

gen-Kombinationen hat auch in der katholischen Ethik eine lebhaftere Diskussion entfacht, weil die Präparate nicht nur als Antikonzipientia, sondern auch als Therapeutica (gegen Dysmenorrhoe, Endometriose und funktionelle Sterilität) empfohlen werden. Das gibt diesen Mitteln eine gewisse Doppelwertigkeit: sie können als Heilmittel, sie können auch als reines Antikonzipiens gebraucht werden. Im ersten Fall ist nichts dagegen einzuwenden, wenn nicht ein äquivalentes nicht sterilisierendes Mittel zur Verfügung steht; als Antikonzipientia sind sie genau wie die übrigen Kontrazeptiva abzulehnen.

Eine Frage besonderer Art stellt das Postpartum. Man fragt sich, ob nicht in der ersten Zeit nach der Geburt, insbesondere während der Stillzeit, der Organismus der Mutter selbst für eine Ruhepause sorgen wolle, indem er durch entsprechende endokrinologische Steuerung eine Eireifung zu bremsen sucht. Wenn man dies durch völkerkundliche und medizinhistorische Untersuchungen als «Normalität» beweisen könnte, so wäre eine Eireifung in den ersten Monaten nach der Geburt, wie sie heute bei vielen Frauen vorkommt, als eine «Anomalie» zu betrachten, die auch entsprechend durch Ovulationshemmer korrigiert werden dürfte.

Aus der Frauenklinik des Kantonsspitals Winterthur, Chefarzt: PD Dr. med. *E. Glatthaar*

Die medizinischen Methoden der Geburtenregelung

Von *E. Glatthaar*

Zusammenfassung

Es wird auf die bevölkerungspolitische, sozialmedizinische und psychologische Bedeutung der Empfängnisverhütung hingewiesen. Die zweckmäßigen antikonzeptionellen Verfahren werden eingehend erörtert, speziell hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit, und die unzweckmäßigen Methoden kurz erwähnt.

Die antikonzeptionelle Beratung erfordert die Kenntnis der biologischen Grundlagen der Konzeption und bildet daher eine *ärztliche Aufgabe*; sie erfordert in jedem einzelnen Fall die Beurteilung aller individu-

Résumé

En ce qui concerne la conception les moyens préservateurs ont une importance politico-économique, médico-sociale et psychologique. L'auteur explique différents procédés anticonceptionnels utiles, tout spécialement en ce qui a trait à leur sûreté, et il mentionne les méthodes qui ne sont pas appropriées.

Les consultations anticonceptionnelles exigent la connaissance de la biologie de la conception et doivent donc être considérées comme une *tâche médicale*; pour chaque cas il est nécessaire de juger toutes les circonstances individuelles au point de vue social

ellen sozialen und psychologischen Momente, um die für das betreffende Ehepaar optimale Lösung der Geburtenregelung zu finden.

et aussi au point de vue psychologique, afin de trouver pour le couple intéressé la meilleure solution pour ce qui concerne la régulation des naissances.

Die Geburtenregelung oder Empfängnisverhütung (Antikonzeption, Kontrazeption) bildet das wichtigste Problem im Rahmen jener Bestrebungen, die unter Bezeichnungen wie «family planning» (USA), «planned parenthood» (Großbritannien) oder «bewußte Elternschaft» (Deutschland) heute weltweite Verbreitung erlangt haben. Ihre bevölkerungspolitische Begründung liegt in der aktuellen oder prospektiven Überbevölkerung und Unterernährung weiter Gebiete der Erde (z. B. Indien, Japan). In den wirtschaftlich und sozial hochentwickelten Ländern dagegen stehen andere Motive zur Einschränkung der Kinderzahl im Vordergrund; es sind dies einerseits der Anspruch der modernen Frau auf eine eigene Lebens- und Persönlichkeitsgestaltung und ihre zunehmende Einbeziehung ins Wirtschaftsleben, andererseits der Wunsch nach Erhaltung eines gehobenen Lebensstandards.

Die Tendenz zur Einschränkung der Nachkommenschaft führt bekanntlich sozialmedizinisch zu einer ganz eindeutigen Alternativsituation: *Intensivierung einer wirksamen Empfängnisverhütung oder Zunahme der artefiziellen Aborte*. Daß der legale und besonders der illegale Abort ein höchst unzweckmäßiges Mittel zur Geburtenbeschränkung darstellt, steht außerhalb jeder Diskussion. Die in unserem Lande gültige Regelung gemäß Art. 120 des Strafgesetzbuches, worin der artefizielle Abort grundsätzlich als strafbar erklärt und nur in medizinischen Ausnahmesituationen erlaubt wird, muß daher auch in medizinischer Sicht als richtig und notwendig betrachtet werden. Allerdings hat diese Bestimmung in den einzelnen Kantonen je nach offizieller Konfession eine sehr verschiedene Anwendung erfahren, die von einer relativ großzügigen Interpretation bis zur völligen Ignorierung reicht. Es ergab sich dadurch die unerfreuliche Situation, daß sich die artefiziellen Aborte auf einige wenige Kantone konzentrierten. Dies hat dazu geführt, daß gerade in diesen Landesteilen immer wieder Schritte unternommen werden, um eine strengere Anwendung der bestehenden Bestimmungen zu erreichen. Die Zweckmäßigkeit derartiger Maßnahmen erscheint in ärztlicher Sicht allerdings fraglich, denn es besteht kein Zweifel, daß *jede Erschwerung und Einschränkung der legalen Aborte die Zahl der illegalen Eingriffe erhöht*. Die einzig adäquate und sinnvolle Lösung liegt somit in einer wirksamen Empfängnisverhütung. Die Bekämpfung des kriminellen Abortes mit seinen gesundheitlichen und sozialen Risiken ist somit nicht eine gesetzgeberische oder administrative, sondern eine sozialmedizinische Aufgabe von höchster Bedeutung und Dringlichkeit, für welche wir Ärzte eo ipso zuständig und verantwortlich sind. Daraus folgt, daß die antikonzeptionelle Beratung eine Aufgabe *jedes praktisch tätigen Arztes* bildet.

Die soziale und medizinische Notwendigkeit einer wirksamen Empfängnisverhütung ist heute fast allgemein anerkannt. Ich möchte hier absehen von geographischen und ethnographischen Gesichtspunkten, von der Frage der Dominanz oder Weltherrschaft bevölkerungsreicher Rassen und dergleichen. Das Problem stellt sich ja nicht nur bei den westlichen Nationen, sondern in zunehmendem Maße auch bei Völkern anderer Rasse; ich erinnere nur an die Verhältnisse in Indien und Japan und an die Bemühungen der Weltorganisationen in diesen Gebieten.

Beschränken wir uns im folgenden auf die Verhältnisse im abendländischen Kulturkreis, so läßt sich feststellen, daß das Bedürfnis nach wirkungsvoller Empfängnisverhütung sehr verbreitet ist. Fast in jeder Ehe stellt sich früher oder später der Wunsch nach einer Konzeptionsverhütung ein; oft ist dies schon primär der Fall im Sinne einer Wartefrist bei Eheschluß in jugendlichem Alter, meist aber nach der ersten Geburt und stets nach Erreichung der gewünschten Kinderzahl.

Die Hindernisse, die sich einer Verbreitung wirksamer antikonzptioneller Methoden entgegenstellen, sind bekannt. Auf ärztlicher Seite sind es berufliche Überbelastung und Mangel an Interesse für präventiv-medizinische Belange, gelegentlich auch weltanschauliche Auffassungen, die einer eingehenden Beratung im Wege stehen. So kommt es immer wieder vor, daß Ehepaare mit allgemeinen Redensarten abgefertigt werden wie «Passen Sie auf» oder «Sorgen Sie dafür, daß keine Schwangerschaft mehr eintritt». Es sollte aber nicht vorkommen, daß der Arzt in dieser Weise Steine statt Brot anbietet! – Auf Seiten der Eheleute bestehen oft Hemmungen, sich mit diesem Problem an den Arzt zu wenden, wenn dieser nicht von sich aus darauf zu sprechen kommt. Im besten Falle werden solche Ehepaare zu einer der Methoden greifen, die durch Publikumspropaganda verbreitet werden, meist zum Verfahren von Knaus-Ogino. Aber auch bei sachgemäßer ärztlicher Beratung scheidet gelegentlich die konsequente Empfängnisverhütung an ästhetischen oder sonstigen gefühlsmäßigen Widerständen, gelegentlich auch ganz einfach an mangelnder Gewissenhaftigkeit und Verantwortungsgefühl. Es besteht ferner bei manchen Ärzten die Auffassung, die Durchführung einer antikonzptionellen Beratung bedeute eine zu große Verantwortung, und es könnte gegebenenfalls daraus direkt oder indirekt eine moralische Haftung oder Haftbarmachung resultieren. Die Erfahrung zeigt jedoch immer wieder das Gegenteil: Ein Ehepaar, das eingehend und sachlich richtig antikonzptionell beraten wurde, wird im Falle eines (meist nachweisbar selbst verschuldeten) «Versagers» diese zunächst unerwünschte Schwangerschaft – gerade im Bewußtsein der alleinigen eigenen Verantwortung – viel eher akzeptieren und sicher nie den Arzt, der die Beratung durchgeführt hat, mit dem Ansinnen nach einer Interruptio bedrängen.

Wesentlich ist allerdings, daß die Beratung sachlich richtig und mit klarer Unterweisung in der Durchführung der Verhütungsmethode erfolgt. Dies setzt

voraus, daß der Berater nicht nur über die Biologie der Konzeptionsvorgänge, sondern auch über das Funktionieren der verschiedenen Verhütungsmethoden und ihre Zuverlässigkeit orientiert ist. Auch daraus ergibt sich wieder, daß die antikonceptionelle Beratung eine *ärztliche Aufgabe* darstellt; sie gehört in die Sprechstunde des praktizierenden Arztes, speziell des Gynäkologen, oder besonderer poliklinischer Beratungsstellen, wie sie leider in unserem Lande noch sehr selten sind.

Es gibt neben medizinisch einwandfreien Verhütungsmethoden auch unzweckmäßige oder sogar schädliche Verfahren. Wir werden die letzteren nur kurz behandeln und uns vor allem mit den zweckmäßigen Methoden befassen.

Eine populäre Einteilung unterscheidet zwischen «natürlichen» und «künstlichen» Verhütungsmethoden. Erstere basieren auf der Berücksichtigung der biologisch beschränkten Empfänglichkeit der Frau innerhalb des monatlichen Zyklus; da hier auf die Anwendung zusätzlicher Hilfsmittel verzichtet wird, werden sie im englischen Sprachgebiet als «non-appliance methods» bezeichnet. Im Gegensatz dazu sind die «künstlichen» Verhütungsmethoden («appliance methods») vom Zyklus unabhängig anwendbar. Bei der nachfolgenden Besprechung der einzelnen Verfahren muß ich mich in diesem Rahmen auf grundsätzliche Gesichtspunkte beschränken; bezüglich Einzelheiten und technischer Probleme sei auf eine frühere Publikation hingewiesen¹.

A. Die sogenannten «natürlichen» Verhütungsmethoden (non-appliance methods)

1. Die Methode Knaus-Ogino («Zeitwahl in der Ehe» etc.)

Dieses Verfahren besitzt dank seiner Einfachheit und einer sehr intensiven, nicht immer ganz sachlichen Propaganda wohl die größte Verbreitung. Sie beruht im wesentlichen auf zwei Voraussetzungen:

1. daß die Ovulation stets am 15. Tag vor Eintritt der nächsten Menstruation stattfindet. – Die Erfahrungen mit verschiedenen Untersuchungsmethoden, vor allem mit der Basaltemperaturkurve (siehe unten) haben gezeigt, daß diese Annahme meist zutrifft, doch hat auch dieser biologische Prozeß eine gewisse Streubreite (ganz abgesehen von der noch unangeklärten Frage der parazyklischen Ovulationen), welche von Knaus zwar nicht zugegeben, aber doch berücksichtigt wird.

2. daß die Befruchtungsfähigkeit der Spermien und der Eizelle 48 Stunden nicht überschreitet; eine Annahme, die für den Menschen zwar nicht bewiesen ist, jedoch auf Grund von Analogien und praktischer Erfahrung akzeptiert wird.

Die Methode ist im übrigen so bekannt, daß sich ihre Beschreibung an

¹ *E. Glatthaar*: Die antikonceptionelle Beratung in der ärztlichen Praxis. Schweiz. medizin. Jahrbuch 1956.

dieser Stelle erübrigt. Hinsichtlich ihrer zahlreichen Schwächen sei vor allem darauf hingewiesen, daß sie nur auf einer breiten statistischen Basis von jahrelangen Zyklusaufzeichnungen einigermaßen hinreichende Sicherheit bietet; trotzdem kann jederzeit eine ungewöhnliche Zyklusschwankung und damit die Möglichkeit eines Versagers eintreten. Andere Fehlerquellen wie falsche Berechnung des Ovulationstermins, ungenügende Sicherheitsmargen und ausgesprochene Fahrlässigkeiten gehen selbstverständlich nicht zu Lasten der Methode: das primäre Versagerrisiko durch unvorhersehbare Zyklusschwankungen ist aber schon so groß, daß sie *als alleiniges Verfahren nicht empfohlen werden darf*.

2. Die Basaltemperaturkurve (Bordeu, Vollmann)

Die Bestimmung der «fruchtbaren Tage» innerhalb des weiblichen Zyklus stützt sich, wie erwähnt, auf die Festlegung des Eisprunges. Im Gegensatz zur Methode Knaus-Ogino, die mit Durchschnittsberechnungen anhand empirisch gewonnener Unterlagen an vorausgegangenen Zyklen arbeitet, erlaubt die Basaltemperaturkurve eine Feststellung des Eisprunges im *laufenden* Zyklus. Die Morgentemperatur (unmittelbar nach dem Aufwachen bei Bettruhe rektal gemessen) zeigt *nach* dem Eisprung einen Anstieg um etwa $\frac{5}{10}$ Grad, der sich als Folge der Gelbkörperhormonproduktion einstellt und bis zum Eintritt der nächsten Menstruation andauert (*Abbildung 1*). Sobald die Temperaturkurve während mindestens 2 Tagen erhöht bleibt, besteht bis zur nächsten Periode keine Konzeptionsfähigkeit, während die vorausgehende Phase von der Menstruation bis zum Eintritt des Temperaturanstiegs immer unsicher, das heißt potentiell konzeptionsfähig ist. Wird somit der Geschlechtsverkehr konsequent auf die Gelbkörperphase beschränkt, so arbeitet das Verfahren zuverlässig.

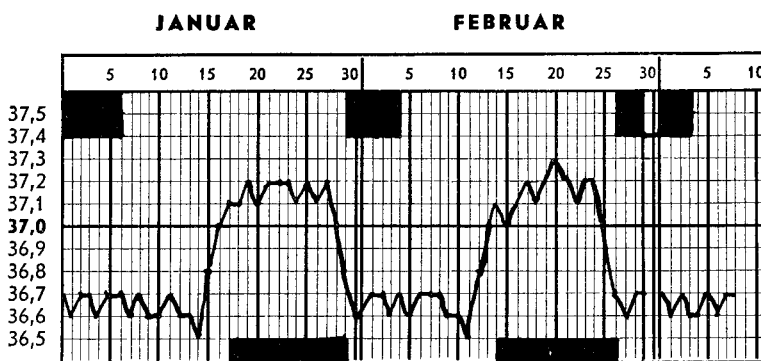


Abbildung 1 Basaltemperaturkurve mit typischem biphasischen Verlauf bei 28-tägigem Zyklus. – Am oberen Rand der Kurve sind die Tage der Regelblutung, am unteren Rand die unfruchtbaren Tage der Gelbkörperphase markiert (E. Glatthaar, Schw. Med. Jahrbuch 1956).

Hinsichtlich gewisser Fehlerquellen muß auf die oben zitierte Arbeit verwiesen werden.

Es werden neuerdings dem Publikum mit großem Propagandaaufwand gewisse *Indikatoren* zur genauen Bestimmung der Ovulation angepriesen, welche mit chemischen Farbreaktionen arbeiten. Exakte Nachprüfungen haben aber ergeben, daß diese Methoden nicht genauer sind als die Basaltemperaturmessung. Diese zeigt allerdings erst den *bereits erfolgten Eisprung* an; für die Empfängnisverhütung genügt dies aber völlig, da ja die Befruchtungsfähigkeit der Geschlechtszellen ohnehin eine Wartezeit von mindestens 2 Tagen erfordert.

3. Der coitus interruptus

Die Bedeutung dieser primitivsten und wahrscheinlich ältesten aller Verhütungsmethoden liegt vor allem in ihrer großen Verbreitung; als «natürliche» Methode kann man sie allerdings nur im Sinne der «non-appliance» bezeichnen. Ihr größter Nachteil liegt darin, daß sie meist, wenn auch durchaus nicht immer, den Eintritt des Orgasmus bei der Frau verunmöglicht und dadurch zu Frigidität und vegetativ-hormonalen Balancestörungen führen kann. Die Sicherheit des Verfahrens wird unter anderem dadurch beeinträchtigt, daß nachgewiesenermaßen beim Manne schon vor der eigentlichen Ejakulation gelegentlich Samenzellen abgesondert werden können. *Als Routinemethode darf der coitus interruptus daher ärztlicherseits keinesfalls empfohlen werden.*

B. Die sogenannten «künstlichen» Verhütungsmethoden (appliance methods)

1. Das Präservativ (der Kondom)

Grundsätzlich würde es der psychologischen Rolle des Mannes in der Ehe entsprechen, daß er die Durchführung der Empfängnisverhütung übernehmen würde. Leider ist diese psychologische Konstellation heute nur noch selten vorhanden, doch sollte bei der ärztlichen Beratung stets auf dieses Prinzip hingewiesen werden. Es wäre in jeder Hinsicht erwünscht, wenn diese Verhütungsmethode wieder größere Verbreitung finden würde. *Das Präservativ darf zweifellos als das beste Verhütungsmittel qualifiziert werden, da es bei einfachster Anwendungsweise die größte Sicherheit bietet.* Die einzigen Voraussetzungen für seine Verwendung bilden eine gewisse Disziplin und eine völlig intakte Potentia coeundi des Mannes. Leider sind psychogene Störungen der Potenz keine Seltenheit und müssen daher bei der antikonzeptionellen Beratung berücksichtigt werden.

2. Das Scheidenokklusivpessar (Mensinga-Pessar)

Dieses mechanische Schutzmittel, das heute stets in Kombination mit einer spermatoziden Salbe (Patentex, Ortho, Ramses etc.) angewendet wird, bildet

das sicherste Verfahren für die Frau (Abbildung 2 und 3). Die Verordnung eines Okklusivpessars setzt – im Gegensatz zu der früher viel verwendeten Portiokappe – keine spezialistischen gynäkologischen Kenntnisse voraus. Ein gynäkologischer Status ist natürlich von Vorteil und bei fachärztlicher Beratung eine Selbstverständlichkeit, doch kann die Pessargröße nötigenfalls auch weitgehend nach Schema verschrieben werden; sie bewegt sich je nach der Zahl der durchgemachten Geburten zwischen Nr. 65 und 75 (= mm Durchmesser). Die Frau muß aber unbedingt in der Handhabung des Pessars instruiert werden, und der beratende Arzt muß sich anschließend von der korrekten Applikation durch die Patientin überzeugen. Zur Erleichterung der Einführung des Pessars wird heute von den wichtigsten ausländischen (Ortho, Ramses etc.) und schweizerischen Fabriken (Ceyloc) ein Stab (Introducer) geliefert, doch bereitet auch die digitale Applikation keine Schwierigkeiten. Für technische Einzelheiten sei wiederum auf die oben zitierte Arbeit verwiesen.

3. Die chemischen Schutzmittel

Die große Empfindlichkeit der Samenzellen gegen sonst harmlose saure Substanzen (Milchsäure, Borsäure, Oxychinolinsäure etc.) erlaubt eine relativ wirksame Konzeptionsverhütung durch Einführung derartiger Stoffe in Form von Tabletten, Salben oder Gelelen. Die Applikation muß im obersten Scheidenabschnitt erfolgen (Tabletten digital, Salben mit speziellen Applikatoren), so daß der äußere Muttermund durch das Schutzmittel bedeckt wird. Die Methode ist, besonders mit Tabletten, äußerst einfach und bietet hohe Sicherheit; technische Fehler bei der Plazierung sind aber möglich, weshalb wir grundsätzlich eine Kombination mit der Methode Knaus empfehlen.

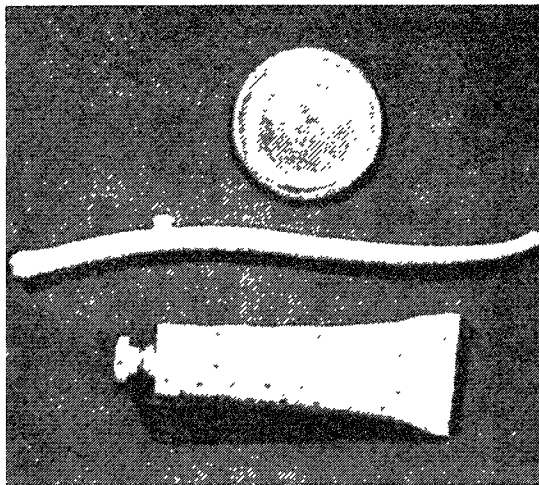


Abbildung 2 Scheidenokklusivpessar mit Einführungsstab und dazugehöriger spermatozider Creme (E. Glatthaar, Schw. Med. Jahrbuch 1956).

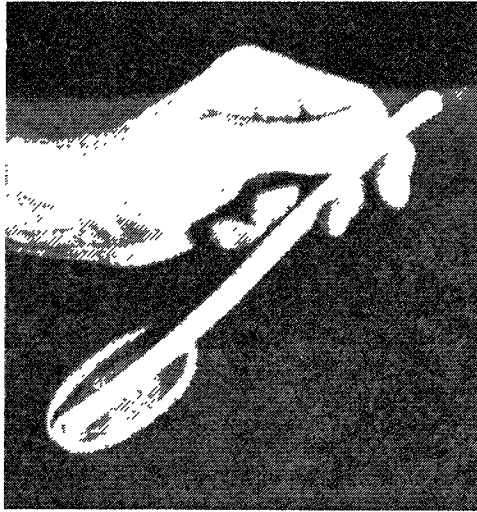


Abbildung 3 Zur Einführung vorbereitetes Okklusivpessar (E. Glatthaar, Schw. Med. Jahrbuch 1956).

C. Die operative Sterilisation

Die Sterilisation der Frau durch *Unterbindung der Eileiter* oder des Mannes durch *Durchtrennung der Samenleiter* bildet naturgemäß die sicherste Methode zur Ausschaltung weiterer Schwangerschaften. Sie ist als *definitive Maßnahme* zu betrachten, obwohl sie – wenigstens bei der Frau – unter gewissen technischen Voraussetzungen durch einen erneuten Eingriff rückgängig gemacht werden kann. Eine operative Methode zur *temporären Sterilisation* existiert nicht. Eine zeitlich beschränkte Sterilisation durch Röntgenbestrahlung der Eierstöcke oder Radiumbestrahlung der Gebärmutter Schleimhaut, wie sie gelegentlich empfohlen wurde, ist wegen ihrer Unzuverlässigkeit und der Gefahr genetischer Strahlenschäden bei späterer Schwangerschaft strikte abzulehnen.

Eine operative Sterilisation kommt in Betracht, wenn aus medizinischen Gründen (Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schädigungen bei der Frau, erblich übertragbare Krankheiten etc.) oder aus gravierenden sozialen Gründen weitere Schwangerschaften mit Sicherheit verhindert werden sollen. Der Entschluß zu diesem Eingriff wird meist bedingt durch den Umstand, daß die Anwendung zuverlässiger Verhütungsmethoden aus subjektiven Gründen nicht möglich ist. Ebenso muß in allen Fällen von *medizinisch indizierter Schwangerschaftsunterbrechung* die Frage der *gleichzeitigen Sterilisation eines der Ehepartner* zur Diskussion gestellt und in vielen Fällen auch empfohlen werden. Bei der Sterilisation aus sozialen Gründen sollte der Eingriff wenn immer möglich beim Ehemann ausgeführt werden; bei medizinischer Indikation grundsätzlich beim kranken Ehepartner. Im übrigen hat die Sterilisation beim Mann

wie bei der Frau weder körperliche noch psychische Nachteile zur Folge, wenn der Entschluß zu diesem Eingriff von beiden Partnern auf der Basis absoluter Freiwilligkeit gefaßt wird.

D. Die medikamentöse Sterilisation

Diese Bezeichnung ist adäquat für ein Prozedere, bei dem durch fortgesetzte Einnahme von Medikamenten eine Reifung von Eizellen bei der Frau bzw. eine Produktion von Spermatozoen beim Manne verhindert wird.

1. Die hormonale Hemmung der Eireifung bzw. der Ovulation

Der Mechanismus der Unterdrückung des Eisprunges durch Eierstockshormone ist schon lange bekannt. Seit es gelungen ist, hochwirksame Präparate in Tablettenform und zu erschwinglichem Preis herzustellen, hat sich grundsätzlich eine neue Möglichkeit der Empfängnisverhütung eröffnet, die infolge unzulässiger und voreiliger Propaganda in der Sensationspresse bereits eine gewisse Verbreitung gefunden hat. Das Verfahren scheint nach den bisherigen Erfahrungen bei zuverlässiger Durchführung eine hohe Sicherheit zu gewährleisten; trotzdem ist vorläufig größte Zurückhaltung geboten, da die bei *längerer Anwendung* möglicherweise auftretenden Nachteile noch nicht mit Sicherheit zu übersehen sind. Im übrigen sei auf die Arbeit von *Schreiner* in dieser Zeitschrift verwiesen.

2. Die Unterdrückung der Samenbildung

Eine Unterdrückung der Samenbildung mit männlichen Sexualhormonen in Analogie zur Ovulationshemmung gelingt nicht zuverlässig und erfordert zudem die Verwendung sehr hoher Dosen. Aus Mitteilungen in der medizinischen Presse geht hervor, daß bereits auch andere, körperfremde Stoffe nicht-hormonaler Natur mit depressiver Wirkung auf die Spermatogenese gefunden wurden. Es handelt sich aber lediglich um erste Versuche in dieser Richtung; a priori erscheint die Möglichkeit einer zuverlässigen und gleichzeitig unschädlichen Antikonzeption nach diesem Prinzip sehr gering.

E. Die unzweckmäßigen Verhütungsmittel

Hierher gehören die zahlreichen Fremdkörper aus Metall und Kunststoffen, die in den Gebärmutterhals («Sterilette») oder in die Gebärmutterhöhle (Federring nach Graefenberg, Silkwormfäden etc.) eingeführt werden. Sie alle erzeugen als Fremdkörper entzündliche Veränderungen der Gebärmutterschleimhaut; diese

wird dadurch ungeeignet zur Einbettung einer befruchteten Eizelle, und die junge Schwangerschaft wird ausgestoßen. Solche «Schutzmittel» wirken somit *nicht empfängnisverhütend, sondern abortiv!* Sie sind nicht nur gesundheitsschädlich, sondern überdies unsicher; glücklicherweise werden sie nur noch selten verwendet.

Abschließend soll nochmals auf einige praktisch wichtige Punkte hingewiesen und gleichzeitig das **Vorgehen bei der antikonzeptionellen Beratung** umschrieben werden.

Die Ehepaare sollen sich wenn immer möglich *gemeinsam* zur Beratung einfinden. Die eheliche Partnerschaft, das gemeinsame Interesse in der Frage der Geburtenregelung soll immer wieder betont werden. Der Ehemann soll daran erinnert werden, daß die Empfängnisverhütung grundsätzlich *seine* Aufgabe bildet; erfahrungsgemäß ist er nur zu oft geneigt, diese Angelegenheit seiner Frau zu überlassen. Die Beratung muß *streng individuell* durchgeführt werden; unüberwindliche psychologische Hemmungen oder konfessionelle Bindungen sind unbedingt zu berücksichtigen. Im Rahmen der Vorschriften der katholischen Kirche kommt als einzige hinreichend sichere Methode die Basaltemperaturkurve in Betracht.

Ist das Ehepaar in seinen Entschlüssen frei, so soll grundsätzlich dem *Ehemann* die Durchführung der Antikonzeption übertragen werden. Findet er sich zur *konsequenten Anwendung des Präservativs* bereit und darf man ihm dies zutrauen, so ist das Problem in optimaler Weise gelöst.

Will oder muß die *Ehefrau* die Empfängnisverhütung übernehmen, was häufiger der Fall ist, so soll in erster Linie das *Okklusivpessar* empfohlen werden. Wird dieses abgelehnt oder besteht aus äußeren Gründen keine Möglichkeit einer genauen Instruktion in seiner Anwendung, so steht als weitere Möglichkeit die Verwendung eines chemischen Schutzmittels (Salbe, Tablette) in Kombination mit der Berücksichtigung der Knausschen Regeln zur Verfügung.

Die *alleinige Anwendung der Methode Knaus-Ogino* dagegen – dies muß immer wieder betont werden – *bietet erfahrungsgemäß keine praktisch genügende Sicherheit* und ist daher nur in jenen Fällen erlaubt, wo eine allfällige nicht geplante Schwangerschaft positiv akzeptiert wird.

Im *Anschluß an eine Geburt*, d. h. bei der Schlußkontrolle im Spätwochenbett bietet sich die *optimale Gelegenheit für eine antikonzeptionelle Beratung*. Hier besteht für den Arzt eine absolute *Verpflichtung*, das Problem von sich aus zur Sprache zu bringen. Man wird sich zuerst nach allfälligen bereits angewendeten Verhütungsmaßnahmen erkundigen. Sind diese zweckmäßig und haben sich bisher keine Versager ereignet, so wird man es selbstverständlich dabei bewenden lassen; es soll nicht ohne triftigen Grund die Anwendung einer anderen Methode empfohlen werden. Meist wird man allerdings erfahren, daß bisher – mehr oder weniger richtig – die Methode Knaus-Ogino zur Anwendung gelangte,

und es ergibt sich daher die Notwendigkeit einer sachgemäßen Beratung nach den oben erwähnten Grundsätzen.

Zur Methode der *Ovulationshemmung durch Hormonpräparate* ist zu sagen, daß es einstweilen noch nicht erlaubt ist, sie als Universalverfahren zu empfehlen. Eine *temporäre Anwendung* erscheint dagegen zulässig, sofern gewisse Bedingungen (stabiler Zyklus, gute Verträglichkeit, Zuverlässigkeit in der Einnahme der Medikamente) erfüllt sind. Wenn wir eingangs auf den bevölkerungspolitischen Aspekt der Geburtenregelung sowie auf ihre Bedeutung für die Prophylaxe des artefiziellen Abortes hingewiesen haben, so tritt daneben ihre Rolle in der einzelnen Ehe keineswegs zurück. Manche Spannungen und Differenzen, die schließlich zur Trennung der Ehepartner führen, lassen sich auf *Störungen des Sexuallebens* infolge Angst vor einer unerwünschten Schwangerschaft zurückführen. Gerade solche Fälle bilden eine besonders dankbare ärztliche Aufgabe. Das universelle Problem der Geburtenregelung muß letzten Endes doch in der *individualmedizinischen Sphäre* gelöst werden, ist es doch immer eine einzelne Ehegemeinschaft, an die sich der Arzt bei der antikonzeptionellen Beratung wendet. Es lag mir daran zu zeigen, daß in jedem Einzelfalle eine passende Lösung dieses Problems gefunden werden kann.

Aus der klinischen Forschungsabteilung N. V. Organon, Oss, Holland

Physiologische Betrachtungen zur Frage der oralen Empfängnisverhütung

Von *M. N. G. Dukes*¹

Zusammenfassung

Obwohl der genaue Mechanismus des Zyklus beim Menschen nicht bekannt ist, weiß man, daß ein «feed-back»-Gleichgewicht zwischen der Ausschüttung der Gonadotropine (Follikelreifungs- und Luteinisierungshormon) durch die Hypophyse einerseits und dem Freikommen der Geschlechtssteroiden andererseits besteht. Die Verabreichung der letztgenannten oder analoger synthetischer Stoffe hemmt die Gonadotropinausschüttung und unterdrückt solcherart den Zyklus. Die zyklusgerechte Verabreichung oral wirksamer Prägestagene und Östrogene

Summary

Although the exact mechanism of the human ovarian cycle has not been elucidated, it is known that a "feed-back" balance exists between the release of gonadotrophins (follicle-stimulating hormone and luteinizing hormone) by the pituitary on the one hand, and the release of gonadal steroids on the other. Administration of the latter or their synthetic analogues inhibits the release of gonadotrophins and so suppresses the cycle. Cyclical administration of orally effective pregestagens and oestrogens is usually employed, since this also repro-

¹ Adresse: Dr. *M. N. G. Dukes*, N. V. Organon, Oss, Holland