

Kleine Enzyklopädie

Die Frau

Kleine Enzyklopädie

Die Frau

Mit 400 Strichzeichnungen
und 16 Farbtafeln

VEB Bibliographisches Institut
Leipzig

Herausgeber

Irene Uhlmann
Ortrun Hartmann
Ilse Wolf

Die Frau. – 1. Aufl. – Leipzig : Bibliographisches Institut, 1987.
735, 16 S. : 422 Ill. (z. T. farb.)
(Kleine Enzyklopädie)

ISBN 3-323-00109-5

NE: GT

ISBN 3-323-00109-5

1. Auflage

© VEB Bibliographisches Institut Leipzig, 1987

Verlagslizenz 433-130/99/87

Printed in the German Democratic Republic

Gesamtherstellung:

Graphischer Großbetrieb Karl-Marx-Werk Pößneck V 15/30

Lektorat Gesellschaftswissenschaften

LSV 9127

Best.-Nr. 577 999 4

01600

Inhaltsverzeichnis

Die Frau in der Gesellschaft	
Die Rolle der Frau	
in der historischen Entwicklung	9
Deutsche Frauenzeitschriften	56
Die internationale Frauenbewegung	60
Frau und Beruf	67
Der weibliche Organismus. Physische und psychische Besonderheiten	
Körperbau und Funktionen	113
Physiologische Besonderheiten der Frau	124
Arbeitsrecht und Arbeitsschutz	133
Psychische Besonderheiten der Frau	143
Die Sexualität der Frau	154
Familienplanung	166
Schwangerschaft und Geburt	172
Frauenkrankheiten	192
Körperpflege und Kosmetik	205
Die Frau in der Familie	
Ehe und Familie im Sozialismus	221
Kindernerziehung in der Familie	231
Häusliche Krankenpflege	253
Unfallverhütung	266
Umgang mit anderen	273
Haushalt und Wohnung	
Der Haushalt	282
Die Wohnung	321
Einrichten der Wohnung	356
Schöne und zweckmäßige Gebrauchsgüter	384
Zweckmäßige Küche	411
Ernährung	420
Lebensmittelwarenkunde	429
Richtige Zubereitung	455
Rechtsfragen	
Ehe und Familiengemeinschaft	464
Besondere Rechte der Frau und Mutter	474
Wohnungsmiete	482
Käuferrechte	491
Textilien und Kleidung	
Textile Faserstoffe	497
Textile Flächengebilde und ihre Herstellung	505
Kleidung und Mode	517
Frau und Kunst	
Frau und Literatur	555
Frauen und darstellende Kunst	580
Frau und bildende Kunst	587
Frau und Musik	606
Freizeit und Hobbys	
Basteln	624
Handarbeiten	626
Nähen	653
Künstlerisches Volksschaffen	680
Gartenarbeit	686
Körperkultur und Sport	691
Wandern und Touristik	699
Autofahren	707
Register	713
Bildtafeln	

Die unfreiwillige sexuelle Abstinenz wird von der Mehrzahl der Frauen ohne größere Probleme vertragen. Mehr vermißt man das Zusammenleben mit einem nahestehenden, oft geliebten Menschen, das Zuwendung, Anteilnahme, Zärtlichkeit und gemeinsame Unternehmungen bedeutete. Nur wenige sehen im Alleinsein vor allem die sexuelle Seite. Sie kehren dann als Notlösung zur Selbstbefriedigung zurück, die ihnen wenigstens eine gewisse Entspannung und Befriedigung vermittelt. Hat man das Glück, gemeinsam mit dem Partner auch die zweite Lebenshälfte zu verbringen, so treten zwar mit zunehmendem Alter die Intimbeziehungen an Bedeutung zurück, d. h. was ihre Häufigkeit und Intensität anbetrifft, sie können aber nach wie vor eine Quelle gegenseitiger Beglückung und Befriedigung bleiben.

Sexualverhalten in besonderen Situationen

Schwangerschaft. Die Einteilung der Schwangerschaft in das 1., 2. und 3. Trimenon, die der Geburtshelfer aus biologischer Sicht vornimmt, erweist sich auch für das Sexualverhalten als zweckmäßig. Die sich nach der Befruchtung im weiblichen Organismus abspielenden Umstellungen und Veränderungen wirken sich auch auf das Sexualverhalten aus. Da der Allgemeinzustand durch das anfangs oft zu beobachtende Schwangerschaftserbrechen beeinträchtigt sein kann, vermindert sich meist das sexuelle Bedürfnis vorübergehend, um im 2. Trimenon, in dem die Anpassung vollzogen ist und die Schwangere sich wohl fühlt, wieder anzusteigen. In der letzten Phase behindert der zunehmende Körperumfang, so daß es ratsam ist, beim Intimverkehr bestimmte Positionen zu bevorzugen (z. B. Frau obere Position oder Verkehr in Rückenlage), um die Belastung möglichst gering zu halten. Gegen Ende der Schwangerschaft – 4 bis 6 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin – sollte auf Geschlechtsverkehr verzichtet werden, da es sonst zu einer Frühgeburt kommen kann. Die mechanischen Bewegungen und die organischen Kontraktionen der Gebärmutter können nämlich die jetzt bereits vorhandene Wehenbereitschaft so steigern, daß sich echte Wehen entwickeln und die Geburt in Gang kommt.

Nach der Geburt soll man gleichfalls etwa 6 Wochen bis zur Aufnahme sexueller Beziehungen warten, damit sich die schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen zurückbilden können und eine Keimverschleppung vermieden wird, die eine Infektion hervorrufen könnte. Dieses sogenannte Kindbettfieber, an dem früher viele Mütter starben, hat zwar heute durch die Antibiotika seinen Schrecken weitgehend verloren, bedeutet aber dennoch eine nicht ganz ungefährliche Komplikation, der man vorbeugen sollte. Natürlich muß sich auch der Partner auf die veränderte Situation einstellen und auf seine Frau Rücksicht nehmen. Reagiert er verständnisvoll, so erleichtert er seiner Partnerin den Verlauf der Schwangerschaft und verringert eventuelle Geburtsrisiken.

Nach dem Wochenbett stellt sich im allgemeinen das frühere Sexualverhalten wieder ein. Einen Rückgang des sexuellen Bedürfnisses sieht man in den Fällen, in denen sich die Mutter zu stark auf das Kind konzentriert, ihm seine ganze Liebe zuwendet und die Partnerbeziehung darüber vernachlässigt. Auch nach schweren oder komplizierten Geburten kann sich eine Verschlechterung bemerkbar machen, weil die Frau innerlich ihren Mann mit dafür verantwortlich macht und sich deshalb von ihm zurückzieht. Meist sind dies jedoch vorübergehende Störungen. Bleiben sie über Monate bestehen, sollte man eine Sexualberatung oder einen klinischen Psychologen zu Rate ziehen.

Empfängnisverhütung (Kontrazeption). Alle empfängnisverhütenden Maßnahmen beeinflussen – wenn auch in ganz unterschiedlicher Weise – das Sexualverhalten. Am ungünstigsten zeigt sich das beim Koitus interruptus, dem vorzeitig unterbrochenen Geschlechtsverkehr, der vom Mann eine ständige Kontrolle der sexuellen Reaktionen und eine sehr große Selbstbeherrschung verlangt. Außerdem bleibt die Frau oft unbefriedigt, weil sie den Orgasmus noch nicht erreicht hatte und häufig nach erfolgtem Samenerguß von seiten des Partners keine sexuelle Stimulation mehr erfolgt.

Am günstigsten sind die oralen Kontrazeptiva, d. h. die verschiedenen Pillen. Durch ihre hohe Zuverlässigkeit und gute Verträglichkeit fördern sie das sexuelle Erleben, und nur in Ausnahmefällen tritt ein Nachlassen des sexuellen Bedürfnisses ein. Ist ein derar-

tiger Zusammenhang erkennbar, sollte auf eine andere Methode übergewechselt werden, z. B. auf die Kunststoffspiralen (Intrauterinpressare). Diese sind nicht ganz so sicher wie die Pille, müssen auch nach einigen Jahren Liegedauer ausgewechselt werden, stören aber das Sexualverhalten nicht. Als nicht vorteilhaft erweist sich das Scheidenzäpfchen, das sich oft schwer auflöst und dadurch die Kohabitation stören kann. Abgelehnt werden von manchen die Kondome oder Präservative, weil das Überstreifen das Vorspiel unterbricht oder die Männer eine Gefühlsminderung verspüren. Vielfach sind dies jedoch Vorurteile, denn international gehören die Kondome noch immer zu den mit am weitesten verbreiteten Verhütungsmitteln.

Schwangerschaftsabbruch. Nach diesem Eingriff ist keine Verschlechterung des sexuellen Empfindens zu befürchten, es sei denn, die Frau bereut die Unterbrechung und leidet an Schuldgefühlen. Diese Reaktionen sind selten, beeinträchtigen aber dann auch das Sexualverhalten.

Sterilisation oder irreversible Kontrazeption. Die bei dieser Operation vorgenommene Unterbindung der Eileiter wirkt sich nicht auf das Sexualverhalten aus. Eventuell danach behauptete Störungen sind psychisch bedingt, weil manche Frauen sich nach dem Eingriff – fälschlicherweise – als nicht mehr vollwertige Frau fühlen und Minderwertigkeitskomplexe entwickeln, die sich wiederum negativ in ihrem sexuellen Empfinden bemerkbar machen. Falls hier eine entsprechende Beratung keinen Erfolg hat, ist eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen.

Krankheiten und Operationen. Daß bei einer akuten Erkrankung mit Fieber und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes sexuelles Bedürfnis fehlt, erscheint selbstverständlich. Anders verhält es sich bei chronischen Erkrankungen, die nicht mit ausgeprägtem Krankheitsgefühl einhergehen. Hier kann durchaus der Wunsch nach sexuellem Kontakt vorhanden sein, ebenso die Fähigkeit zum Orgasmuserleben. Inwieweit hier das Intimleben fortgeführt wird, hängt sowohl von dem individuellen Bedürfnis als auch von der Einstellung des Partners und der Krankheit selbst ab.

Spielt sich der Krankheitsprozeß im Bereich

des weiblichen Genitale ab, wird eventuell eine Operation mit Entfernung der Gebärmutter oder der Eierstöcke erforderlich, bedeutet dies zunächst einen Abbruch der Intimbeziehungen. Im Vordergrund steht die Ausheilung – unabhängig davon, ob es sich um eine Entzündung oder eine Operation gehandelt hat. Geschlechtsverkehr in dieser Phase würde den Heilungsvorgang stören, denn Ruhigstellung der erkrankten Organe ist eine wichtige Voraussetzung dafür. Der behandelnde Arzt entscheidet, wann die Aufnahme sexueller Kontakte wieder möglich ist. Meistens verläuft sie problemlos, besonders dann, wenn der Partner sich anfangs rücksichtsvoll verhält. In einzelnen Fällen, wenn ein ausgedehnter operativer Eingriff notwendig wurde, kann die Kohabitationsfähigkeit eingeschränkt sein, z. B. wenn die Scheide verkürzt werden mußte oder nach Bestrahlung sich narbig veränderte. Das besagt jedoch nicht, daß nun jede sexuelle Aktivität aufhören muß. Nach Rücksprache mit dem Partner sind sexuelle Ersatzhandlungen möglich, die – auch wenn das Glied nicht in die Scheide eingeführt werden kann – beide Partner sexuell befriedigen können.

Nach der Entfernung einer Brust reagieren manche Frauen mit Angst, sie fühlen sich körperlich entstellt, möchten sich ihrem Partner am liebsten nicht entkleidet zeigen und gehen sexuellen Kontakten aus dem Wege. Die Minderwertigkeitskomplexe hemmen ihr sexuelles Bedürfnis und Empfinden. Klärt man sie entsprechend auf und bezieht auch den Partner mit in das Gespräch ein, stellt sich meist das Selbstvertrauen wieder ein, und damit normalisiert sich ebenfalls das Sexualverhalten. Verharrt die Frau bei ihrer negativen Einstellung und läßt sich nicht überzeugen, ist eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt.

Es sind jedoch nicht nur Krankheiten und Operationen, die die Frau betreffen, sondern genauso gut die des Mannes, die hier von Bedeutung sind. Ist er der Kranke oder Operierte, muß sich seine Partnerin auf ihn einstellen und eventuell sogar – bei einem schweren Herzleiden z. B. – überhaupt auf Intimbeziehungen verzichten, um ihm nicht zu schaden. Im allgemeinen finden sich Frauen eher mit diesem Zustand ab, wobei auch die Möglichkeit sexueller Ersatzhandlungen offen bleibt.

Oft wird nicht berücksichtigt, daß auch Medikamente das sexuelle Verhalten beeinflussen. Werden über längere Zeit dämpfende Mittel eingenommen, ist damit zu rechnen, daß sich der Effekt auf die sexuelle Reaktion auswirkt, vor allem auf das sexuelle Bedürfnis. Ähnlich können sich bestimmte Präparate verhalten, die man z. B. bei hohem Blutdruck oder Herzkrankheiten einnehmen muß. Unter Umständen ist im Interesse der Gesundheit diese Nebenwirkung in Kauf zu nehmen. Doch sollte hier immer der Arzt entscheiden.

Auch Behinderte befinden sich in einer Sonder-situation, wobei es von der Art der Behinderung abhängt – geistig, körperlich oder beides –, inwieweit sexuelle Kontakte möglich sind. Grundsätzlich sind Behinderte keine asexuellen Wesen, sondern haben wie Gesunde sexuelle Bedürfnisse. Sie haben es nur viel schwieriger, diese zu verwirklichen und Partner zu finden. Oft mangelt es außerdem an Verständnis von Seiten der Angehörigen und auch der Gesellschaft. Man sieht in ihnen, auch wenn sie erwachsen werden, unmündige Kinder, die zu keiner Partnerschaft fähig sind. Das trifft jedoch nur auf einen sehr kleinen und besonders geistig stark behinderten Teil zu; viele andere sind bei oft nur geringer Unterstützung durch die Umwelt durchaus dazu in der Lage. Ein gutes Beispiel sind die Rollstuhlfahrer. Nicht wenige davon sind Frauen, versorgen ihren Haushalt selbst und sind auch als Querschnittsgelähmte weiter Sexualpartner. Sogar Kinderwunsch läßt sich mitunter noch verwirklichen.

Sexuelle Funktionsstörungen

Nach den auslösenden Ursachen lassen sie sich in organisch und psychisch bedingte Störungen einteilen, wobei sich die beiden Faktoren auch überlappen können.

Bei den organisch bedingten, die insgesamt nur eine untergeordnete Rolle spielen, stehen an erster Stelle Krankheiten oder Geschwülste im Bereich der weiblichen Genitalorgane. Viel häufiger sind dagegen die funktionellen Störungen, bei denen man keine organische Ursache findet, weil sie psychische Ursachen haben. Folgende Formen kommen vor:

- Störungen des sexuellen Bedürfnisses und der sexuellen Erregung
- Störungen des Orgasmus
- Dyspareunie (schmerzhafter Geschlechtsverkehr)
- Vaginismus

– psychosomatische Störungen

Sexuelles Bedürfnis und sexuelle Erregbarkeit sind bei Frauen im Gegensatz zu den Männern leichter störbar, wobei es verschiedene Schweregrade gibt. Leichte, vorübergehende Minderungen wie sie z. B. in Stress-situationen vorkommen, sind nichts Außergewöhnliches und bilden sich nach Wegfall der Belastung meist von selbst zurück. Ernster zu nehmen sind länger anhaltende Störungen des sexuellen Verlangens, die dazu führen, daß die Betroffenen mit allerlei Ausreden und Vorwänden Intimbeziehungen zu vermeiden suchen oder – falls sie sich doch dazu entschließen – sich nur passiv dem Partner hingeben. Die Ursachen für ein solches Verhalten können sehr unterschiedlich sein: Manchmal liegt es am Partner, der durch egoistisches Verhalten wie mangelnde Unterstützung im Haushalt oder bei der Betreuung der Kinder oder ungenügende Achtung vor der Persönlichkeit der Frau die Liebesbereitschaft hemmt, manchmal sind es ungünstige äußere Umstände (beengter Wohnraum, Zusammenwohnen mit Eltern oder Schwiegereltern, die sich zu intensiv um das Paar kümmern und ihm wenig Möglichkeiten zur Entwicklung einer Zweisamkeit bieten), in anderen Fällen ist man vom Verlauf der Ehe enttäuscht, die ursprünglich in den Partner gesetzten Erwartungen haben sich nicht erfüllt, man zweifelt an seiner Liebe, vermißt Zuwendung und will nicht nur als Sexualobjekt betrachtet werden. Noch vieles ließe sich hier anführen, oft kommen mehrere Faktoren zusammen.

Früher oder später, je nach Einstellung des Partners, entwickeln sich Unstimmigkeiten, die sich auch auf andere Bereiche des Zusammenlebens ausweiten: Die mangelnde sexuelle Befriedigung zeigt sich häufig in Gereiztheit, Stimmungsschwankungen, schneller Erregbarkeit. Wer mit diesen Problemen nicht allein fertig wird und darunter leidet, sollte sich an eine Sexualberatungsstelle wenden.

Abzugrenzen von diesen sekundären Libido-störungen sind die primären, d. h., hier be-

über Methoden der Familienplanung, die auf Wunsch angewendet werden können, verbunden wird.

Als Hindernisse gegenüber der Familienplanung erweisen sich verschiedene Faktoren. In Ländern mit hoher Kindersterblichkeit besteht bei den meisten Familien der Wunsch nach einer großen Familie, damit von den Kindern wenigstens einige am Leben bleiben und die Eltern im Alter versorgen können. Kinder bedeuten oft auch Ansehen, wer unfruchtbar ist, wird nicht selten aus der Gemeinschaft ausgestoßen und von seinem Ehemann verlassen. Auch religiöse Gründe spielen eine Rolle, zumal die katholische Kirche nach wie vor den Standpunkt einnimmt, daß Empfängnisverhütung unmoralisch ist und höchstens die sogenannten natürlichen Methoden angewendet werden dürfen. Eine der Hauptursachen ist jedoch Unkenntnis über die Physiologie der Reproduktion und über Maßnahmen der Verhütung. Viele der traditionellen Verfahren, die bei manchen Völkern noch üblich sind, erweisen sich als unzuverlässig, sind aber trotzdem weiter in Gebrauch. Die Einführung moderner Methoden stößt nicht selten auf Widerstand – teilweise auch der Männer, die dadurch Untreue ihrer Frauen befürchten –, erfordert außerdem geschultes Personal und Geld, so daß ihre Durchsetzung noch lange Zeit brauchen wird. Während diese Faktoren besonders für die außereuropäischen Länder relevant sind, bei denen Überbevölkerung vorhanden ist, kann jedoch auch ein Absinken der Geburtenrate zu einem Hindernis für Familienplanung werden, da – und dies gilt für eine Reihe von Ländern in Europa – durch die ungenügende Reproduktion ein starker Rückgang der Bevölkerung befürchtet und deshalb der Zugang zu empfängnisverhütenden Mitteln erschwert wird.

Daß man einerseits eine pronatalistische Politik betreiben, d. h. mit kinder- und familienfreundlichen Maßnahmen den Wunsch nach Kindern fördern und unterstützen kann, andererseits aber der Bevölkerung eine breite Palette neuzeitlicher Verhütungsmittel – noch dazu kostenlos – anbietet, um den Paaren die Entscheidung selbst zu überlassen, zeigt die Situation in der Deutschen Demokratischen Republik. Dieser Lösungsweg läßt der individuellen Familiengestaltung freien Raum, berücksichtigt aber auch

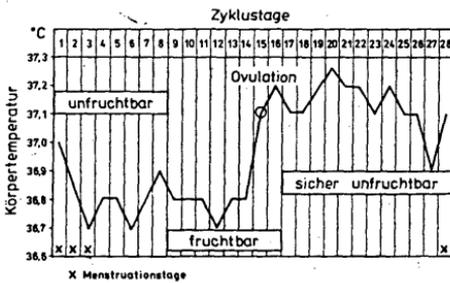
die Interessen der Gesellschaft. Eine restriktive Politik in bezug auf die Familiengröße wird seit einigen Jahren in China betrieben, wo – um das enorme Bevölkerungswachstum etwas einzudämmen – die Ein-Kind-Familie propagiert und diese mit Wohnung und Steuern begünstigt wird. Dabei ist zu bedenken, daß in China jährlich 11 Millionen Paare im heiratsfähigen und fruchtbaren Alter hinzukommen und die Gesamtbevölkerung gegenwärtig 1 Milliarde beträgt. So hart diese Maßnahmen für den einzelnen sind, so sind sie unter den augenblicklichen Bedingungen eine Notlösung, die mit einer Besserung der ökonomischen Situation sicherlich gelockert wird.

Auf der Weltbevölkerungskonferenz 1984 in Mexiko wurde noch einmal bestätigt, daß trotz der Fortschritte und der Neuentwicklung empfängnisverhütender Methoden sowie der Unterstützung durch zahlreiche Regierungen in der Welt noch immer viel zu tun bleibt, um die Gefahren unerwünschter Schwangerschaften, die sich für Gesundheit und Wohlbefinden der Mütter, Kinder und der ganzen Familie ergeben, abzuwenden. Weitere umfassende Gesundheitsprogramme, die Familienplanung mit einschließen, sind daher unumgänglich.

Methoden der Familienplanung

Man kann sie unterteilen in Maßnahmen oder Mittel, die nur von der Frau oder nur vom Mann oder von beiden angewendet werden können.

Natürliche Methode (Rhythmus- oder Knaus-Ogino-Methode). Sie basiert auf der Erkenntnis, daß eine Empfängnis wegen der begrenzten Lebensdauer von Ei und Spermazellen nur wenige Tage um den Ovulationstermin möglich ist, den man errechnen kann. Diesen „fruchtbaren“ Tagen stellt man die „unfruchtbaren“ gegenüber, in denen keine Schwangerschaft eintreten kann. Zwar ist diese von Knaus und Ogino entdeckte Theorie richtig, ihre praktische Verwirklichung stößt jedoch auf Schwierigkeiten, weil der Zeitpunkt des Eisprunges hierbei im voraus festgelegt, d. h. nur angenommen, nicht aber mit Sicherheit ermittelt wird. Da die Versager dieser Methode relativ häufig sind, ist sie ärztlicherseits heute nur noch in Kombina-



Zusammenhang zwischen Körpertemperatur und Fruchtbarkeit

tion mit der Basaltemperaturmessung zu empfehlen, denn damit erhöht sich die Zuverlässigkeit. Voraussetzung ist ein regelmäßiges Messen der Aufwachtemperatur, die bei einer Frau im geschlechtsreifen Alter in der Mitte des menstruellen Zyklus um einige Zehntel Grade ansteigt, einige Tage oben bleibt, um kurz vor Eintritt der nächsten Menstruation wieder abzusinken. Mit Hilfe dieser Messung läßt sich der Tag des Eisprunges mit einer Genauigkeit von $\pm 1-2$ Tagen bestimmen. Ist ein deutlicher Temperaturanstieg auf der Kurve zu erkennen, kann danach bis zur nächsten Regelblutung keine Empfängnis zustande kommen (sogenannte strenge Form der Temperaturmethode). Abb.

Nachteile dieses Verfahrens sind die notwendigen Abstinenztage – etwa 12 – wodurch die spontane sexuelle Aktivität eingeschränkt wird, was die Methode besonders für jüngere Paare wenig akzeptabel macht. Vorteilhaft ist wiederum, daß keine besonderen Mittel benutzt werden müssen.

Auf der Beobachtung der Ovulation beruht auch die Methode von Billings, der den Frauen rät, selbst die Konsistenz ihres Zervikalschleimes zu kontrollieren. Zur Zeit der Ovulation verändert er sich, man kann dann in der Scheide fadenziehenden Schleim gegenüber dem sonst dickeren und zäheren Schleim finden. Diese Methode setzt jedoch eine sehr genaue Beobachtung voraus, sie ist sicherlich nur für wenige Frauen geeignet.

Das Kondom oder Präservativ. Im Prinzip schon seit Jahrhunderten bekannt, ist es die einzige direkt vom Mann anzuwendende Methode, die dank verbesserter Herstellungstechnik auch heute noch weltweit verbreitet ist. Die Zuverlässigkeit ist gut, wenn das

Kondom vorschriftsmäßig benutzt wird (Kondom erst bei erigiertem Glied überziehen, Samenreservoir am unteren Ende freilassen, nach erfolgtem Samenerguß Penis mit noch übergestreiftem Kondom aus der Scheide ziehen). Beim Kauf sollte unbedingt auf das Verfallsdatum geachtet werden, da sonst die Sicherheit nicht gewährleistet ist. Feuchtkondome sind angenehmer in der Anwendung, weil sie das Einführen erleichtern. Eine günstige Nebenwirkung des Präservativs besteht in der Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten. Geeignet sind Kondome besonders auch für Jugendliche, deren Partnerinnen die Pille nicht nehmen wollen oder können.

Die Spirale oder das Intrauterinpressar. In verschiedenen Formen und Größen aus Kunststoff und teilweise noch mit Kupfer oder Silber beschichtet, stellen die Pessare eine inzwischen recht populär gewordene Verhütungsmethode für Frauen, die schon geboren haben, dar. Meist am zweiten oder dritten Tag nach Regelbeginn durch den zu dieser Zeit leicht geöffneten Gebärmutterhalskanal in die Gebärmutter eingelegt, verhindern sie dort das Einnisten der Eizelle. Ihre anfänglich begrenzte Liegezeit hat sich inzwischen je nach Art auf mehrere Jahre erhöht, weil man die Zusammensetzung und damit die Haltbarkeit verbessern konnte. Die Entfernung wird durch einen am unteren Ende angebrachten Nylonfaden ermöglicht.

Die nebenstehende Abbildung zeigt das in der DDR entwickelte Medusa-Pessar, das einen Silberkern mit Kupferdrahtumwicklung enthält und vier Polyäthylenarme aufweist, die ein Ausstoßen des Pessars verhindern sollen (nach Hamann).

Tritt trotz eingelegter Spirale eine Schwangerschaft ein, sollte die Spirale entfernt werden. Ungeeignet für die Methode sind Frauen mit starken Menstruationen und Neigung zu Adnexentzündungen. Auch für junge Mädchen ist sie wegen der Gefahr von Unterleibsentzündungen nicht empfehlenswert.

In einigen Ländern sind mit Hormonen angereicherte Spiralen (Gestagene) in Gebrauch, weitaus häufiger sind jedoch auch international die oben erwähnten Ausführungen. Günstig ist die einfache Anwendung. Eine spontane Ausstoßung vor allem

in den ersten Monaten nach Einlegen kann vorkommen, deshalb sollte sich die Frau selbst regelmäßig durch Kontrollieren des in die Scheide hineinragenden Fadens überprüfen und anderenfalls sofort einen Frauenarzt aufsuchen. Es kann ein größeres oder anders geformtes Pessar versucht werden. Ein gewisses Risiko, das aber nicht sehr groß ist, besteht im Auftreten von extrauterinen, d. h. außerhalb der Gebärmutter angesiedelten Schwangerschaften, z. B. im Eileiter, die eine operative Behandlung erfordern.

Das Scheidenpessar oder Diaphragma. Es gehört zu den Barrieremethoden, da es in Form einer flachen Gummihalbkuugel mit versteiftem Rand in das obere Scheidengewölbe eingelegt wird und dadurch das Zusammentreffen des Spermas mit der Eizelle verhindert. Obwohl das Diaphragma als traditionelle Methode in vielen Ländern noch sehr populär ist, war es in der DDR nie weit verbreitet und wird heutzutage kaum noch angewandt.

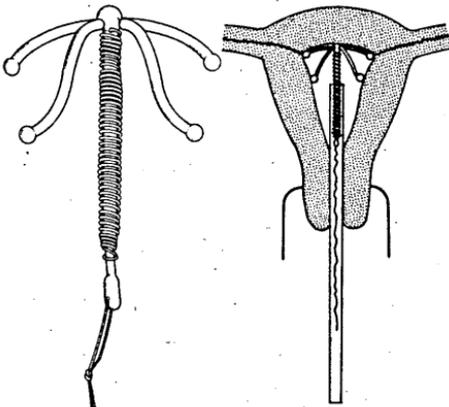
Die Pille. Hinter diesem Namen verbergen sich die verschiedensten hormonhaltigen Präparate, von denen die meisten den Eisprung unterdrücken und deshalb auch als Ovulationshemmer bezeichnet werden. Mit der Entwicklung der Pille begann eine neue Ära der Empfängnisverhütung, da es erstmalig gelungen war, ein wirklich sicheres Präparat zu schaffen. Seit der Einführung Anfang der fünfziger Jahre sind bis heute viele unterschiedliche Hormonkombinationen hergestellt worden; die Hormonzufuhr konnte in-

folge der inzwischen gewonnenen Erfahrungen herabgesetzt werden, die Verträglichkeit verbessert werden. Unbestritten blieb die Sicherheit bei sachgemäßer Anwendung. Einzelne Versager gehen meist auf Einnahmefehler zurück, gelegentlich auch auf den Einfluß anderer gleichzeitig eingenommener Medikamente.

Eine Sonderform stellt die Minipille dar – in der DDR als Minisiston bekannt –, die nicht die Ovulation beeinflusst, sondern die Zusammensetzung des Zervikalschleims und dadurch das Eindringen der Spermien. Sie hat den Vorteil, sehr gut verträglich zu sein, da sie – wie der Name schon sagt – nur eine geringe Hormonkonzentration enthält. Deswegen muß allerdings bei ihr die Einnahme auch besonders gewissenhaft erfolgen, d. h. jeden Tag um die gleiche Zeit. Schon Verschiebungen von einigen Stunden machen sie unzuverlässig. Sie ist deswegen auch nur denjenigen zu empfehlen, bei denen man voraussetzen kann, daß sie sich genau an die Vorschriften halten.

Inzwischen sind in der Welt eine große Zahl verschiedener Pillen auf dem Markt. In der DDR liegen gegenwärtig mehrere Präparate vor wie Gravistat, Non-Ovlon, Sequostat, Ovosiston (nur für besondere Fälle), Trisiston, die Wochenpille Deposiston und das schon erwähnte Minisiston. Geringe Veränderungen in der Zusammensetzung und der Benennung sind im Laufe der Jahre durch Weiterentwicklungen möglich. Bei der Verordnung sollte man sich in jedem Fall von seinem Arzt beraten lassen und sich bei der Einnahme immer streng an die Gebrauchsanweisung halten. Bei den meisten Präparaten beginnt man am 5. Tag nach Einsetzen der Menstruation mit der Pille und nimmt sie dann täglich 21 Tage hindurch, möglichst um die gleiche Tageszeit. Der Abstand zwischen zwei Einnahmen soll nicht mehr als 22–26 Stunden betragen. Ist die Packung zu Ende, folgt eine Einnahmepause von 7 Tagen, in denen die Blutung auftritt. Danach beginnt man mit einer neuen Packung. Der Empfängnischutz ist erst mit Einnahme der zweiten Packung gewährleistet.

Anders ist das Einnahmeschema bei der Wochenpille. Hier werden drei Wochen hintereinander am gleichen Wochentag eine weiße Pille genommen und in der vierten Woche zwei rote Pillen. Sieben Tage später – inzwi-



Medusa-Intrauterinpessar, rechts beim Einsetzen in die Gebärmutter (der Einführungsstab wird noch entfernt)

schen hat die Blutung stattgefunden – beginnt man wieder von vorn. Auch hier muß man sich unbedingt an die vorgegebenen Einnahmezeiten halten, um kein Versagen zu erleben. Bei guter Verträglichkeit ist keine Pillenpause nötig.

● Zu den Nebenwirkungen. Die Frauen, die die Pille nehmen, unterliegen in den meisten Ländern einer gesundheitlichen Kontrolle. Die mindestens einmal jährlich durchgeführte gynäkologische Untersuchung gehört beispielsweise dazu. Treten gesundheitliche Störungen dieser oder jener Art auf, wird stets nach einem möglichen Zusammenhang mit der Pilleneinnahme gefahndet.

Bei diesen weltweiten Überprüfungen hat sich herausgestellt, daß – insgesamt gesehen – unerwünschte Nebenwirkungen selten sind. Allerdings sollten bei der Verordnung bestimmter Kontraindikationen beachtet werden: Neigung zu Venenentzündungen, nachweisbarer Leberschaden, steigende Tendenz des Blutdrucks, bestimmte Anfallsleiden sind Gründe, die Pille nicht zu geben. Gleichfalls gilt dies bei Häufung von Migräneanfällen unter der Einnahme. In den letzten Jahren vor allem in England durchgeführte Untersuchungen sprechen dafür, daß die Pille bei Frauen, die Ende Dreißig, Übergewichtig und starke Raucherinnen sind, ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Thrombosen und Herzinfarkten mit sich bringt, so daß sich für diese Gruppe eine alternative Methode, z. B. das Intrauterinipessar, empfiehlt.

Eine Beeinträchtigung des sexuellen Bedürfnisses ist selten, wesentlich öfter bleibt es unbeeinflusst oder verstärkt sich sogar. Die Befürchtung, daß jahrelange Einnahme Krebs erzeugen könnte, ist unbegründet. Umfangreiche Überprüfungen haben bisher keinerlei Hinweis dafür ergeben, daß Brust- oder Gebärmutterhalskanalkrebs bei Pillenbenutzerinnen häufiger vorkommt als bei anderen Frauen. Neueste Veröffentlichungen sprechen sogar von einem Schutzeffekt gegenüber der Entwicklung von gutartigen Brusttumoren und Eierstockzysten sowie über eine Minderung des Risikos, an Ovarial- oder Endometriumkanal Krebs zu erkranken. Als bewiesen gilt ein Rückgang von entzündlichen Beckenerkrankungen im Vergleich zu Frauen, die andere Verhütungsmethoden benutzen.

Die wissenschaftliche Erforschung möglicher Nebenwirkungen geht weiter. Nach über 30jähriger Erfahrung mit der Pille läßt sich aber schon so viel sagen, daß die Zuverlässigkeit bisher von keiner anderen Methode annähernd erreicht wurde und die unerwünschten oder eventuell schädlichen Nebenwirkungen sich bei Beachten der Kontraindikationen und Berücksichtigung des Gesundheitszustandes auf ein Mindestmaß begrenzen und mit Absetzen der Pille fast immer beheben lassen.

Auf chemische Mittel ist hier nicht eingegangen worden, weil sie wegen ihrer mangelnden Sicherheit ärztlicherseits nicht zu empfehlen sind. Gleichmaßen trifft das auch für den Koitus interruptus, den vorzeitig abgebrochenen Geschlechtsverkehr, zu. Er ist zwar immer noch recht verbreitet, hat aber viele Versager.

Übersicht über die gebräuchlichen Verhütungsmittel in der Reihenfolge ihrer Zuverlässigkeit (in Anlehnung an Döring)

„zuverlässig“	Pille
„relativ zuverlässig“	Spirale (Intrauterinipessar), Kondom, Temperaturmethode
„mittlere Zuverlässigkeit“	Scheidenpessar oder Diaphragma
„unzuverlässig“	Rhythmus-Methode (Knaus-Ogino) Billings-Methode chemische Mittel Koitus interruptus

Die Wahl der Methode. Zunächst muß davon ausgegangen werden, daß es eine ideale Methode, die völlig ohne Nebenwirkungen und für jeden anwendbar ist, nicht gibt. Die gegenwärtige Palette verschiedenartiger Verhütungsmittel erlaubt aber weitgehend die Berücksichtigung individueller Wünsche und Besonderheiten. Beim Betrachten der internationalen Entwicklung zeichnet sich mehr und mehr der Trend nach einer altersbezogenen Kontrazeption ab. Darunter ist zu verstehen, daß bestimmte Methoden, wie z. B. die Pille, mehr für junge Mädchen und Frauen geeignet sind, die den Zeitpunkt einer Schwangerschaft und den Abstand zwischen mehreren Geburten planen. Für ältere Frauen, die ihre gewollte Kinderzahl bereits

erreicht haben und keine Kinder mehr möchten, ist die Spirale vorteilhaft. Kondome können Männer jeden Alters benutzen.

Von Bedeutung für die Partnerschaft ist die gemeinsam übernommene Verantwortung. Empfängnisverhütung ist nicht nur Frauensache – wenn auch die meisten Methoden für die Frau entwickelt wurden –, sondern sie geht auch den Partner an. Wer hier nun welche Methode benutzt, darüber sollte gesprochen werden, wobei es durchaus möglich ist, die Methoden einmal zu wechseln. Das hängt ganz von der jeweiligen Situation ab. Wenn Zweifel bestehen, kann eine Ehe- und Sexualberatung informieren.

Die Pille für den Mann. Viel diskutiert, immer wieder versucht, ist es doch bis heute nicht gelungen, ein Präparat zu entwickeln, das ohne größere Nebenwirkungen die Samenproduktion zeitweilig bremst. Das aus China kommende Gossypol, das aus Baumwollsamensamenöl stammt, ist zwar dort erfolgreich erprobt worden, bedarf aber noch weiterer Untersuchung. Sicherlich wird es noch Jahre dauern, ehe mit einem gut verträglichen und sicheren Mittel zu rechnen ist.

Postkoitale Kontrazeption. Wenn jemand ohne Empfängnisverhütung Geschlechtsverkehr hatte und auf keinen Fall schwanger werden möchte, gibt es zwei Möglichkeiten, dies zu verhindern – vorausgesetzt, daß die Frau innerhalb weniger Stunden danach den Frauenarzt aufsucht und ihm ihre Befürchtung mitteilt. Er kann dann Hormone verordnen, die eine Blutung auslösen und dadurch das Einnisten des Eies verhindern. Da in diesen Fällen relativ hoch dosiert werden muß, ist allerdings auch mit Nebenwirkungen, wie starken Blutungen, Erbrechen und Unterleibsschmerzen, zu rechnen. Infolgedessen sollte man diese Methode wirklich nur im Notfall anwenden, z. B. auch, wenn eine an sich zuverlässige Methode versagt hat (vorzeitiges Abstreifen oder Einriß des Kondoms). Eine andere Möglichkeit besteht im Einlegen einer Spirale. Hier hat die Betroffene vier bis fünf Tage nach dem Koitus Zeit und kann die Spirale dann gleich weiter zur Verhütung nutzen.

Schwangerschaft nach Absetzen der Empfängnisverhütung. Wer sich für ein Intrauterinipessar entschieden hatte, läßt es durch seinen Frauenarzt entfernen. Eine Beein-

trächtigung der Fruchtbarkeit ist nicht zu erwarten. Bei der Pille kann man im allgemeinen 2 bis 3 Monate nach Absetzen schwanger werden, eine Schädigung des Kindes durch die vorausgegangene Hormonzufuhr ist nicht zu befürchten. Bei einem kleinen Prozentsatz – meist handelt es sich um Frauen, die schon vor Anwendung der Pille eine labile Eierstockfunktion hatten – kann es länger als ein halbes Jahr dauern, ehe sich die Menstruation wieder normalisiert. Dies sind Ausnahmen, die gynäkologischer Behandlung bedürfen; in den meisten Fällen verläuft sie erfolgreich.

Der Schwangerschaftsabbruch. Er ist im Prinzip keine Methode der Familienplanung, denn meist haben sich die betreffenden Frauen nicht um die Verhütung einer ungewollten Schwangerschaft bemüht, sondern – ungeplant – es dem Zufall überlassen, ob die Schwangerschaft zustande kam. Es hat sich bereits ein Embryo ausgebildet, der in diesen frühen Lebensstadien zwar noch nicht lebensfähig ist, sich aber theoretisch zu einem gesunden Kind weiterentwickeln kann. Zwar bestehen in der DDR die gesetzlichen Möglichkeiten des Abbruchs, doch sollte davon wirklich nur in einer echten Notsituation Gebrauch gemacht werden, zumal hier genügend verschiedene, qualitativ hochwertige und bis auf das Kondom kostenlos abgegebene Verhütungsmittel jedem zugänglich sind. Der altbekannte Spruch der Medizin „Vorbeugen ist besser als heilen“ kann dabei etwas abgewandelt werden in „Verhüten ist besser als abbrechen“.

Ungewollte Kinderlosigkeit und ihre Behandlung s. Kap. Frauenkrankheiten.

Beratung und Behandlung von Partnerschaftskonflikten s. Kap. Sexualität.

Sexualethische Erziehung. Sie gehört insofern zur Familienplanung, als diese ein Teilgebiet dieser Erziehung darstellt: die Vermittlung sexualethischer Inhalte als Teil der gesamten Persönlichkeitserziehung. Im Prinzip ist die sexualethische Erziehung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe; jeder Erziehungsträger ist hier verantwortlich, besonders aber Elternhaus und Schule. Es geht dabei nicht nur um die biologische Seite der Fortpflanzung, sondern genauso um die An-erziehung sexualethischer Verhaltensweisen im Sinne der Vorbereitung auf spätere Partnerschaft, Ehe und Familie. Man soll lernen,