis fünf Tage vor dem Anstieg der Basaltemperatur. Das Ei ist nur wenige Stunden befruchtbar, die Spermien sind nur etwa zwei bis drei Tage befruchtungsfähig.

Menstruationszyklus

Zeit vom ersten Tag der Menstruation bis zum letzten Tag vor der nächsten Regelblutung und der dabei sich abspielenden regelhaften Veränderungen: Dauer des Menstruationszyklus durchschnittlich 29,5 Tage mit Schwankungen.



(Grafik Menstruationszyklus: S. 1049)

Die charakteristischen zyklischen Veränderungen werden durch Ovarialhormone hervorgerufen, die mit bestimmten Hirnregionen in Beziehung stehen.

In der ersten Zyklusphase bewirkt die durch die Releasinghormone FSH und LH induzierte Östrogenbildung im reifen Follikel des Ovars die Bildung der Uterusschleimhaut. Der Follikelsprung, die Ovulation, erfolgt bei einem bestimmten Verhältnis der Hormone etwa am 12. Zyklustag.

Durch das Progesteron wird die Gebärmutter Schleimhaut in das Sekretionsstadium transformiert. Wenn keine Befruchtung oder Nidation stattgefunden hat, sinkt die Hormonproduktion, die Voraussetzungen für die Erhaltung der Uterusschleimhaut entfallen und das Endometrium wird abgestoßen.

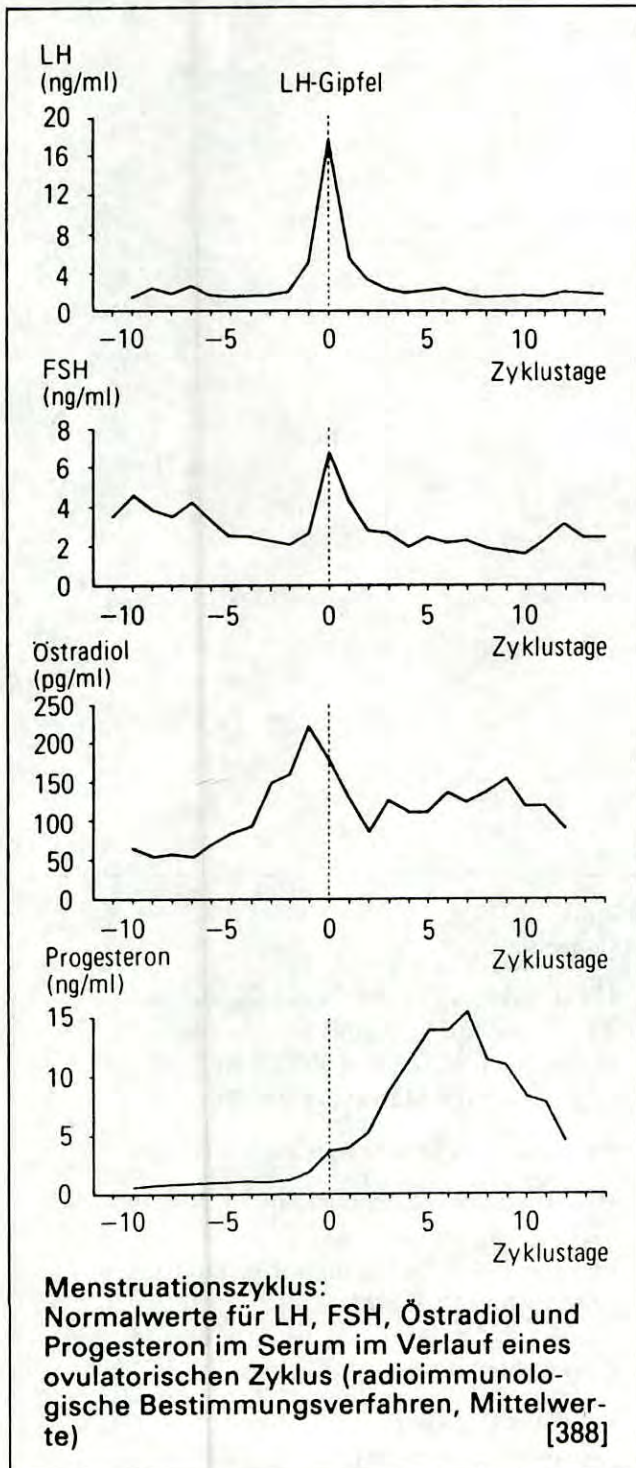
Ovarium

Eierstock, weibliche Keimdrüse: pflaumengroßes Organ, paarig aufgehängt unterhalb der Tube in einer schmalen Bauchfellduplikatur. Das Ovarium besteht aus einer peripheren Rindenschicht mit den Eifollikeln, kleinen kugeligen bis erbsengroßen Gebilden und der zentralen Marksicht. Generative Funktion: Produktion von befruchtungsfähigen Eiern. Vegetative Funktion: Hormonbildung von Östrogen, Gestagen, Progesteron und Androstendion.

Progesteron

physiologisches Gelbkörperhormon, wichtigstes natürliches Gestagen, wird vorwiegend im Corpus luteum und in der Plazenta, aber auch in der Nebenniere gebildet. P. ist an der Regulation aller weiblicher Reproduktionsfunktionen beteiligt. Es bereitet

den Organismus auf eine Schwangerschaft vor, schafft wichtige Voraussetzungen für die Konzeption, hat schwangerschaftserhaltende Wirkung und induziert die typischen Veränderungen am Zervixschleim. P. besitzt einen thermogenetischen Effekt (Erhöhung der Körpertemperatur um zirka 0,4 bis 0,6 Grad Celsius).

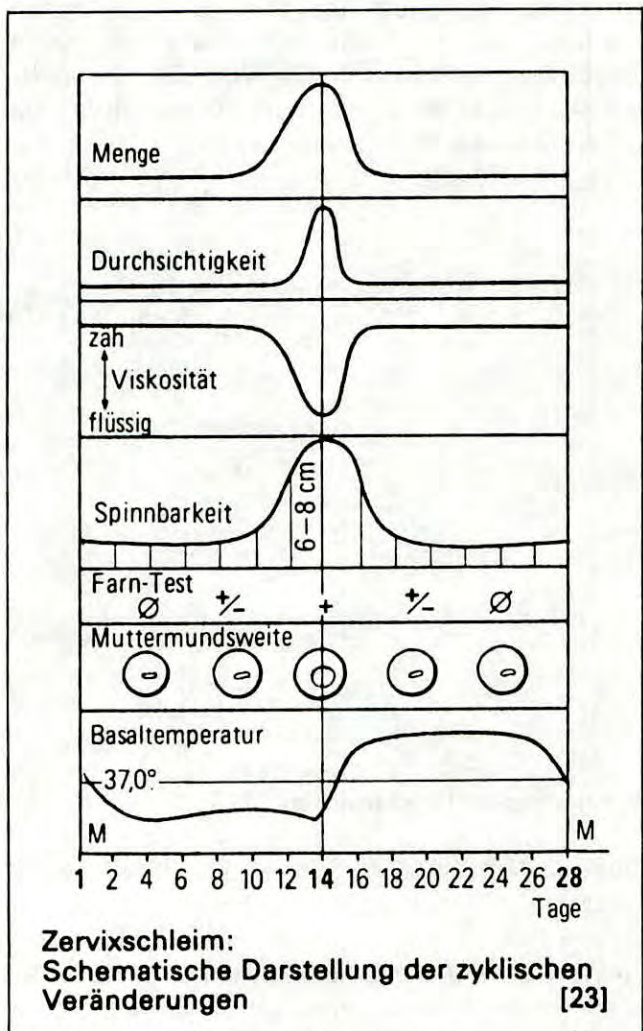


(Grafik Menstruationszyklus: S. 1050)

Zervixschleim

von den Zervixdrüsen abgesondertes, leicht alkalisches Sekret, dessen Konsistenz und Menge durch die physiologischen Hormonschwankungen während des

Menstruationszyklus verändert wird. Der mit Ausnahme der Zeit um die Menstruation und Ovulation hochvisköse Z. ist ein sicherer Schutz gegen das Eindringen von Keimen und Spermien in den Uterus. Unter Östrogeneinfluss wird der Z. dünnflüssig, zu einem Faden ausziehbar und „spinnbar“. Die Spinnbarkeit ist am größten kurz vor der Ovulation (6 bis 8 Zentimeter Fadenlänge und mehr) und zeigt die maximale Östrogenaktivität an, d. h. die Frau befindet sich in der präovulatorischen Phase, in der der Z. für die Spermien maximal durchgängig ist. Das Farnkrautphänomen ist positiv. Zervixschleim-Methode s. Billings-Ovulationsmethode.



(Grafik Zervixschleim: S. 1846)

Buchbesprechung

Gabriele Gräfin Plettenberg, **Lebensziel Liebe**

Gelbe Reihe, Heft 42, 32 Seiten, DM 5,00

Hrsg.: Fördergemeinschaft für Schulen

in freier Trägerschaft e.V. Köln,

Paulistr. 22, 5000 Köln 41, Tel.: 02 21 / 49 64 05

In ihrer neuesten Veröffentlichung befaßt sich die *Gelbe Reihe* mit einem Thema, das für jeden aktuell ist, der auf der Suche nach dem Sinn des Lebens ist. Denn es ist das Lebensziel aller Menschen, zu lieben und geliebt zu werden. Aber wer sich diesem Ideal verschrieben hat, verspürt auch: Es ist ein Ideal, mit dem man nie fertig ist, das man nie endgültig erreicht haben wird. Aber der wirklich Liebende erträgt und bejaht diese Spannung. Nur er ist bereit, einen Preis dafür einzusetzen, der so hoch ist wie das Ideal selbst.

Mit anschaulichen Beispielen aus Ehe und Familie stellt sich Gräfin Plettenberg in der als Abschluß des Zyklus *Personale Erziehung* veröffentlichten Schrift diesem hohen Anspruch. Das Heft möchte Eltern und Lehrer mit diesem im lebendigen Vortragsstil belassenen Beitrag damit konfrontieren, welche Erwartungen an sie als Erzieher gestellt werden: daß junge Menschen an ihrem Tun und Sagen entdecken, worin die Erfüllung ihres eigenen Lebens liegt. So können sie ein wenig mehr begreifen, daß es sich lohnt, die eigenen Entfaltungsmöglichkeiten auf das Ziel auszurichten, lieben zu lernen.

Berichtigung der Druckfehler in:

Concepte Heft 5-9/1990, Seite 39, linke Spalte, letzte Zeile: richtig: ...eine pervertierte Politik (anstatt: eine pertierte Politik);

Concepte Heft 10/1990, Seite 12, linke Spalte, in der Mitte: richtig: ...von bestimmten Bildungswegen, ... in der Demontage der einst vierjährigen ... Abiturbildung (anstatt: Bildungswesen; vierteljährigen).

Impressum:

Herausgeber: Zentralstelle für Sozialethik und Sozialhygiene e.V., Rather Schulstr. 34,
D-5000 Köln 91, Telefon: (02 21) 86 53 47
— gefördert mit Mitteln des BMJFFG —

verantwortlich für den Inhalt: Otto Döpper

Herstellung: W. Statz, Eiler Str. 80, 5000 Köln 91

Einzelheft: 4,70 DM zuzüglich Versandkosten
Jahresbezug: 50,— DM

Bankverbindungen:

Pax-Bank eG, Köln:
Konto-Nr. 15 14 70 16 (BLZ 370 601 93)

Postgiroamt Köln:
Konto-Nr. 506 88-502 (BLZ 370 100 50)

Kreissparkasse Köln:
Konto-Nr. 190 59 (BLZ 370 502 99)

