

GERT HENNING und ELLY USLAR

Wir wünschen uns ein
BABY



MÖGLICHKEITEN
der
GEBURTENREGELUNG

H. Henning 83

Dr. med. Dr. sc. phil. Gert Henning · Dr. jur. Elly Uslar

Wir wünschen uns ein Baby

Möglichkeiten der Geburtenregelung

61329



VERLAG FÜR DIE FRAU · LEIPZIG · BERLIN

Inhalt

Wunsch Kinder aus vollem Herzen	3	Was ist nach dem Vergessen zu beachten?	35
Eine ganz persönliche Angelegenheit?	3	Verhalten bei Blutungsstörungen	35
Gesellschaftliche Achtung und Anerkennung der Frau in Beruf und Familie	3	Die Verordnung der Pille an sehr junge Mädchen	36
Höhere Geburtenziffer	4	Pille und Stoffwechsel	37
Befreit vom biologischen Zufall	6	Intrauterinpessar	38
Ohne Angst und Furcht	7	Die Schwangerschaftsunterbrechung (Interruptio)	41
Was Kinder in unserem Leben bedeuten	9	Pro und contra	44
Nicht jede Zeit ist Zeit für Wunsch Kinder	9	Frauen entscheiden verantwortungsbewußt	45
Hoch-Zeit für Wunsch Kinder	10	Glück mit Kindern zur rechten Zeit	46
Von ungeplanten Wünschen	11	Literatur zum Thema	47
In Liebe und Geborgenheit	11		
Der günstigste Abstand	12		
Vom vergeblichen Warten	12		
Methoden der Geburtenregelung	14		
Wie es zur Befruchtung der Eizelle kommt	15		
Wenn es nicht zur Schwangerschaft kommen soll	17		
Anforderungen an Verhütungsmittel	17		
Gewissenhafte Anwendung	18		
Biologische Methoden	18		
Coitus interruptus	18		
Rhythmusmethoden	19		
Kalendermethode	19		
Basaltemperaturmethode	21		
Wie wird die Aufwachtemperatur (Basaltemperatur) gemessen?	22		
Mechanische Methoden	23		
Das Kondom	23		
Das Scheidenpessar (Diaphragma)	25		
Portiokappe	27		
Chemische Methoden	27		
Nona-Gel	28		
Hormonale Kontrazeption (Pille)	28		
Zur Wirkungsweise der Pille	29		
Arten der hormonalen Kontrazeption	29		
Medizinische Gegenindikationen bei der Anwendung der Pille	30		
Zur Verordnung und Anwendung der Pille	31		
Zum Einnahmerhythmus	31		
Medikamente und die Wirkung der Pille	34		
Wenn die Einnahme vergessen wurde	35		

Wunsch Kinder aus vollem Herzen

Eine ganz direkte Frage: Welche der beiden Zeilen auf dem Umschlag hat Sie bewogen, zu diesem Büchlein zu greifen? War es die zuerst ins Auge fallende „Wir wünschen uns ein Baby“ oder die Information „Möglichkeiten der Geburtenregelung“, die Sie besonders neugierig machte?

Wir spüren Ihre Bedenken, ob nicht zwischen beiden Titeln ein Gegensatz bestehe: Auf der einen Seite der Wunsch nach Kindern, auf der anderen das bewußte Steuern des biologischen Prozesses.

Sie fragen zu recht, was wollen die Autoren mit diesem Heft. Sie suchen das vertrauensvolle Gespräch über ein Thema, das durchaus kein heikles ist – denn Kinderwunsch und Kindergebären sind nun einmal die natürlichste Sache von der Welt. Es geht, in einem Satz gesagt, darum: Jedes junge Paar wünscht sich Kinder. Damit sie aber auch zur rechten Zeit geboren werden, sind Ratschläge zu Methoden der Schwangerschaftsverhütung nützlich, denn Kinderwunsch und Familienplanung gehören eng zusammen. Auf diesem Gebiet zu beraten, ist unser Ziel.

Sich etwas wünschen ist eine der schönsten menschlichen Eigenschaften. Wünsche mobilisieren, setzen Ziele, festigen das Verhältnis zwischen denen, die sich gemeinsam etwas vornehmen, bringen schließlich Befriedigung und Freude.

Solange schriftliche Zeugnisse vom Leben der Menschen vorliegen, solange wird in ihnen vom Wunsch nach Kindern und vom Glück mit Kindern berichtet. Dies begegnet uns schon im Mär-

chen, in Legenden und in frühen Romanen. Diese Überlieferungen vom Gefühlsleben der Menschen lassen den Schluß zu, daß es, solange es Menschen gibt und geben wird, eines ihrer innigsten Bedürfnisse ist, sich fortzupflanzen, sich in Nachkommen bestätigt zu finden und im Leben mit Kindern einen Teil ihres Glücks zu sehen.

Eine ganz persönliche Angelegenheit?

Die Entscheidung darüber, ob und wann sich die Partner Kinder wünschen, erscheint als eine höchst persönliche, ganz intime Angelegenheit. Aber diese Entscheidung wird, wie und wo auch immer, nicht unwesentlich von der Gesellschaft beeinflusst, in Vergangenheit, Gegenwart und auch in Zukunft.

So persönlich der Entschluß ist und bleibt, er hängt weitgehend von den gesellschaftlichen Bedingungen und Voraussetzungen ab. Jede Generation trifft daher mit ihrem Kinderwunsch nicht nur eine persönliche, sondern auch ganz wichtige gesellschaftliche Entscheidung.

Was vor Jahren für manche Mutter noch ein Problem war, ist für eine junge Frau von heute durch günstigere Möglichkeiten, günstigere Voraussetzungen leichter, schon selbstverständlich geworden.

Gesellschaftliche Achtung und Anerkennung der Frau in Beruf und Familie

Wir müssen, um das zu verdeutlichen, ein wenig in die jüngste Geschichte zurückgehen, denn unsere Zeit ist schnelllebig. Als der VIII. Parteitag die Haupt-

aufgabe in ihrer Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik und umfangreiche sozialpolitische Maßnahmen beschloß, waren die Mütter von heute fast noch Junge Pioniere.

Eine wichtige Frage unserer Familienpolitik war nach dem VIII. Parteitag herangereift, die nach einer Lösung nicht nur für den Tag, sondern nach Lösungen für längere Zeit verlangte. Es wurde eine Vielzahl sozialpolitischer Maßnahmen eingeleitet, die seitdem Schritt um Schritt ausgebaut wurden: Für Mütter mit zwei und mehr Kindern wurde die 40-Stunden-Woche eingeführt, der Schwangerschafts- und Wochenurlaub auf 26 Wochen erhöht. Für das zweite und jedes weitere Kind können die Mütter bezahlte Freistellung von der Arbeit für 1 Jahr bzw. 18 Monate in Anspruch nehmen, es wird staatliches Kindergeld gezahlt, das für das 3. Kind 100 Mark beträgt. Ein weiterer Beweis für die soziale Sicherheit in unserem Staat ist, daß der Arbeitsplatz nach dem Babyjahr im selben Betrieb erhalten bleibt. Zu nennen sind auch die Ehekredite für junge Leute sowie weitere sozialpolitische Maßnahmen als Zeichen der Geborgenheit. Schrittweise wurde gesichert, daß die Frauen von ihren gleichen Rechten in vollem Umfang Gebrauch machen können, ohne ihre soziale Funktion als Mutter zu gefährden.

Das war und ist bei einem Beschäftigungsgrad der Frauen in der DDR von jetzt nahezu 90 Prozent eine wahrhaft bedeutende und zugleich komplizierte Aufgabe. Es ging bei den sozialpolitischen Maßnahmen vorwiegend darum, die gleichberechtigte Stellung der Frau in Gesellschaft und Beruf zu garantieren und die historisch gewachsenen Unterschiede in der sozialen Stellung von Mann und Frau endgültig zu beseitigen.

Das erforderte, die Rolle der Frau als Mutter zu unterstreichen und ihr die Möglichkeit zu geben, beide Aufgaben gut miteinander zu verbinden. Dies ist eine Grundfrage der Persönlichkeitsentwicklung der Frau und der gesellschaftlichen Achtung der Familie gleichermaßen. In engem Zusammenhang mit den sozialpolitischen Maßnahmen für die berufstätigen Mütter steht auch das umfassende Wohnungsbauprogramm.

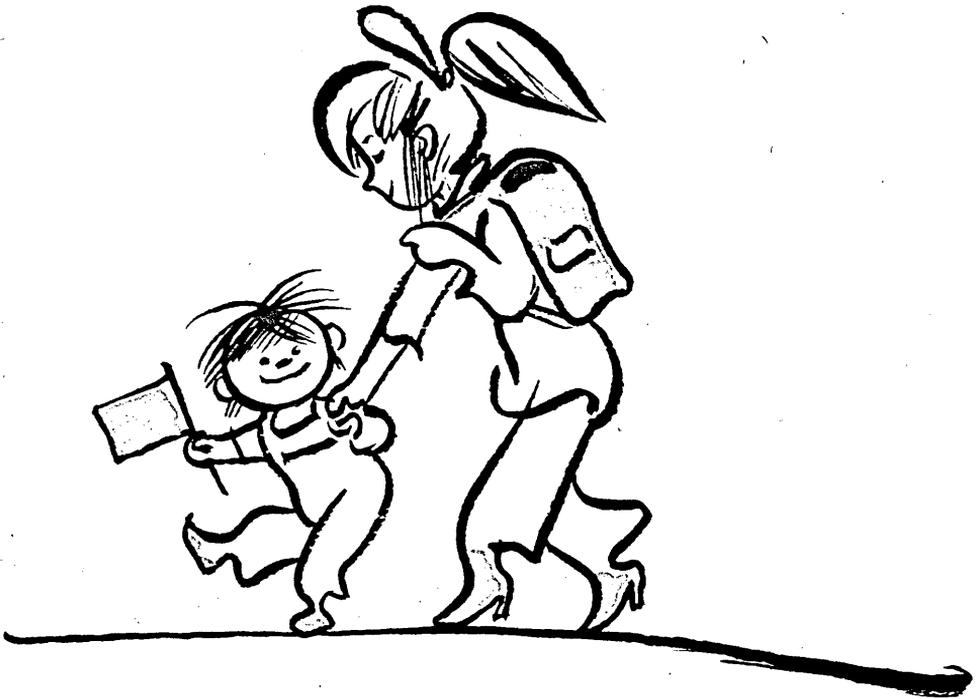
Wir sind – wie viele junge Leute aus eigener Erfahrung wissen – auf diesem Wege ein gutes Stück vorangekommen, was nicht etwa nur an Bauten sichtbar wird, sondern ebenso und gerade in der Einstellung zur Familie und zu Kindern oder der gesellschaftlichen Anerkennung der Verantwortung der Eltern für ihre Kinder.

Gewiß liegt noch eine ziemliche Wegstrecke vor uns, hohe Anstrengungen sind notwendig. Jeder sollte, gleich an welchem Platz er steht, die Belange der werktätigen Mütter, die Belange der Familien in seinem Bereich mit gleichem Ernst berücksichtigen, wie es sich Partei und Regierung zum Prinzip gemacht haben.

Höhere Geburtenziffer

Kehren wir zum Ausgangspunkt zurück. Es ist also leichter geworden, sich den Kinderwunsch zu erfüllen. Seit 1974 ist ein Anwachsen der Geburtenziffern zu verzeichnen. Das ist eine erfreuliche Tatsache, die vor allem auf die günstigen Bedingungen und Voraussetzungen, auf das kinderfreundliche Klima in unserem Land zurückzuführen ist. Von den 240 102 Geburten im Jahre 1982 waren über 115 750 Geburten des zweiten oder eines weiteren Kindes.

Es erwies sich als völlig richtig – nicht zuletzt bestätigt es das Anwachsen der



Geburtenziffer – daß die sozialpolitischen Maßnahmen in erster Linie auf die werktätigen Mütter gerichtet wurden. Die Familien können sich nun nicht nur den Wunsch nach einem ersten, sondern nach einem zweiten oder dritten Kind unter guten Voraussetzungen erfüllen.

In diesen Maßnahmen zeichnet sich unter komplizierten äußeren Bedingungen die Überlegenheit des Sozialismus gegenüber dem wachsenden Sozialabbau kapitalistischer Länder ab.

Es ist sicher hinreichend deutlich geworden, daß Kinder nicht nur zur sinnerefüllten Gemeinschaft zweier Menschen schlechthin gehören und unsere Gesellschaft diesen Wunsch unterstützt, sondern es ist auch erkennbar, daß die sozialistische Gesellschaft ein Interesse daran hat, daß Kinder in harmonischen Ehen geboren werden und in Geborgenheit, sozialer Sicherheit und in Frieden aufwachsen.

Auf eine weitere Tatsache sei ebenfalls aufmerksam gemacht: Es gibt gewiß keinen Zweifel daran, daß es immer wieder eines größeren Anteils junger Menschen im arbeitsfähigen Alter bedarf, wenn die Produktion gesichert, wenn Konsumgüter und Nahrungsmittel in ausreichender Menge hergestellt, die Dienstleistungen u. a. gewährleistet werden sollen. Verschlechtert sich jedoch das Verhältnis zwischen alt und jung im Anteil der Bevölkerung in zunehmendem Maße, so hat das auch Auswirkungen bis in die einzelne Familie, bis zu jedem von uns. Sie wären durch die Gesellschaft und die ihr zu Gebote stehenden Möglichkeiten nur bis zu einem gewissen Grade abzufangen.

Bei fehlendem Nachwuchs verändert sich das Verhältnis zwischen Berufstätigen und Nichtberufstätigen, es steigt der Anteil der Menschen im Rentenalter. Die Anforderungen an Leistungen,

die die Berufstätigen zu erbringen haben, müßten sich entschieden erhöhen. Auswirkungen auf die Befriedigung geistig-kultureller Bedürfnisse des einzelnen wären gleichfalls denkbar. Nicht alles, was wir zur Befriedigung unserer Bedürfnisse benötigen, was uns inzwischen lieb und teuer ist, läßt sich durch eine automatisierte Produktion herstellen. Das wäre ein Fehlschluß.

Soll der Bestand der Bevölkerung unseres Landes gesichert sein, ist es erforderlich, daß mindestens die sogenannte Elterngeneration, also Vater und Mutter, ersetzt wird, d. h., daß mehr als zwei Kinder von einem Paar gezeugt und großgezogen werden müßten. Da aber nicht alle Paare Kinder haben können, nicht zuletzt aus biologischen Gründen, ist es wichtig, daß in Ehen auch dritte Kinder geboren werden.

Bei der überwiegenden Zahl der jungen Leute besteht hinsichtlich des Kinderwunsches und der Familienplanung eine ziemlich große Übereinstimmung. Erstrebenswertes Ziel sind für die Mehrheit zwei Kinder. Sie betrachten eine kinderlose Ehe als nicht wünschenswert. Im Gegensatz zu früheren Jahrgängen ist es ihnen möglich geworden, daß man gemeinsam darüber entscheiden kann, wann man sich Kinder anschafft. Eine positive Entwicklung, die nicht nur von der Einstellung junger Menschen zur Einrichtung ihres eigenen Lebens, sondern auch von der Haltung zu ihrer Gesellschaft, in der sie dieses Leben einrichten können, spricht.

Damit wären wir beim zweiten Teil des Anliegens dieses Heftes. Was anfänglich manchem als ein Gegensatz erschien, erweist sich als eine Einheit und als eine Voraussetzung des Glücks mit Kindern in unseren Familien.

Befreit vom biologischen Zufall

Heute braucht bei uns keine Frau mehr dem biologischen Zufall ausgeliefert zu sein. Sie kann bestimmen, wann sie ein Kind haben möchte. Ihr bieten sich viele Möglichkeiten, die Familie zu planen, nicht etwa nur den Gang zur Klinik. Für sie ist das ganz selbstverständlich. Sie kennt nicht mehr die seelische Belastung, die Angst, unter der Hunderttausende Frauen in ihren besten Jahren bangten, weil sie fürchteten, ungewollt schwanger zu werden. Wieviel Liebe blieb versagt, wie viele harmonische Ehen haben unter diesem Druck gelitten.

Nicht nur in der Zeit der großen Krise, Ende der zwanziger, Anfang der dreißiger Jahre, im Faschismus, im Krieg be-

deutete ein ungewolltes Kind Sorge, Angst und manchen Kummer.

Und auch das sollte man bedenken: Für eine Zehnklassenschülerin von heute ist es unvorstellbar, wie wenig die Mädchen von damals über die Vorgänge in ihrem eigenen Körper wußten oder gar über die vorhandenen Mittel und Möglichkeiten, eine Schwangerschaft zu verhüten. Vor allem die Arbeiterfrau war dem biologischen Zufall unterworfen: Jede Geburt eines weiteren Kindes verschlechterte die soziale Lage der Proletarierfamilie.

In dieser Zeit kämpften besonders die KPD und fortschrittliche bürgerliche oder der Arbeiterklasse nahestehende Ärzte, wie der KPD-Reichstagsabgeord-

nete Dr. Emil Höllein, Dr. Max Hodann, Dr. Friedrich Wolf, Dr. Sophie Schöfer, Dr. Levi Lenz und viele andere für einen umfassenden Gesundheitsschutz von Mutter und Kind und gegen den entwürdigenden § 218 des bürgerlichen Strafgesetzbuches. Gleichzeitig mit ihrem Kampf richteten sie vor allem für die Proletarierfrau und die jungen Arbeiter kostenlose Sprechstunden ein oder hielten Vorträge über die Verhütung ungewollter Schwangerschaften und zu Fragen des Geschlechtslebens.

Die erste Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung erfolgte nach Errichtung der Sowjetmacht im damaligen Sowjetrußland am 18. 11. 1920 mit dem Erlaß eines Gesetzes „Zum gesundheitlichen Schutz der Frau und im Interesse des Nachwuchses“. Darin waren konkrete Maßnahmen für den Schutz von Mutter und Säugling enthalten, außerdem ermöglichte dieses Gesetz auf Wunsch der Frau die unentgeltliche operative Unterbrechung einer Schwangerschaft in einem Krankenhaus.

Ohne Angst und Furcht

Dieses Gesetz hat dem Kampf der revolutionären deutschen Arbeiterbewegung für eine sozialistische Familienpolitik und Familienplanung großen Auftrieb gegeben. Aber sie konnte erst Wirklichkeit werden in der sowjetischen Besatzungszone und in der heutigen Deutschen Demokratischen Republik.

Noch lange bevor das Gesetz zur Unterbrechung der Schwangerschaft in der Volkskammer unserer Republik beschlossen wurde, entwickelten sich, ausgehend vom Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau aus dem Jahre 1950, gesetzliche Bestimmungen zur Schwanger-

schaftsunterbrechung. Auf der Grundlage des jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes der Medizin sowie der gesellschaftlichen Bedingungen reichten diese schrittweise von der Anerkennung der medizinischen über die Einbeziehung der sozial-medizinischen Indikation bis hin zur Möglichkeit der selbständigen Entscheidung der Frau. Und jedes junge Mädchen weiß, daß gleichzeitig auch die kostenlose Abgabe der „Pille“ beschlossen wurde.

Das Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom Jahre 1972 entsprach in vollem Maße dem Recht und der Würde der Frau, dem Schutz ihrer Gesundheit und dem Leben von Mutter und Kind.

Dieses Gesetz ist ein Gesetz der sozialistischen Gesellschaft, deren Humanismus auf das Wohl des Menschen gerichtet ist in allen Bereichen des Lebens. Es ordnet sich ein in die Sozial- und Familienpolitik und ist ein wesentliches Merkmal der Gleichberechtigung, der Sorge um Mutter und Kind.

Die Frauen können selbst über die Erfüllung des Kinderwunsches entscheiden, mehr noch, die sexuelle Vereinigung wurde frei von Beklemmung und Furcht. Die sexuelle Liebe konnte unbelastet der Höhepunkt einer Liebesbeziehung zweier Partner werden.

Der gesellschaftliche Aspekt der Möglichkeiten der Geburtenregelung läßt uns die schlüssige Antwort auf die anfangs provozierte Frage geben: Zwischen Kinderwunsch und Geburtenregelung besteht bei uns kein Widerspruch, im Gegenteil, sie bedingen einander.

Wenden wir uns im weiteren vor allem der persönlichen Entscheidung der Partner, den intimen Beziehungen ohne Angst und vor allem der rechtzeitigen

Erfüllung des Kinderwunsches zu, also jenem Wägen und Abwägen, jenem Überlegen und Entscheiden für die Kinder.

Es ist eine Tatsache, daß intime Beziehungen heutzutage relativ früh aufgenommen werden. Fest steht auch, wir wollen hier nicht näher darauf eingehen, daß oft mit dem ersten Partner noch keine dauerhafte, ständige lebenslange Beziehung angestrebt wird, obgleich diese Beziehungen keineswegs nur flüchtig sein müssen. Die Mädchen sehen der ersten Begegnung mit großer Erwartung entgegen, denn sie sind an den „Ereignissen“ meist tiefer beteiligt als die Jungen. Dies sei ohne jeden Vorwurf behauptet. Bei Jungen spielen biologische Faktoren häufig die größere Rolle.

In dieses erste Kennenlernen der Höhepunkte der Liebesbeziehungen zwischen zwei Menschen mischen sich

auch Überlegungen: „Würdest du mit *diesem* Partner ein Kind haben wollen“, oder „Möchtest du mit ihm *jetzt* ein Kind haben“? Es bilden sich also Überlegungen über ein Kind zur bestimmten Zeit. Dabei machen viele Mädchen ihre Bereitschaft zu intimen Beziehungen, ausgehend von ihrer eigenen, meist positiven Entscheidung für ein Kind, nicht selten von der Haltung ihres Partners zum Kind abhängig. Die Entscheidung über die Erfüllung eines Kinderwunsches, gleich ob eine Schwangerschaft sofort eintritt oder nicht, wird zu einem wichtigen Prüfstein für die Partnerschaftsbeziehungen überhaupt. Wenn es zur Schwangerschaft gekommen ist, ohne sich über den Fortbestand der Beziehungen im klaren zu sein, entscheiden sich nicht wenige Mädchen für das Kind und gegen den Partner, der ihren Auffassungen zu Kind und Familie nicht entspricht.



Was Kinder in unserem Leben bedeuten

Junge Menschen können sich oft ein Leben mit Kindern nur vage vorstellen. Einige sehen es einfacher, als es ist. Sie können noch nicht die gesamte Verantwortung überschauen, der sie sich zu stellen haben. Aber diese Erfahrung muß jede Generation von neuem machen, so gut sie auch vorbereitet sein mag. Im Bewältigen der Verantwortung liegt eine sehr aktive Bereicherung der beiden Persönlichkeiten, die nun Mutter und Vater werden oder sind.

Jedes Kindesalter hat seine Besonderheiten, seine Ereignisse, die Eindrücke für das ganze Leben bleiben. Schon in den ersten Stunden beginnen die glücklichen Augenblicke mit Kindern, dann, wenn sie an der Brust der jungen Mutter liegen und sie den Arm um ihr Baby schließen kann.

Sind die Kinder klein, so bedürfen sie unserer Fürsorge und Liebe, vor allem, was ihr körperliches Wohl, die tägliche Nahrung und Pflege, aber auch die liebevolle Hinwendung betrifft. Sie danken es uns mit einem Lachen, einem freudigen Zappeln und Jauchzen. Wir haben große Freude an dem kleinen Wesen, nehmen Teil an seiner Lebenslust.

Werden die Kinder größer, kommen sie in das Fragealter, später, wenn sie in die Schule gehen, fordern sie uns wieder anders. Sie fordern uns heraus, Schritt zu halten mit der geistigen Entwicklung unserer Zeit, auf allen Gebieten des Lebens. Die Kinder stellen also stets neue, mit zunehmendem Lebensalter wachsende Anforderungen an ihre Eltern auf allen Gebieten. Sie fördern und fordern damit, daß diese nicht stehen- oder gar zurückbleiben, ihren eigenen geistigen Anspruch erweitern, ihre Persönlichkeit weiter formen.

Wir sind der Zeit absichtlich vorausgeeilt, denn das Leben mit einem Partner beginnt überwiegend zunächst ohne Kinder. Die beiden müssen sich erst über gemeinsame Kinder verständigen. Die gesellschaftlichen, sozialen Aspekte des Kinderwunsches haben wir bereits erörtert. Es sind nun vor allem ethische und biologische Gesichtspunkte zu betrachten. Dazu zählt, wie sich die beiden Partner ganz persönlich auf ihre Kinder vorbereiten, den günstigsten Zeitpunkt wählen.

Nicht jede Zeit ist Zeit für Wunschkinder

Es ist eine Tatsache, daß Kinder nur in einem biologisch begrenzten Zeitraum im Leben einer Frau geboren werden können. Er beginnt mit dem Eintritt der Geschlechtsreife und endet mit dem Klimakterium (den Wechseljahren), reicht etwa vom 15. bis 45. Lebensjahr. Betrachtet man diesen Zeitraum unter medizinisch-sozialen Gesichtspunkten, so zeigt sich, daß das günstigste Alter für die Geburt von Kindern, vor allem zunächst des ersten Kindes, zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr der Frau liegt. Gegenwärtig kommen auf dieses Alter mehr als 70 % der jährlichen Geburten, weil sich in diesen Jahren physische, psychische Fähigkeiten und auch soziale Möglichkeiten am besten vereinen.

Selbstverständlich bringen auch Frauen vor dem 20. Lebensjahr Kinder zur Welt, und niemand wird behaupten wollen, daß die jungen Mütter ihre Verantwortung gegenüber den Kindern nicht wahrnehmen. Aber können es in diesem Alter schon immer Kinder sein, die mit dem festen Willen gezeugt wurden, das Leben weiter zu bereichern, in dem man sich bewußt zur Elternschaft, der damit verbundenen Verantwortung und den entsprechenden Pflichten entschließt?

Mädchen dieses Alters besuchen meist noch die Schule oder stehen mitten in der Ausbildung. Sie sind also dabei, ihre eigene Persönlichkeit in der Vorbereitung auf den Beruf und in ihren geistigen Ansprüchen erst auszubilden. Das ist ein Prozeß, der zwar nicht mit einem Schlage, etwa mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres, abgeschlossen ist, der aber bis zu diesem Zeitpunkt einen entscheidenden Reifegrad erreicht hat.

Werden Kinder geboren, ehe die jungen Eltern einen gewissen Abschluß der Ausbildung erreicht haben – vor allem die Beendigung der Schule oder Lehre – entsteht manches Problem. Der sozialistische Staat hilft der jungen Mutter mit sozialpolitischen Maßnahmen materiell und finanziell. Kinder brauchen zu allen Zeiten viel Zuwendung – und das bedeutet vor allem, die Eltern müssen für sie Zeit haben.

Zu bedenken ist auch: Junge Mädchen machen noch körperliche Wachstumsprozesse durch. Eine frühe Schwangerschaft kann ihre körperliche Entwicklung beeinträchtigen. Bei sehr jungen Mädchen besteht aus gesundheitlicher Sicht eine höhere Anfälligkeit für schwangerschaftsspezifische Erkrankungen, die sogenannten Gestosen. Gleichzeitig ist bei ihnen eine größere Neigung zu Frühgeburten bekannt. Eine Schwangerschaftsunterbrechung ist noch ungünstiger und bedeutet im Einzelfall für ein solches Mädchen oft eine erhebliche gesundheitliche Belastung.

Nach den Bemerkungen zu den etwas frühen Schwangerschaften, ein paar Sätze zu den späten. Ist das 25. Lebensjahr einer Frau überschritten, ist es eigentlich an der Zeit, daß sich das 2. oder 3. Kind einstellt. Je weiter die Erfüllung des Wunsches nach dem ersten Kind hinausgeschoben wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß in dieser Familie mehrere Kinder heranwachsen werden. Aber Kinder brauchen auch in der Familie die Gemeinschaft von Kindern und nicht nur das Zusammensein mit Erwachsenen.

Manchmal stellt sich der Nachwuchs erst um die 30 ein. (Auf die biologischen Gründe wird noch eingegangen.) Die Geburtshelfer

sprechen dann von einer „älteren Erstgebärenden“. In diesen Fällen können die physischen Anforderungen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett größer sein. Dennoch braucht eine Frau, die in diesem Alter ihr 1. Kind bekommt, nicht in Sorge zu sein. In unserem Lande stehen in der modernen Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe Mittel und Möglichkeiten zur Verfügung, um Gesundheitsgefährdungen der Mutter und mögliche Geburtskomplikationen zeitig zu erkennen und zu verhüten.

Hoch-Zeit für Wunsch Kinder

Aus medizinischer und sozialer Sicht ist also das Alter der Frau zwischen dem 20. und dem 25. Lebensjahr das günstigste für die Geburt von Kindern. Warum?

Für die meisten jungen Frauen ist die Ausbildung beendet. Es beginnt das aktive Berufsleben, die erworbenen Kenntnisse festigen sich in der täglichen Arbeit, das Fachwissen wird durch die Erfahrungen in der Praxis erweitert, die berufliche Entwicklung und Weiterentwicklung beginnt. In diesem Alter werden auch die meisten Ehen geschlossen, so daß Wandlungen im Leben des einzelnen sich in doppelter Hinsicht vollziehen. Die jungen Leute stehen „auf eige-



nen Füßen“, sie haben Wünsche, Sehnsüchte, eine Vorstellung, wie sie sich ihr Leben gestalten wollen.

Es entstehen neue geistige, aber auch höhere materielle Bedürfnisse. Das ist durchaus nichts Ungewöhnliches in unserer Gesellschaft, in der alles zum Wohle des Menschen getan wird.

Jetzt hat sich das junge Paar auch die Frage zu beantworten: „Wann wollen wir gemeinsam Kinder haben und wie viele?“ Heutzutage steht niemand mehr vor der Frage, daß die Geburt von Kindern in einer Familie mit einem allgemeinen Verzicht auf andere angenehme Dinge des Lebens, auf die Verwirklichung der vielseitigen Bedürfnisse verbunden ist. Es geht vielmehr darum, wie die Geburt von Kindern am günstigsten einzuordnen ist, damit die Kinder zur rechten Zeit zur Welt kommen.

Vergegenwärtigen wir uns noch einmal eine statistische Angabe: Etwa 70 Prozent der jährlich geborenen Kinder kommen bis zum 25. Lebensjahr der Frau zur Welt. In diese Zeit fallen die Anfangsjahre der beiden Partner im Beruf, in diesen Jahren ist der Haushalt durchaus noch nicht vollständig. Zeigt sich da nicht eindrucksvoll die neue Einstellung zum Kind? Für die jungen Leute gehört das Kind schon zum gemeinsamen Leben, obgleich noch manches anzuschaffen ist. Aber sie wissen ja auch, daß sich die noch offenen Wünsche unter den Verhältnissen sozialer Sicherheit in der DDR auch mit Kindern entsprechend ihren persönlichen Bedingungen nach und nach erfüllen werden.

Für eine Reihe von Berufen – vor allem jene, für die Fach- oder Hochschulabschluß erforderlich ist – spielt in diesem Alter die Ausbildung noch eine wesentliche Rolle. Die Erfahrungen zeigen, daß auch unter diesen Bedingungen die Erfüllung des Kinderwunsches nicht zurückstehen muß. Doch würde man hier ausschließlich dem Beruf den Vorzug geben, wäre der Wunsch nach Kindern arg in den Hintergrund gedrängt. Aus diesem Grunde gibt es eine Reihe staatlicher Maßnahmen, die besonders auf die Förderung der Studentinnen mit Kind orientiert sind, damit es für sie genau so normal ist, Kinder zu bekommen, wie für alle anderen jungen Frauen.

Diesen Gegebenheiten trägt unsere Gesellschaft mit rechtlichen Regelungen Rechnung. Dazu gehören u. a. finanzielle Zuwendungen, wenn erforderlich – Studienverlängerung, Verlegung von Prüfungsterminen, falls z. B. sich in dieser Zeit die Studentin im Schwangerschafts- oder Wochenurlaub befindet, Versorgung der Studentenehepaare – soweit es möglich ist – mit Wohnraum, und viele andere Maßnahmen.

Auch für die junge Mutter, die noch im Lehrverhältnis steht, wurden von seiten des Staates eine Reihe rechtlicher Regelungen erlassen, die nicht nur die finanzielle Unterstützung sichern sollen, sondern vor allem darauf gerichtet sind, daß trotz der Geburt eines Kindes das Ausbildungsziel erreicht wird.

Von ungeplanten Wünschen

Es gibt viele Möglichkeiten, den Kinderwunsch zu planen. Und dennoch werden immer wieder einmal Frauen und Mädchen ungewollt schwanger. Von ungewollter Schwangerschaft wird z. B. dann gesprochen, wenn sich ein Kind anmeldet, obgleich in der Familie die geplante Zahl von Kindern da ist – meist kommt es dazu, weil keine schwangerschaftsverhütenden Mittel mehr verwendet wurden.

Ungewollt kann ein Kind auch dann sein, wenn der Zeitpunkt seiner Geburt oder die Abstände zwischen den einzelnen Geburten nicht den Vorstellungen der Eltern entsprechen oder die Geburt dieses Kindes die Frau körperlich überfordert.

Bekannt ist: Nicht jedes ungewollte Kind bleibt ungewollt. Häufig freut sich schon mit der fortschreitenden Schwangerschaft die ganze Familie auf das neue Familienmitglied. Später, nach der Geburt, wird das zu nächst ungewollte Kind freudig in die Familie aufgenommen.

In Liebe und Geborgenheit

Für die Geburt und die Erziehung von Kindern sind gewisse biologische, d. h. körperliche und geistige Voraussetzungen erforderlich. Ebenso müssen aber auch persönliche soziale Bedingungen gegeben sein, damit es sich gut entwickeln kann.

Sich ein Kind zu wünschen, oder sagen wir es einmal in der Umgangssprache „anzu-

schaffen“, heißt nicht allein, ihm nur das Leben zu schenken, sondern es vom ersten Augenblick an Zuneigung spüren zu lassen und mit ihm zu leben.

Die Einstellung zum Kind, die emotionale Vorbereitung auf das kleine Wesen gehört auch zum Kinderwunsch. Gewiß bilden sich die innigen Beziehungen bei der werdenden Mutter besonders in der Zeit der Schwangerschaft heraus. Das sollte gleichermaßen auch für den werdenden Vater gelten, der auf seine Weise seine Gefühle zum Ausdruck bringt. Viel Aufmerksamkeit und Liebe für die junge Mutter und das Bemühen, das „Nest“ zu bereiten, gehören dazu.

Oft „vererbt“ sich die Einstellung zu den Kindern aus den Herkunftsfamilien der Partner. Die Zuneigung, Achtung, die man dort genossen hat, übertragen sich auf die Gestaltung des Familienlebens. Herrschte indes in einer Familie keine Atmosphäre der Geborgenheit, sollten die jungen Eltern sich um so mehr bemühen, ihren Kindern die Wärme und Herzlichkeit zu geben, die sie einst selbst entbehrten. Sie sollten also gründlich darüber nachdenken, was zum gemeinsamen Leben mit Kindern gehört.

Die bewußte Vorbereitung auf Kinder zählt dazu. Ebenso das Erlernen der notwendigen Kenntnisse über Ernährung und Pflege. Wobei die perfektste Versorgung durch die Eltern nie ihre Liebe und Zuneigung ersetzen können.

Kinder sind Erfüllung der Liebe zweier Partner. Bereits der Säugling, so hilflos er scheinen mag, spürt Geborgenheit und Zuneigung. Kinderpsychologen haben nachgewiesen, daß schon in den ersten Lebenswochen wichtige Grundlagen für späteres Sozialverhalten geprägt werden.

Es wäre falsch, nur auf die Mutter allein hinzulenken, obgleich sie die erste Mittlerin von Zärtlichkeit und Zuneigung ist. Das Baby braucht auch den aktiven, verantwortungsbewußten Vater, der sich dem Kind zuwendet. Die Zuneigung zum Kind, das nun mit seiner Stimme vernehmlich sein Dasein beweist, ist Ausdruck jener Freude und Befriedigung, die dem erfüllten Wunsche nachfolgt.

Diese Erziehung der Gefühle im Zusammenhang mit dem Kinderwunsch unerwähnt zu lassen, hieße, auf die Freude nach der Geburt nicht hingewiesen zu haben.

Der günstigste Abstand

Viele junge Paare wünschen sich mehr als ein Kind. Wie ist erfahrungsgemäß der günstigste Abstand zwischen den Geburten? Das ist eine nicht unwesentliche Frage der Familienplanung.

Aus medizinischer Sicht beträgt der günstigste Abstand zwischen zwei Geburten zwei bis drei Jahre, weil in dieser Zeit sich der Organismus einer gesunden Frau genügend regeneriert hat. Kürzere Abstände können den weiblichen Organismus durch Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Versorgung der Kinder belasten.

Gegen zu große Abstände zwischen den Geburten sprechen vor allem pädagogische Gründe. Die Kinder wachsen auf Grund der größeren Altersunterschiede wie Einzelkinder auf und werden auch so erzogen. Ihnen fehlt das Miteinander der Geschwister, denn die Interessen, Neigungen und Bedürfnisse beispielsweise eines 10jährigen sind wohl kaum mit denen eines 3jährigen unter einen Hut zu bringen. Auch das sollte bei der Planung gewünschter Kinder in Betracht gezogen werden.

Oft wird ein „Nachzügler“ von der ganzen Familie liebevoll aufgenommen und umsorgt. Das ändert aber nichts an der Tatsache, daß er im Grunde als Einzelkind aufwächst. Die Mehrzahl der 2. und 3. Kinder kommen nach zwei bis drei Jahren.

Vom vergeblichen Warten

Bisher haben wir die Dinge so betrachtet, als ob dem Wunsch nach einem Kind auch ohne Schwierigkeiten eine Schwangerschaft folgen könne, als ob es selbstverständlich wäre, daß jede Frau ein Kind gebären könne, wann sie wolle und jeder Mann zeugungsfähig sei. Dem ist leider nicht so.

Manches Paar wartet – trotz großen Kinderwunsches – über einen längeren Zeitraum vergeblich auf eine Schwangerschaft, manchem bleibt die Erfüllung des Kinderwunsches gänzlich versagt. Etwa 15 Prozent aller Ehen in der DDR sind sterile Ehen, d. h., es können trotz des Wunsches, Kinder zu haben, von diesem Paar gemeinsam keine gezeugt werden. Das ist für die Betroffenen bittere Tatsache. Aber die medizinische Wissenschaft ist inzwischen auch auf diesem Gebiet fortgeschritten, und die Möglichkeiten, den Ehepaaren zu helfen, erweitern sich. Erforderlich ist

allerdings, daß Frau und Mann gemeinsam und beizeiten eine Ehe- und Sexualberatungsstelle aufsuchen, wenn sich bei der Frau keine Schwangerschaft wunschgemäß einstellt. Von dort werden die beiden, wenn erforderlich, in spezielle Sterilitätssprechstunden überwiesen, die bei verschiedenen Frauenkliniken der DDR bestehen. Die Aussichten auf eine Schwangerschaft verringern sich mit zunehmendem Alter der Frau erheblich. Deshalb der Hinweis, rechtzeitig vertrauensvoll einen Arzt zu konsultieren.

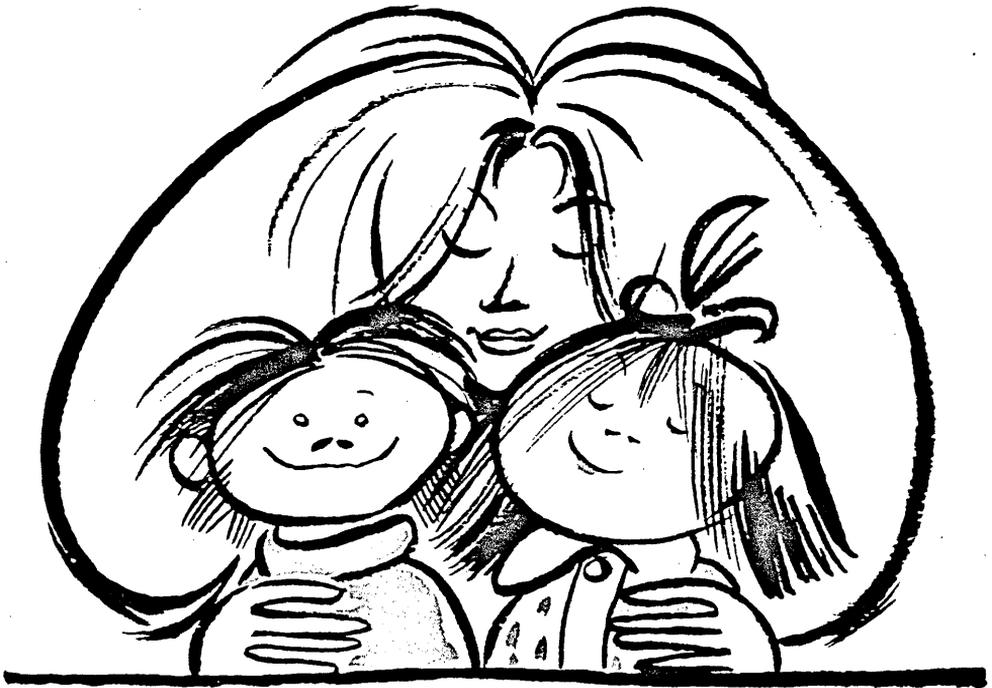
Es sei hier ganz offen gesagt: Die Sterilität ist kein Makel. Sie ist entweder eine Krankheit wie jede andere oder Folge einer Erkrankung oder ein angeborener, nicht selten bloß geringfügiger Körperfehler, der sich möglicherweise mit einem harmlosen Eingriff beheben läßt. So sei darauf verwiesen, daß Frauen, die am Unterleib oder im Bauchraum operiert werden mußten (einschließlich der Blinddarmoperation), sich schon nach einem halben Jahr erfolgloser Bemühungen schwanger zu werden, an einen Arzt wenden sollten. Für Frauen, die an häufigen Eierstockentzündungen leiden, kann es ebenfalls schwieriger sein, wunschgemäß schwanger zu werden.

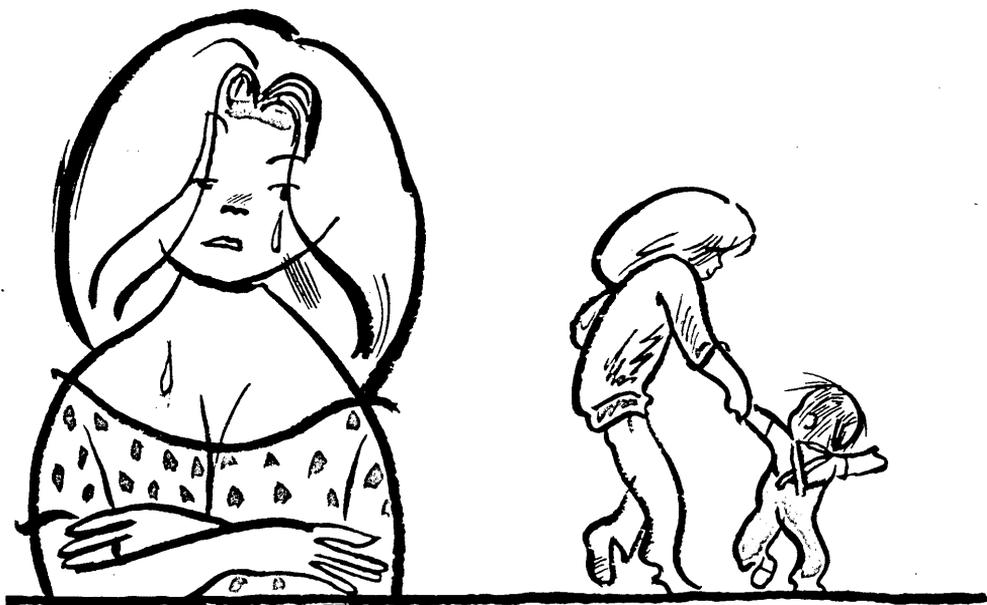
Natürlich, das muß hier deutlich betont werden, gibt es leider auch nicht wenige Fälle, bei denen die Schwangerschaft trotz vieler Bemühungen ausbleibt. Vor allem sind aber die Gründe des Ausbleibens einer Schwangerschaft nicht ausschließlich bei der Frau zu suchen. Bei 30 bis 40 Prozent der unfruchtbaren Ehen liegen die Ursachen in der Sterilität des Mannes und zu einem geringeren Prozentsatz bei beiden.

Deshalb hat es wenig Sinn, sich Vorwürfe zu machen, sich zu erregen, sinnvoll ist allein, rechtzeitig gemeinsam zur Spezialsprechstunde zu gehen. Allerdings sind vor dem Beginn der Behandlung eine lange Kette von Untersuchungen nötig und viele Fragen der Ärzte überlegt und ohne Scheu zu beantworten.

Es können und sollen hier nicht alle Ursachen von Kinderlosigkeit aufgezählt werden. Nur einige, damit der Laie ermessen kann, wie schwierig es ist, jenen kleinen „Schaltfehler“ im Organismus zu finden, selbst wenn er dann meist ziemlich einfach zu reparieren ist.

Was kann alles geschehen? Vielleicht produziert der Mann überhaupt kein Sperma (Samenzellen), oder die Transportkanäle





sind blockiert, oder es sind zu wenig Spermien vorhanden. Vielleicht entwickelt das Spermium nicht genügend Aktivität und kann deshalb die weiblichen Eizellen nicht erreichen. Möglicherweise produziert die Frau gar kein Ei, oder es wandert nicht auf normale Weise durch den Eileiter. Auch das chemische und bakterielle Milieu in der Scheide kann verhindern, daß das Spermium bis zum Ei gelangt. Es kann sogar vorkommen, daß das Ei zwar befruchtet wird, sich aber nicht in der Gebärmutter einnistet.

Die Ärzte verschiedener Fachrichtungen, nicht etwa nur Gynäkologen, müssen wie Kriminalisten vorgehen, um bei der Untersuchung beider Eheleute auf die Ursache zu kommen. Dabei geht es nicht bloß um spezielle Untersuchungen der Fortpflanzungsorgane, sondern eben auch um den allgemeinen Gesundheitszustand, weil auch andere Erkrankungen im Körper Kinderlosigkeit hervorrufen können. Die Ärzte müssen alles Mögliche gemeinsam mit den Ratsuchenden in Betracht ziehen. Das bedeutet, wie sich

jeder denken kann, eine Zusammenarbeit über Wochen, Monate oder manchmal über einen noch längeren Zeitraum. Bei all diesem Aufwand sagen aber dennoch alle Beteiligten: Es ist ein Aufspüren, dem der schönste Lohn – ein gesundes Kind – sehr oft folgt.

In die Sterilitätssprechstunde kommen jedoch auch Frauen, die wohl schwanger werden, die aber nicht in der Lage sind, ein lebensfähiges Kind auszutragen. Ihre Schwangerschaft endet z. B. häufig vorzeitig mit einer Fehlgeburt. Es gibt für den Gynäkologen viele Möglichkeiten, diesen Frauen zu helfen, daß sie ein Kind gebären können. Frauen, die bereits eine Fehlgeburt erlebt haben, ist daher dringend zu raten, sich bei einer vermuteten erneuten Schwangerschaft (Ausbleiben der Regel) unverzüglich beim Frauenarzt vorzustellen. Das ist notwendig, um möglichst zeitig prophylaktische Maßnahmen zur Erhaltung der Schwangerschaft einleiten zu können.

Methoden der Geburtenregelung

Mancher nimmt an, Geburtenregelung sei eine Erfindung der Neuzeit, eine Erscheinung der modernen Gesellschaft des letzten

Jahrhunderts. Dem ist nicht so. Aus Papyrusfunden des alten Ägypten wissen wir, daß es schon vor 3500 Jahren Methoden der

Geburtenregelung gab, und es scheint so, als habe die Menschheit sich seit ihren Anfängen damit beschäftigt, die Natur in dieser Hinsicht zu überlisten.

Jenes Papyrus rät zu einer Art Scheidenpessar aus Zupflinnen, das mit zerstoßenen Blattspitzen der Akazie behandelt worden ist. Dieser Rat zeugt von einem hohen Stand medizinischer Erkenntnisse, da die Akazienspitzen Gummi arabicum enthalten, das leicht säuerlich ist und in der Tat männliche Samenfäden abzutöten vermag. Noch zu Beginn dieses Jahrhunderts wurden manche der schwangerschaftsverhütenden Mittel mit dieser Säure behandelt.

Verfolgt man die Geschichte der Schwangerschaftsverhütung weiter, so stößt man auf eine Unzahl von Arzneien und Wundermitteln, wie etwa Aufgüsse von Schießpulver oder Quecksilber und andere Gifte, die von Quacksalbern gepriesen wurden. Hinzu kamen technische Empfehlungen wie etwa der Coitus interruptus, der übrigens schon vielen afrikanischen und indonesischen Stämmen bekannt war, als sie noch auf der Stufe der Urgemeinschaft lebten. Das ist um so erstaunlicher, als ja erst im 17. Jahrhundert Anton von Leeuwenhoek mit seiner Erfindung des Mikroskops die männlichen Samenfäden und damit die Beteiligung des Mannes an der Zeugung nachwies. Dies war eine damals äußerst gefährliche Erkenntnis der aufkommenden bürgerlichen Naturwissenschaft, denn sie widersprach der damals herrschenden Auffassung von der unbefleckten, also vom Manne nicht beeinflussten Empfängnis.

Aber wir wollen uns dem Heutigen zuwenden und aus den wenigen Bemerkungen über die Geschichte der Schwangerschaftsverhütung nur entnehmen, daß sie die Menschheit immer bewegte und man ständig auf der Suche nach sicheren Methoden und Mitteln war, wie überhaupt auf der Suche nach Wissen über die Vorgänge im Körper.

Inzwischen ist das Wissen, das biologische Wissen, vorhanden, und es sind uns Mittel von den Forschern in die Hand gegeben, die den Zeitpunkt einer Schwangerschaft sicher – entsprechend dem Kinderwunsch – bestimmen lassen. Wir verraten den jungen Leuten von heute keine Neuigkeiten, wenn wir sagen, daß der Ge-

schlechtsverkehr nicht nur deshalb ausgeübt wird, um Kinder zu zeugen. Die intime Vereinigung mit einem Partner gehört zur Liebe, ist ihre Erfüllung und ihr Höhepunkt. Und gerade deshalb muß dies ohne Befürchtung und Beklemmung geschehen. Oder, um es in unserem Zusammenhang deutlicher zu sagen, jedes Paar muß wissen, welche Methode und welches Mittel am besten für beide ist, um die Frau vom biologischen Zufall, dem ungewollten Eintritt einer Schwangerschaft, zu befreien.

Wir werden auf die einzelnen Methoden der Schwangerschaftsverhütung eingehen und möchten zu Anfang einen sehr deutlichen Satz sagen: Die Unterbrechung der Schwangerschaft ist möglich, aber ein Schwangerschaftsverhütungsmittel ist sie nicht. Sie ist eine – und sagen wir es offen – die letzte Möglichkeit der Geburtenregelung.

Ist trotz der Kenntnis der biologischen Zusammenhänge die Anwendung schwangerschaftsverhütender Mittel (Kontrazeptiva) selbstverständlich? Umfragen haben ergeben, daß junge Leute zu etwa 90 Prozent über Verhütungsmittel Bescheid wissen, aber längst nicht alle diese Mittel anwenden. Doch muß man sagen, daß die Wirksamkeit der einzelnen Methoden weitaus weniger bekannt ist, als man annehmen sollte. In dieser Hinsicht wollen die Autoren helfen, denn die Anwendung der sicheren Kontrazeptiva (schwangerschaftsverhütender Mittel) würde gewiß mancher Unstimmigkeit und Konfliktsituation im Leben dieser jungen Menschen entgegenwirken.

Wie es zur Befruchtung der Eizelle kommt

Zum besseren Verständnis der Wirkungsweise der verschiedenen Kontrazeptionsmethoden seien kurz die wesentlichsten Bedingungen für eine Befruchtung der menschlichen Eizelle noch einmal dargestellt.

Im durchschnittlichen 28tägigen Regelzyklus der geschlechtsreifen Frau wird durch die Wirkung der verschiedenen Hormone (Gonadotropine) der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) die monatliche Reifung sowie die Abgabe einer befruchtungsfähigen Eizelle in den Eierstöcken angeregt.



Das befruchtungsfähige Ei wächst in einem Bläschen (Follikel) in einem der Eierstöcke wechselseitig heran.

Etwa am 12. bis 14. Tag nach Beginn der letzten Regel springt der herangereifte Follikel. Es erfolgt der Follikelsprung (Ovulation). Mit dem Platzen des Follikels wird von einem der Eierstöcke eine befruchtungsfähige Eizelle abgegeben, die in einen Eileiter aufgenommen wird. Aus dem gesprungenen Follikel entwickelt sich im Eierstock ein neues Gebilde, der sogenannte Gelbkörper. Dieser produziert das Gelbkörperhormon (Progesteron). Über Hormone wissen wir, daß sie biologische Regler, Steuerungselemente darstellen.

Bis zum Follikelsprung wird innerhalb eines Regelzyklus von der Follikelphase gesprochen. In dieser Zeit werden vorwiegend spezielle Hormone (Östrogene) in den Follikeln der Eierstöcke gebildet. Östrogene beeinflussen vor allem die Entwicklung und das Wachstum der weiblichen Geschlechtsorgane und bei der geschlechtsreifen Frau das monatliche Wachstum der Gebärmutter-schleimhaut als Vorbereitung auf eine mögliche Einnistung einer befruchteten Eizelle.

Nach dem Follikelsprung beginnt in der zweiten Zyklushälfte die Gelbkörperphase, in der hauptsächlich die Produktion des Gelbkörperhormons (Progesteron) stattfindet,

das u. a. für die Erhaltung einer Schwangerschaft erforderlich ist. Das Progesteron bewirkt auch den Anstieg der Körpertemperatur der Frau am 2. Tag nach dem Follikelsprung um etwa $0,3^{\circ}\text{C}$ – $0,5^{\circ}\text{C}$.

Die Östrogene und besonders das Progesteron haben einen wichtigen Einfluß auf die Vorbereitung (den Aufbau) der Gebärmutter-schleimhaut, für die Einnistung der befruchteten Eizelle (Nidation) sowie für den Schutz einer vorhandenen frühen Schwangerschaft.

Wenn keine Befruchtung eintritt, bildet sich der Gelbkörper zurück und die Produktion des Gelbkörperhormons wird beendet. Die obere Schicht der Gebärmutter-schleimhaut löst sich ab und wird während der Menstruationsblutung entfernt. Der Zyklus kann wieder von vorn beginnen.

Nach dem Follikelsprung verbleibt die Eizelle nur wenige Stunden im Eileiter. Während dieser Zeit ist sie befruchtungsfähig. Findet um den Zeitpunkt des Follikelsprungs ein Geschlechtsverkehr statt, ist die Wahrscheinlichkeit der Befruchtung der Eizelle ziemlich hoch.

Nach dem Geschlechtsverkehr wandern die Samenfäden (Spermien) des Mannes über die Scheide durch den Muttermundskanal (Zervixkanal), durch die Gebärmutterhöhle bis in die Eileiter. Dort kommt es,

wenn eine befruchtungsfähige Eizelle vorhanden ist, zur Befruchtung. Hat die Befruchtung stattgefunden, wird die befruchtete Eizelle in die Gebärmutterhöhle transportiert und nistet sich für die weitere Entwicklung zum Embryo in die von den genannten Hormonen vorbereitete Gebärmutter-schleimhaut (Endometrium) ein. Die erhöhte Körpertemperatur der Frau bleibt erhalten.

Durch die anfängliche Wirkung des Progesterons und später durch den hormonellen Einfluß des Mutterkuchens (Plazenta) wird die Hypophyse daran gehindert, die von ihr produzierten Hormone der Hirnanhangdrüse (Gonadotropine) weiterhin abzugeben, wodurch der monatliche Regelzyklus der Frau unterbrochen wird. Das zeigt sich auch im Ausbleiben der Regelblutung.

Kommt es aber zu keiner Befruchtung der Eizelle, so stirbt diese ab, der Gelbkörper bildet sich zurück und die Körpertemperatur sinkt wieder auf den Ausgangswert. Der Zyklus beginnt – wie bereits dargelegt – wieder von vorn. In dieser Weise vollzieht sich, vereinfacht dargestellt, der monatliche Regelzyklus der Frau.

Wenn es nicht zur Schwangerschaft kommen soll

Nach alledem ergibt sich: Eine Schwangerschaft kann im wesentlichen u. a. verhindert werden, wenn

1. die Produktion und Bereitstellung einer befruchtungsfähigen Eizelle im Körper der Frau gehemmt wird (z. B. durch die Pille),
2. eine befruchtete Eizelle daran gehindert wird, sich in der Gebärmutter-schleimhaut einzunisten (z. B. durch das Intrauterin-pessar, d. h. Spirale oder Schleife),
3. der Geschlechtsverkehr an den sogenannten „unfruchtbaren“ Tagen der Frau stattfindet, so daß, wenn die Spermien in den Eileiter eindringen, zu diesem Zeitpunkt keine befruchtungsfähige Eizelle vorhanden ist (z. B. durch Rhythmusmethoden),
4. keine Spermien beim Geschlechtsverkehr in das weibliche Genitale eindringen können (z. B. durch den Gummischutz).

Für welche Methode der Schwangerschaftsverhütung sich ein Paar entscheidet, bleibt ihm selbst überlassen. Bei der Aus-

wahl der Methode sollte aber u. a. der Gesundheitszustand und das Alter der Frau, die Zahl der geborenen Kinder, der noch vorhandene Kinderwunsch, die Sicherheit der Methode sowie die von den Partnern gewünschte Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs berücksichtigt werden.

Junge Paare sollten sich nicht scheuen, über die Methoden der Schwangerschaftsverhütung zu sprechen und sich nicht erst in „letzter“ Minute zu irgend etwas entscheiden. Je feinfühlicher und rücksichtsvoller sie sich beraten, um so weniger werden manche, oft als unbequem angesehene, aber doch recht wirksame Methoden verschmäht. Auf jeden Fall ist zu raten, unbedingt eine Methode der Schwangerschaftsverhütung anzuwenden – und sei sie noch so unsicher – denn eine Methode ist bei nicht vorhandenem Kinderwunsch stets besser als gar keine, als das Darauf-ankommenlassen.

Bei der Darlegung der verschiedenen Methoden der Schwangerschaftsverhütung werden wir auf diese Problematik im einzelnen zurückkommen. Wichtig ist, daß sich das Paar bzw. die Frau von ihrem Arzt des Vertrauens beraten läßt, welche Methode der Kontrazeption für sie geeignet ist. Bei dieser Beratung spielt auch die Verträglichkeit dieser und jener Mittel eine Rolle. Der Arzt berücksichtigt bei seiner Empfehlung auch das Alter der Frau.

Anforderungen an Verhütungsmittel

Jedes schwangerschaftsverhütende Mittel wird, wie jedes Medikament, wie jedes Gesundheitspflegemittel, auf seine Verträglichkeit hin untersucht. Das gilt auch für mechanische Mittel wie Pessare und Schleifen. Letztere werden ebenso wie Zahnprothesen, künstliche Arterien usw. geprüft. Alle Schwangerschaftsverhütungsmittel unterliegen also der Kontrolle und müssen für beide Partner verträglich und nicht gesundheits-schädigend sein.

Durch Schwangerschaftsverhütungsmittel darf die spätere Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit nicht eingeschränkt werden. Gleichzeitig muß ausgeschlossen sein, daß ein später gezeugtes Kind durch ein früher angewendetes Mittel geschädigt wird. Eine

möglichst große Sicherheit hinsichtlich der Verhütung der Schwangerschaft wird ebenfalls angestrebt.

Die Anwendung einiger Mittel ist derzeit noch nicht in jedem Falle unabhängig vom Zeitpunkt des Geschlechtsverkehrs. Das wird aber angestrebt, damit die Partner beim Verkehr weder in physischer noch in psychischer Hinsicht gestört bzw. behindert werden.

Die Mittel sollten für die Partner leicht zugänglich und einfach in der Anwendung sein.

Gewissenhafte Anwendung

Bei der Entscheidung für eine bestimmte Methode der Kontrazeption wird oft die Frage nach der Zuverlässigkeit bzw. Sicherheit gestellt.

Wie sicher ein Kontrazeptionsmittel ist, hängt nicht unwesentlich von seiner richtigen und gewissenhaften Anwendung durch das Paar ab. Auch dieser Gesichtspunkt ist zu berücksichtigen. Wir werden darauf eingehen, wenn die einzelnen Schwangerschaftsverhütungsmittel vorgestellt und gewertet werden. Neben den sicheren Methoden werden auch weniger sichere dargestellt, da alle ihre Vor- und Nachteile besitzen, besonders hinsichtlich der Anwendung, Wirkung und der Nebenwirkungen.

Die Zuverlässigkeit einer Methode der Schwangerschaftsverhütung wird in der wissenschaftlichen Literatur nach der Versagerquote, dem sogenannten Pearl-Index, gemessen. Sehr vereinfacht dargestellt gibt der Pearl-Index die durchschnittliche Zahl der nichtgewollten Schwangerschaften an,

die auftreten, wenn 100 Frauen ein Jahr lang eine bestimmte Methode anwenden würden. Dies sind zwar nur Durchschnittswerte, die jedoch einen brauchbaren Vergleich zwischen den unterschiedlichen Methoden der Schwangerschaftsverhütung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit ermöglichen.

Versuchen wir, das an einem Beispiel zu erklären: Das Kondom (Gummischutz) hat eine Versagerquote von 7 bis 10 Prozent und das in den Uterus eingesetzte Pessar (Intrauterinpessar) von 1 bis 3 Prozent. Das bedeutet: Wenn 100 Paare ein Jahr das Kondom anwenden, so sind 7 bis 10 ungewollte Schwangerschaften und beim Intrauterinpessar nur 1 bis 3 ungewollte Schwangerschaften zu erwarten.

In den folgenden Darlegungen sollen die wichtigsten Methoden der Kontrazeption beschrieben werden. Zu ihnen gehören folgende Gruppen:

1. Biologische Methoden

- Coitus interruptus
- Kalendermethode und Basaltemperaturmessung als Rhythmusmethoden

2. Mechanische Methoden

- Kondom
- Scheidenpessar
- Portiokappe

3. Chemische Methoden

4. Hormonale Kontrazeption

5. Nidationshemmende Methode (Intrauterinpessar)

Biologische Methoden

Coitus interruptus

Der unterbrochene Beischlaf (Coitus interruptus) ist möglicherweise die älteste und auch heute noch oft angewandte Methode der Schwangerschaftsverhütung. Sie besteht darin, daß der Mann während des Verkehrs kurz vor dem Samenerguß (Ejakulation) den Penis aus der Scheide zieht und sich die Ejakulation außerhalb vollzieht.

Die Versagerquote ist mit 10 bis 20 ungewollten Schwangerschaften pro 100 Frauen-

jahre relativ hoch. Häufigste Ursache dafür ist, daß der Mann infolge sexueller Erregung nicht rechtzeitig reagiert und den Verkehr abbricht. Oder, was noch häufiger ist, den ersten Samenaustritt nicht spürt, so daß Sperma in die Scheide gelangt.

Entgegen früheren Ansichten gibt es bei dieser Art Beischlaf keine gesundheitsschädigende Wirkung für den Mann. Die sexuelle Erlebnisfähigkeit der Frau wird jedoch eingeschränkt, weil bei allem Bemühen um Vor-

sicht doch die Ungewißheit bleibt; denn die Verlässlichkeit des Mannes ist der einzige Sicherheitsfaktor. Der Coitus interruptus ist vor allem für erfahrene Partner eine mögliche Methode.

Für Männer mit sehr schneller Ejakulation oder für noch unerfahrene Partner ist sie weniger geeignet, weil in diesem Fall die Frau oft nicht zum sexuellen Höhepunkt (Orgasmus) gelangt, was wiederum die sexuelle Befriedigung beider Partner beeinträchtigen kann.

Es sei bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß die gleichzeitige Anwendung kombinierter Methoden der Kontrazeption, z. B. Coitus interruptus und chemische Methode (Vaginalzäpfchen), die Versagerquote erheblich verringert und das Beisammensein wesentlich entkrampft.

Rhythmusmethoden

Wie aus der Übersicht erkennbar, gibt es zwei verschiedene Rhythmusmethoden zur Schwangerschaftsverhütung – die Kalendermethode und die Basaltemperaturmethode (Messung der Aufwachtemperatur). Mit beiden Methoden werden die fruchtbaren und die unfruchtbaren Tage der Frau bestimmt, d. h. jene Tage, in denen eine Schwangerschaft entweder wahrscheinlich oder kaum möglich ist.

Kalendermethode

Es war bereits darauf hingewiesen worden, daß die Frau in ihrem monatlichen Regelzyklus nur wenige fruchtbare Tage hat, in denen sie schwanger werden kann.

Die Kalendermethode basiert auf der wissenschaftlichen Erkenntnis, daß eine Frau gewöhnlich nur einmal im Monat ein reifes befruchtungsfähiges Ei produziert.

Maximal nur 24 Stunden beträgt dann auch die Zeitspanne, während der das reife Ei befruchtungsfähig ist. Findet innerhalb dieser 24 Stunden keine Befruchtung statt, so stirbt das Ei ab. Dabei muß berücksichtigt werden, daß männliche Samenzellen im Inneren des weiblichen Körpers noch ca. 48 Stunden (im Höchstfall 3 Tage) nach dem Geschlechtsverkehr am Leben sein können und noch immer die Möglichkeit der Befruchtung des Eies besteht.

Zur Empfängnis kann es also nur kommen, wenn der Verkehr in der Zeitspanne erfolgt, in der ein befruchtungsfähiges Ei bereitgestellt wird, oder wenn er kurz vorher stattfand, so daß noch befruchtungsfähiges Sperma im Körper der Frau vorhanden ist. Allmonatlich gibt es also einen Zeitraum von 3–4 Tagen, in dem Geschlechtsverkehr zur Schwangerschaft führen kann.

Somit steht die Frage nach dem Zeitpunkt des Follikelsprungs im Mittelpunkt aller weiteren Betrachtungen, wenn es um die Vermeidung einer Schwangerschaft mit Hilfe von Rhythmusmethoden (Kalendermethode und Basaltemperaturmethode) geht.

Den Zeitpunkt des Follikelsprungs bei der Frau haben Wissenschaftler wie Knaus, Ogino, Marshall und Cameron mit verschiedenen Methoden untersucht. Ihre Angaben darüber weichen nur geringfügig voneinander ab.

So stellte z. B. der japanische Gynäkologe Ogino 1930 fest, daß bei regelmäßig menstruierenden Frauen der Eisprung zwischen dem 16. und 12. Tag vor dem Eintritt der nächsten Regelblutung erfolgt. Der Wiener Gynäkologe Knaus hingegen stellte fest, daß der Follikelsprung etwa am 15. Tag vor der nächsten Regelblutung erfolgt. Die abweichenden Angaben haben zur Folge, daß ebenfalls Abweichungen in der Berechnung der fruchtbaren und der unfruchtbaren Tage der Frau auftreten. Diese feinen Unterschiede bleiben in den folgenden Darlegungen, die das Prinzip der Berechnungen erläutern sollen, unberücksichtigt.

Das Problematische an allen Berechnungen ist, daß der Regelzyklus einer Frau nicht auf den Tag genau erfolgt. Bei den meisten Frauen gibt es kleine Abweichungen hinsichtlich der Abstände und der Dauer der einzelnen Regelblutungen im Laufe eines längeren Zeitraumes. Eine Berechnung von Durchschnittswerten wird deshalb unerlässlich.

Eine Frau, die die Kalendermethode anwenden will, muß daher 12 Monate lang ganz exakt einen Regelkalender führen, in dem sie monatlich den Beginn und das Ende der Regelblutung vermerkt, ehe sie diese Methode anwendet. Zur besseren Übersicht sollte auf dem Kalender immer der 1. Tag der Blutung mit einem Kreis gekennzeichnet

Belastung (Prüfungsangst bei Studentinnen oder Schülerinnen) durchaus stattfinden; die Möglichkeit einer ungewollten Schwangerschaft wird begünstigt. In gleicher Weise können auch klimatische Veränderungen (Urlaub, Ortswechsel) oder starke sportliche Belastungen Zyklusverschiebungen verursachen.

Unter den genannten Bedingungen des unsicheren Follikelsprungs ist es nicht ratsam, sich dann einzig und allein auf die Kalendermethode zu verlassen. Es ist empfehlenswert, gleichzeitig eine andere Methode der Kontrazeption anzuwenden.

Schwierig – und wenig geeignet – ist die Methode auch, wenn der Unterschied zwischen dem kürzesten und dem längsten Zyklus mehr als 10 Tage beträgt, weil dann die Zeit des möglichen Schwangerschaftseintritts zu groß wird und die sogenannten sicheren Tage des intimen Beisammenseins noch weiter eingeschränkt werden.

Nach Beendigung einer Schwangerschaft (Geburt, Fehlgeburt, Schwangerschaftsunterbrechung) sollte mindestens vier Monate gewartet werden, bis die Kalendermethode wieder angewandt wird, da sich erst nach dieser Zeit der Regelzyklus wieder stabilisiert hat.

Die Versagerquoten sind bei der Kalendermethode ziemlich hoch und werden in der Literatur mit etwa 20 bis 30 Prozent angegeben.

Bevor die Kalendermethode angewandt wird, ist eine gründliche Beratung der Frau mit ihrem Frauenarzt sehr wichtig. Zu dieser Beratung ist dem Arzt auch der über 12 Monate exakt geführte Regelkalender vorzulegen, der die Grundlage aller weiteren Berechnungen bildet.

Basaltemperaturmethode

Eine andere Methode, relativ sicher die Zeit des Follikelsprungs im monatlichen Regelzyklus der Frau festzustellen, um die fruchtbar und unfruchtbar Tage ermitteln zu können, ist die regelmäßige Messung der Aufwachtemperatur (Basaltemperatur).

Bereits 1904 machte der Gynäkologe Van de Velde (Holland) auf den zweiphasigen Temperaturverlauf im Regelzyklus der Frau aufmerksam. Wir hatten bereits erwähnt, daß ihre Körpertemperatur durch die Wirkung des Gelbkörperhormons in einem

durchschnittlich 28tägigen Zyklus 1 bis 2 Tage nach dem Follikelsprung (etwa in der Zyklusmitte) ungefähr um $0,3^{\circ}\text{C}$ bis $0,5^{\circ}\text{C}$ ansteigt und kurz vor Beginn der nächsten Regel (1 Tag vorher) wieder abfällt.

In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen ist nachgewiesen worden, daß ab dem 3. Tag des Temperaturanstiegs – an dem die Eizelle bereits nicht mehr lebensfähig ist – bis zur nächsten Regelblutung mit dem Eintritt einer Schwangerschaft nicht zu rechnen ist. Ein Beschränken des sexuellen Beisammenseins auf diese Zeit wird als die sogenannte strenge Form der Basaltemperaturmethode bezeichnet. Dem Paar ist also ein empfängnisfreier Geschlechtsverkehr vom 3. Tag nach dem Temperaturanstieg bis zum Beginn der nächsten Regel der Frau möglich. Die Sicherheit ist sehr groß. Die Versagerquote liegt bei etwa 1 Prozent und wird nur noch durch die Pille (hormonale Kontrazeption) übertroffen.

Zusätzlich zur strengen Form der Basaltemperaturmethode, die allerdings von der Frau viel Exaktheit verlangt, kann auch noch die einfache Form der Temperaturmethode angewendet werden.

Neben der empfängnisfreien Zeit nach der strengen Form (vom 3. Tag nach dem Temperaturanstieg bis zur nächsten Regel) wird zusätzlich eine etwas weniger zuverlässige Zeit (nach Döring) berücksichtigt. Diese erstreckt sich vom 1. Tag des Regelzyklus bis 6 Tage vor dem am frühesten gemessenen Temperaturanstieg. Es ist erforderlich, daß die Temperatur mindestens 6 Monate gemessen wird, ehe die Methode angewendet werden kann. Die Versagerquote der einfachen Form der Temperaturmethode beträgt etwa 3–7 %. Die Berechnung der empfängnisfreien Zeit ist verhältnismäßig kompliziert und sollte daher gemeinsam mit dem Frauenarzt erfolgen.

Junge Menschen, die erst ihre sexuellen Erfahrungen sammeln, werden diese Methode kaum anwenden können.

Für einige Paare, die ihre sexuellen Bedürfnisse nur auf wenige Tage im Monat beschränken wollen, ist z. B. die strenge Form der Basaltemperaturmethode wegen des hohen Grades an Sicherheit sehr geeignet. Doch größtenteils richten sich die Bedürf-

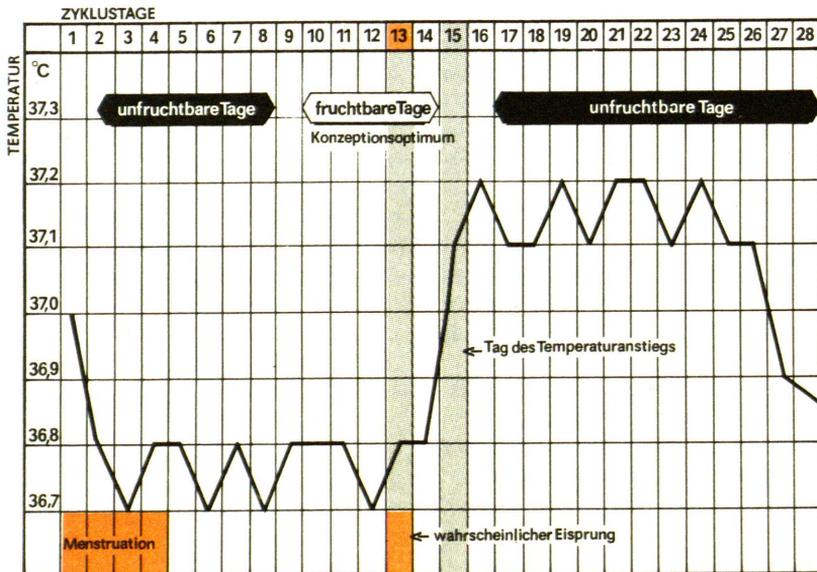
nisse nach sexuellem Zusammensein nicht nach dem Kalender oder nach ausgewählten Tagen im Monat.

Wie wird die Aufwachtemperatur (Basaltemperatur) gemessen?

1. Jeden Morgen wird noch im Bett gleich nach dem Aufwachen die Temperatur gemessen. Die Messung muß unter Ruhebedingungen vor sich gehen, ohne daß sich die Frau viel bewegt. Deshalb sollte das Thermometer vor der Nachtruhe heruntergeschlagen werden und morgens griffbereit neben dem Bett liegen. Ein vorheriges Aufstehen muß unterbleiben.
2. Es kann ein normales Fieberthermometer verwendet werden. In Apotheken und Drogerien kann jedoch auch ein spezielles Frauenthermometer erworben werden, das eine größere Skaleneinteilung aufweist und damit das Ablesen der Temperatur erleichtert. Die Temperatur wird 5 Minuten lang im After gemessen. Eine Messung unter der Zunge ist auch möglich, doch sollte man sich stets für **eine** Methode entscheiden und **nur** diese dann anwenden. Die Messung in der Achselhöhle ist ungeeignet.
Es ist ratsam, immer das gleiche Thermometer zu benutzen, da die Angaben ver-

schiedener Instrumente leicht voneinander abweichen.

3. Voraussetzung für die Messung der Basaltemperatur ist ein relativ ungestörter Nachtschlaf von mindestens 6 Stunden. Die Temperatur sollte auch jeden Morgen etwa zur gleichen Zeit gemessen werden. Eine Zeitdifferenz von 1 bis 2 Stunden ist unerheblich. Veränderungen im Lebensrhythmus wie Alkoholgenuß, verkürzter Nachtschlaf, Erkältungsinfekte oder andere fieberhafte Erkrankungen verändern bzw. verfälschen die Basaltemperatur. Auch einige Medikamente wie z. B. Schlafmittel können sich ähnlich auswirken. Daher sollten Veränderungen, die auf die genannten oder andere Ursachen zurückzuführen sind, unbedingt vermerkt werden, damit nicht schon jede Temperaturerhöhung als Anstieg der Basaltemperatur angesehen wird.
4. Nachdem die Aufwachtemperatur gemessen worden ist, sollte sie sofort auf einen Vordruck (siehe Abbildung) eingetragen werden. Diese Vordrucke sind beim Frauenarzt oder in der Ehe- und Sexualberatung erhältlich. Steht kein Vordruck zur Verfügung, kann man auch Millimeterpapier verwenden.
Die Einzelwerte der täglichen Temperatur-



messungen werden durch Linien verbunden, so daß eine Basaltemperaturkurve entsteht, die Auskunft über den monatlichen Regelzyklus der Frau gibt. Die Tage der Regelblutungen sowie der genannten Veränderungen im Lebensrhythmus der Frau werden ebenfalls vermerkt.

Als Temperaturanstieg (nach dem Follikel-sprung) im Regelzyklus der Frau wird bereits anerkannt, wenn die Temperatur an drei auf-

einanderfolgenden Tagen mindestens um $0,2^{\circ}\text{C}$ höher liegt als an den anderen Tagen.

Um die Basaltemperatur richtig beurteilen zu können, ist ein wenig Übung und auch einige Erfahrung notwendig. Anfangs ist die Deutung des Kurvenverlaufs für die Frau nicht ganz einfach. Es ist deshalb zu empfehlen, die Hilfe eines Frauenarztes bei der Auswertung der Kurve in Anspruch zu nehmen. Später kann dies die Frau bei einiger Erfahrung selbst.

Mechanische Methoden

Es ist nur zu verständlich, daß jedes Paar nach Wegen einer relativen Sicherheit vor einer ungewollten Schwangerschaft beim Intimverkehr sucht. So auch nach Methoden, die nicht einer über Monate oder Wochen dauernden Vorbereitung bedürfen, wie dies bei der Temperaturmethode der Fall ist, oder, wenn beim erstmaligen oder beim Wiedereinnehmen der Pille noch kein Schutz vorhanden ist.

Deshalb werden von vielen Paaren mechanische Methoden der Kontrazeption angewandt, die bewirken, daß Spermien beim Geschlechtsverkehr überhaupt nicht oder nur in bestimmte Abschnitte des weiblichen Genitale eindringen können.

Das Kondom

Die wohl häufigste mechanische Methode ist das Kondom, auch Präservativ oder Gummischutz genannt, das keiner größeren Vorbereitung bedarf.

Das Kondom ist ebenfalls eine alte Form der Schwangerschaftsverhütung. In vergangenen Zeiten wurden die Kondome aus dünnen Schafsdärmen hergestellt. Heute bestehen sie aus hochqualitativen Gummis bis zu einer Stärke von nur 0,03 bis 0,04 mm.

Werden Kondome richtig angewandt, bieten sie eine ziemlich hohe Sicherheit. Und dennoch fragt man sich, wie eine so relativ hohe Versagerquote von etwa 7 bis 10 Prozent zustande kommt.

Alle Kondome werden industriell auf Haltbarkeit und Dichte elektronisch geprüft. Eine nochmalige Prüfung vor dem Geschlechtsverkehr ist also überflüssig, ja sogar gefährlich, weil raue Hände oder

scharfe Fingernägel die äußerst dünnen Gummihüllen verletzen können. Hier liegt bereits eine Versagermöglichkeit.

Die bei uns in Drogerien und manchmal auch in Kaufhallen gehandelten Kondome tragen die Namen mondos/Gold (3 Stück 1,- Mark), mondos/Luxus (3 Stück 1,65 Mark), mondos/feucht (3 Stück 2,- Mark) und mondos/spezial (1 Stück 1,65 Mark). Die Mittel unterscheiden sich wenig voneinander, die beiden letztgenannten sind Feuchtpräparate. Mondos/spezial unterscheidet sich von den anderen auch noch durch die Struktur des Materials.

Mancher junge Mann scheut sich, das Kondom in der Drogerie zu verlangen. Warum eigentlich? Auch der Kauf dieses Verhütungsmittels ist eine natürliche Sache. Zeugt er nicht von der Verantwortung gegenüber dem Partner? Soll man sich dessen schämen?

Wer sich dennoch zu fragen scheut, kann beim ersten Kauf den Namen des gewünschten Präparates diskret auf einen Zettel schreiben und diesen vorweisen, später genügt ein Teil der Verpackung.

Überwiegend werden heute Kondome mit Ausstülpungen (Spermienreservoir) an der Spitze (siehe Abb. S. 24) hergestellt. Diese Ausstülpungen dienen dem Auffangen des Ejakulats (der Spermien) beim Geschlechtsverkehr. Des weiteren wird zwischen den sogenannten „trockenen“ und „feuchten“ Kondomen unterschieden. Die letzteren sind mit einem Gleitmittel versehen, das Reibungen am Penis verhindern soll und die Einführung des mit einem Kondom versehenen Penis in die Scheide erleichtert. Dadurch werden

gleichzeitig Beschädigungen (Zerreißen) des Kondoms vorgebeugt und die Sicherheit erhöht, denn hier liegt eine weitere Ursache des Versagens der Schutzwirkung.

Zum Teil sind auch Kondome mit kleinen Noppen (Verdickungen in der Gummiwand) erhältlich, die einen intensiveren Reiz beim Geschlechtsverkehr auf die Scheide der Frau bewirken sollen.

Einige Hinweise für die richtige Anwendung des Kondoms, die zu einer relativ hohen Sicherheit beitragen sollen:

1. Der Geschlechtsverkehr sollte nie vor dem Anlegen des Kondoms begonnen werden. Das hat einen ganz einfachen, aber nachhaltigen Grund. Wird der Geschlechtsverkehr kurz vor der Ejakulation unterbrochen, um das Kondom anzulegen, so wird die Harmonie des Beisammenseins gestört, mitunter sogar zerstört. Das kann vor allem auf die Frau zutreffen, denn ihre Steigerungsfähigkeit und Anteilnahme am Intimverkehr nimmt bekanntlich einen etwas anderen Verlauf als beim Mann. Eine Unterbrechung wegen „technischer Probleme“ kann zum Abbruch ihrer Erregungskurve, zum „Erkalten“ ihrer Gefühle führen.

Wird das Kondom erst unmittelbar vor der Ejakulation aufgerollt, birgt das außerdem die Gefahr in sich, daß – eben weil die Ejakulation kurz bevorsteht – bereits

Spermien in die Scheide eindringen können, die dann zu einer ungewollten Schwangerschaft führen.

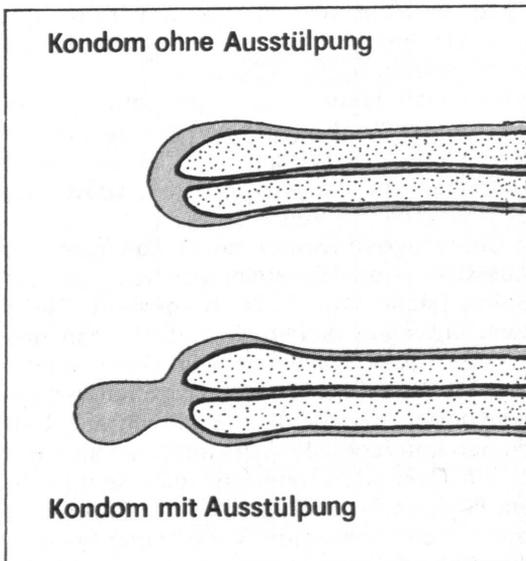
2. Das Kondom wird vor der Vereinigung langsam über den errigierten Penis aufgerollt. Es ist unbedingt darauf zu achten, daß es nicht mit den Fingernägeln oder rissigen Händen verletzt wird. Ein Kondom ohne Spermienreservoir muß an der Spitze ca. 1 1/2 cm überstehen, um die Spermien auffangen zu können. Eine eventuell sich bildende Luftblase ist zu beseitigen. Wird das Kondom zu straff angelegt und kein Zwischenraum gelassen oder entsteht an der Kondomspitze eine größere Luftansammlung, kann es zerreißen (siehe Abb.). Wird kein Feuchtpräservativ verwendet, kann das Kondom zerreißen, falls der Scheideneingang der Frau vor dem Geschlechtsverkehr noch zu wenig feucht sein sollte. Das kann bei jungen Frauen der Fall sein, die ihre ersten Schritte auf dem Wege der Intimsphäre gehen. Dann ist zu raten, das Kondom gegebenenfalls mit etwas Speichel anzufeuchten.

Taktgefühl ist jedoch unbedingt geboten, jeder Kommentar ist hier zu vermeiden, weil er überflüssig ist und die keimende oder bestehende Liebe und Bereitschaft zum sexuellen Verkehr hemmen kann.

3. Nach der Beendigung des Geschlechtsverkehrs sollte der noch errigierte Penis aus der Scheide gezogen werden, sonst besteht die Gefahr, daß Spermien zwischen Penis und Kondomwand austreten – und die ganze Vorsicht umsonst war. Beim Herausziehen des Penis aus der Scheide ist das Kondom am oberen Rand festzuhalten, damit es nicht verrutscht oder gar in der Scheide verbleibt.

4. Nach der Entfernung des Kondoms kann eine nochmalige gewünschte Vereinigung nur dann erfolgen, wenn der Mann sein Genitale gründlich gewaschen hat und ein neues Kondom angelegt wurde.

5. Zerrißt das Kondom trotz aller Vorsicht, ist eine **sofortige** Scheidenspülung anzuraten. Sie mindert etwas die Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft, ist aber



als alleinige Methode zur Schwangerschaftsverhütung ungeeignet. Der Zeitfaktor ist hier besonders wichtig, da die Spermien relativ schnell in den Muttermund eindringen. Dies ist auch bei sofortiger Scheidenspülung nicht völlig zu verhindern, aber die vorhandene Spermienzahl kann erheblich gesenkt werden. Die Chance der Nichtbefruchtung ist etwas größer.

Ist eine Scheidenspülung erforderlich, eignet sich dazu ein Irrigator (Spülkanne). Dieser ist mit Ansatzstück (Mutterrohr) in Apotheken bzw. Drogerien erhältlich. Ein Gummischlauch verbindet Irrigator und Plaateinsatzstück.

Zuerst wird die Luft aus dem Gummischlauch entfernt. Dann wird handwarmes Wasser aus dem Irrigator – etwa 1 Liter – mit Hilfe des Ansatzstückes vorsichtig in die Scheide geleitet. Das Ansatzstück wird in liegender Stellung ca. 5 bis 6 cm in die Scheide eingeführt. So erfolgt auch die Spülung.

Von sogenannten Vaginalduschen mit abdichtender Manschette ist allerdings abzuraten, da der notwendige Wasserdruck so erheblich ist, daß er zu Verletzungen und Infektionen im weiblichen Genitaltrakt führen kann.

Dem Wasser für die Spülung können ein wenig Weinessig (ca. 1 Eßlöffel für einen Liter Wasser) oder einige Körnchen Kaliumpermanganat zugesetzt werden. Die Spülflüssigkeit darf hierbei nur schwach rosa gefärbt sein. Bei allen stärkeren Lösungen, das trifft auch auf die Verwendung von Weinessig zu, besteht die Gefahr der Verätzung der Scheidenschleimhaut.

Nach der Spülung können außerdem auch noch chemische Schwangerschaftsverhütungsmittel wie Nona-Gel in die Scheide eingeführt werden.

Dies sei aber nur für jene Fälle geschildert, bei denen das Kondom verletzt oder gar zerrissen wurde.

Richtig angewendet, bietet das Kondom durch seine schnelle und leichte Handhabung eine relativ große Sicherheit. Es ist vor allem dann geeignet, wenn die Partner sich noch nicht auf eine dauernde Methode der Kontrazeption wie die Anwendung der Pille oder des Intrauterinpessars eingestellt haben. Darum ist das Kondom gerade für

junge Leute, für spontane Erlebnisse zu empfehlen. Es ist auch bei anderen Methoden der Kontrazeption (Kalendermethode, Basaltemperaturmethode) zusätzlich an den Tagen einsetzbar, an denen die Sicherheit dieser Methoden eingeschränkt ist.

Die Anwendung des Kondoms durch den Mann und die gleichzeitige Benutzung einer chemischen Kontrazeptionsmethode durch die Frau (Nona-Gel als spermienhemmende Substanz vor dem Geschlechtsverkehr) erhöhen wesentlich den Schutz.

Besonders sei darauf hingewiesen, daß die Verwendung des Kondoms auch eine Schutzmöglichkeit vor dem Tripper (Gonorrhoe) darstellt. Diese in den letzten Jahren international wieder ansteigende Geschlechtskrankheit kann durch die Anwendung des Kondoms in ihrer Ausbreitung wesentlich eingeschränkt werden, da sie hauptsächlich direkt beim Geschlechtsverkehr übertragen wird.

Das Scheidenpessar (Diaphragma)

Eine weitere Methode der mechanischen Schwangerschaftsverhütung ist das Scheidenpessar. Es wurde 1882 von dem Flensburger Arzt Mensinga entwickelt und war vor der Einführung der modernen Kontrazeptiva (hormonelle Kontrazeption und Intrauterinpessar) relativ weit verbreitet.

Das Scheidenpessar besteht aus einer dünnen Gummimembran und einem wulstigen Gummirand. In diesem Gummirand (Wulst) ist eine zarte, ringförmige Feder eingebaut, die das Scheidenpessar entfaltet (siehe Abb. S. 26). Das Pessar wird von der Frau vor jedem Geschlechtsverkehr in die Scheide eingeführt und teilt diese in einen oberen und einen unteren Abschnitt. Der obere Abschnitt (Scheidengewölbe und Muttermund) wird also von der übrigen Scheide „getrennt“, der Penis kann somit nur in den unteren Abschnitt eindringen. Dadurch wird verhindert, daß Spermien in den Muttermund gelangen können.

Das Scheidenpessar ist in medizinischen Fachgeschäften erhältlich und wird dort in verschiedenen Größen angeboten. Vor dem Erwerb muß die Frau unbedingt vom Frauenarzt die für sie richtige Größe bestimmen lassen. Der Scheidendurchmesser ist nicht bei allen Frauen gleich und wird auch durch die Anzahl der geborenen Kinder variiert.

Die Anwendung des Pessars (Einführen und richtiger Sitz) ist verhältnismäßig einfach und wird von den Frauen rasch erlernt und selbst ausgeführt. Doch sollten sie ihre Kenntnisse nicht aus Büchern entnehmen, sondern sich diese unbedingt von ihrem Frauenarzt vermitteln lassen. Nur eine wirklich exakte Anwendung der Methode ermöglicht einen Schutz. Deshalb verzichten wir bewußt auf die Darstellung der Einlegetechnik und verweisen auf die Konsultation mit dem Frauenarzt.

Das Scheidenpessar sollte vor jedem Geschlechtsverkehr eingelegt werden. Doch empfiehlt es sich, gleichzeitig noch das spermienhemmende Nona-Gel zu benutzen. Seine Anwendung in Verbindung mit dieser chemischen Methode erhöht die Sicherheit erheblich und sollte daher nicht unterlassen werden.

Frühestens 6 bis 8 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr bzw. am nächsten Morgen kann das Scheidenpessar von der Frau wieder entfernt werden. Eine Scheidenspülung ist nicht notwendig, da unter den genannten Bedingungen die Spermien nicht mehr befruchtungsfähig sind. Länger als 12 Stunden sollte das Pessar aber nicht in der Scheide verbleiben, da es dann Scheidenentzündungen verursachen kann.

Nachdem das Pessar entfernt wurde, ist es gründlich mit warmem Wasser zu reinigen. Dabei ist Vorsicht geboten, damit der dünne Gummi nicht verletzt wird. Danach kann das Pessar mit Kinderpuder eingepu-

dert und gelagert werden. Vaseline und Öl dürfen nicht verwendet werden, da diese Substanzen den Gummi schädigen.

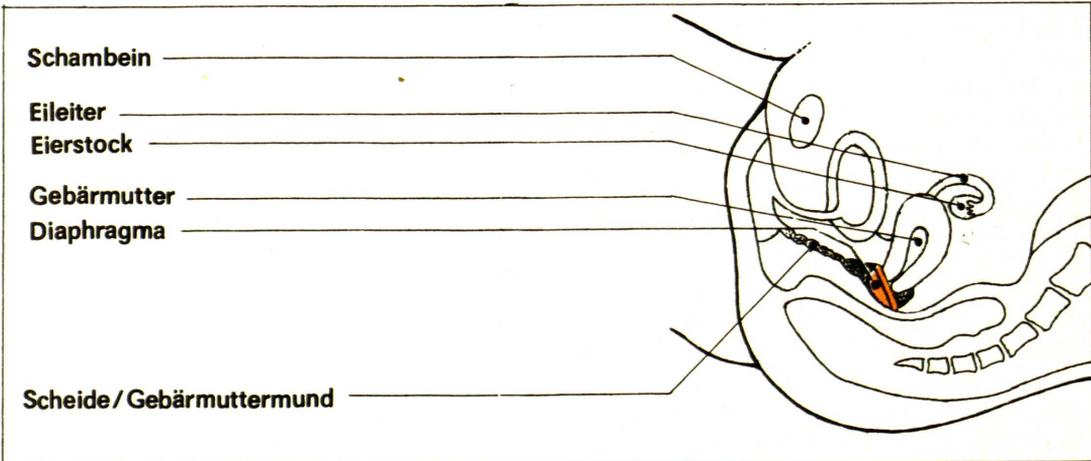
Richtig gepflegt, kann das Pessar über viele Monate hinweg stets aufs Neue verwendet werden. Voraussetzung ist jedoch, daß keine mechanische Verletzung des Gummis erfolgte. Es ist aber erforderlich, daß sich die Frau halbjährlich beim Frauenarzt vorstellt. Der Arzt muß die notwendige Größe des Pessars und den möglichen Sitz überprüfen, da sich die anatomischen Verhältnisse der Scheide im Laufe der Zeit ändern können. Dies ist auch dann besonders wichtig, wenn die Frau nach Geburten oder Fehlgeburten die Scheidenpessarmethode wieder anwenden möchte.

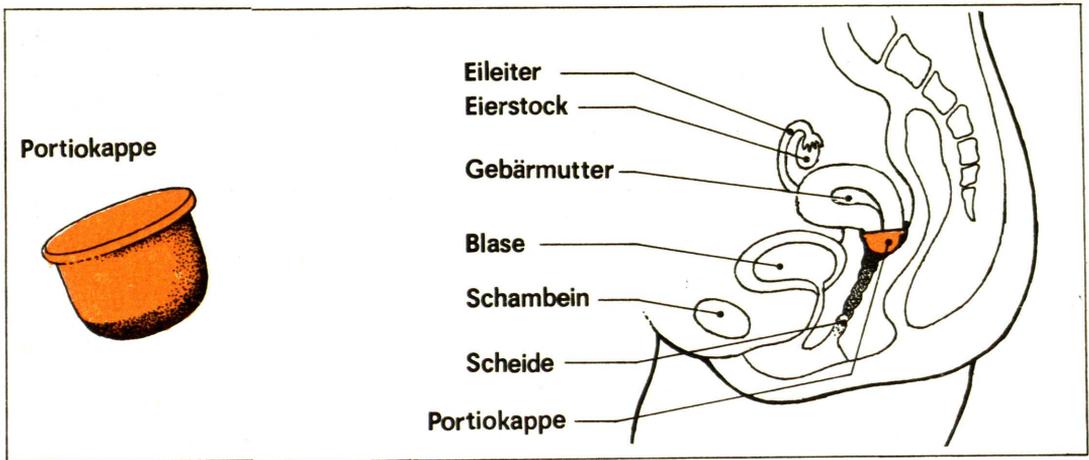
Meist wird der Geschlechtsverkehr durch das Pessar kaum beeinträchtigt. Nur in Ausnahmefällen wird es als störend empfunden. Sollten die Partner Beschwerden bei der Anwendung verspüren, ist der Frauenarzt zu konsultieren.

Die Versagerquote beträgt etwa 10 bis 15 Prozent. Sie sinkt, werden gleichzeitig spermienhemmende Medikamente wie Nona-Gel angewendet, aber auch durch die zunehmende Erfahrung der Frau im Umgang mit dem Pessar, bis auf 6 Prozent.

Portiokappe

Wenden wir uns nun einer nur noch selten angewendeten Methode zu, deren Prinzip darin besteht, das Eindringen der Spermien in den Muttermund zu verhindern: der Por-





tiokappe. Dabei wird über den Muttermund (Portio) der Frau eine Kappe aus Plast oder Gummi gestülpt (siehe Abb.).

Die Portiokappe wurde 1838 erstmals von Wilde angewendet.

Die Kappe wird nach Beendigung der Regel meist vom Frauenarzt auf den Muttermund aufgesetzt und kurz vor der neuen Regel von ihm wieder abgenommen. Das Auf- und Absetzen der Kappe durch den Arzt ist deshalb erforderlich, weil nur wenige Frauen selbständig mit der Portiokappe richtig umgehen können.

Der Vorteil dieser Methode besteht vor al-

lem darin, daß die Frau für einen ganzen Monat geschützt ist. Ihr Nachteil sind die häufigen Arztkonsultationen.

Die Sicherheit ist höher als beim Kondom und beim Scheidenpessar. Die Versagerquote der Portiokappe beträgt etwa 7 Prozent. Sie kann allerdings nicht bei allen Frauen Anwendung finden. Für Frauen, bei denen der Muttermund durch Geburten zerklüftet ist und die zu entzündlichen Veränderungen am Muttermund neigen, ist diese Methode ungeeignet. Der Arzt muß bei jeder Frau individuell entscheiden, ob die Anwendung der Portiokappe möglich ist.

Chemische Methoden

Die Wirksamkeit der chemischen Mittel beruht auf einer Abtötung der Spermien in der Scheide mit Hilfe chemischer Substanzen. In Apotheken und Drogerien ist das Präparat Nona-Gel erhältlich. Das Problem des Mittels ist, daß es einer gewissen Zeit bedarf, bis die chemischen Substanzen freigesetzt werden, und diese Zeit muß von den Partnern mit Verständnis und in Liebe überbrückt werden.

Nona-Gel

Dieses Präparat hat Zäpfchenform. Eine Pak-

kung enthält 6 Zäpfchen. Ein Zäpfchen wird von der Frau in Rückenlage 15 Minuten vor dem Geschlechtsverkehr so tief wie möglich mit dem Finger in die Scheide eingeführt. Die Zeitspanne von 15 Minuten ist unbedingt einzuhalten, damit sich das Zäpfchen in der Scheide vollständig auflösen und jene Substanzen freisetzen kann, die den Spermien den Weg verlegen.

Bei der Verwendung von Nona-Gel darf nach dem Einführen des Zäpfchens nicht mehr aufgestanden werden. Die Wirkung hält nur

etwa 30 Minuten an. Vor einem erneuten Geschlechtsverkehr muß ein weiteres Zäpfchen eingeführt werden. 15 Minuten Wartezeit sind wiederum erforderlich, bis sich das Zäpfchen aufgelöst hat.

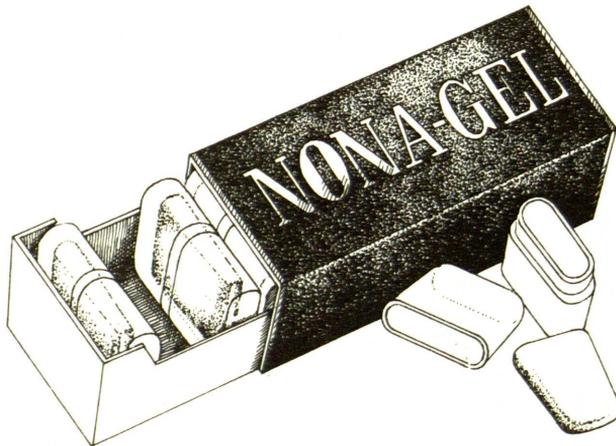
Eine Scheidenspülung nach dem intimen Beisammensein ist nicht notwendig. Sollte dies aber aus hygienischen Gründen erwünscht sein, so darf diese Spülung nicht früher als 6 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr erfolgen.

Chemische Mittel der Schwangerschaftsverhütung setzen exakte Anwendung voraus. Sie allein entscheidet wesentlich über den Erfolg und die Wirksamkeit. Die Angaben über die Versagerquoten schwanken in

der Literatur zwischen 10 und 30 Prozent. Eine wesentlich höhere Sicherheit kann – wie bereits dargestellt – erreicht werden, wenn diese Methoden mit mechanischen Methoden (Kondom, Scheidenpessar, Portiokappe) kombiniert werden.

Die Kombination von Kondom und Nona-Gel ist eine empfehlenswerte Möglichkeit zur Schwangerschaftsverhütung, wenn die Pille noch nicht genommen wird oder auch für Frauen, die eine Pause bei der Einnahme der Pille aus gesundheitlichen Gründen einlegen mußten.

Das erwähnte Präparat ist für beide Partner unschädlich.



Hormonale Kontrazeption (Pille)

Die „Pille“, früher die Bezeichnung für eine bestimmte Arzneiform, ist heute wohl der populärste Begriff der Pharmazie geworden. Ihr guter Ruf als empfängnisverhütendes Mittel ist weltweit. Etwa 80 Millionen Frauen nehmen derzeit die Pille ein. In den Jahren 1955 bis 1958 wurde die hormonale Kontrazeption durch die maßgeblichen Forschun-

gen des Physiologen Pincus und des Gynäkologen Rock entwickelt.

Bereits Mitte der sechziger Jahre wurde die „Pille“ auch in der DDR als schwangerschaftsverhütendes Mittel eingeführt. Ihre Anwendung nimmt ständig zu, gegenwärtig benutzen sie etwa 40 Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter. Damit gehört unsere Re-

publik zu den Ländern mit der höchsten Anwendungsquote in der Welt.

Die Pille gilt als das sicherste Schutzmittel und ist es mit fast 100 Prozent Sicherheit auch. Wie lange ist die Menschheit auf der Suche nach einem solchen Mittel, mit einer Pille die ungewollte Schwangerschaft zu verhüten, gewesen? Die Wunderkugeln und Säfte der Quacksalber waren Ausdruck dieser Sehnsucht. Aber erst mußten die Hormone entdeckt werden, ehe diese Pille entwickelt und produziert werden konnte, denn, so paradox es klingt, die Frauen nehmen nun täglich jene Chemikalien – oder weiblichen Hormone – als biologisches Steuerungsmittel ein, die sie normalerweise dazu befähigen, ein Kind zu empfangen. Hinter diesem Trick verbirgt sich die komplizierte Wirkung der Pille.

Zur Wirkungsweise der Pille

Wie bereits beschrieben, produziert der Organismus der Frau im Rahmen des biologischen Regelzyklus, gesteuert über die Hirnanhangdrüse, u. a. die Geschlechtshormone Östrogene und Gestagene.

Mit der Pille werden der Frau diese synthetisch hergestellten Hormone zugeführt. Eine bestimmte Dosis der Hormone in der Pille hemmen die Abgabe von follikelstimulierenden Hormonen der Hirnanhangdrüse, so daß es ähnlich wie bei einer bestehenden Schwangerschaft zu keiner weiteren Ausreifung einer befruchtungsfähigen Eizelle in den Eierstöcken kommt (vgl. S. 17).

Neben dieser zentralen Wirkung haben die Hormone der Pille – vereinfacht dargestellt – u. a. noch einen direkten Einfluß auf die Eileiter, auf die Gebärmutter Schleimhaut sowie auf den Schleim des Gebärmutterhalses (Zervikalschleim).

Die Beweglichkeit der Eileitermuskulatur für den Transport der Eizelle in die Gebärmutterhöhle wird eingeschränkt, die Gebärmutter Schleimhaut wird für die Einnistung einer evtl. befruchteten Eizelle nicht ausreichend vorbereitet, der Zervikalschleim wird zähflüssiger, und damit wird das Eindringen von Spermien in die Gebärmutterhöhle erschwert bzw. verhindert. Auf der mehrfachen Wirkung der hormonalen Kontrazeption beruht die hohe Sicherheit, eine unerwünschte Schwangerschaft zu verhindern (s. Abb. S. 30).

Arten der hormonalen Kontrazeption

In der DDR werden mehrere Sorten von Pillen hergestellt und verordnet, die sich unter anderem hauptsächlich in der chemischen Zusammensetzung sowie im Anteil von Östrogenen und Gestagenen in den einzelnen Präparaten unterscheiden.

Als wichtigste Arten der hormonalen Kontrazeption unterscheiden wir Kombinations-, Sequenz- und Depotpräparate.

Zu den **Kombinationspräparaten** (Einphasenpräparate) gehören Non-Ovlon, Gravi-stat, Ovosiston und Minisiston.

Bei diesen Präparaten werden mit jeder Pille Östrogene und Gestagene eingenommen. Sie gelten als die sichersten Präparate und werden am häufigsten vom Arzt verordnet.

Zu den **Sequenzpräparaten** (Zweiphasenpräparate) gehören das Sequenz-Ovosiston und das Sequostat. Bei diesen Präparaten werden Östrogene und Gestagene teilweise getrennt in einzelnen Pillen eingenommen. So werden in der ersten Zyklushälfte (Phase) nur Östrogene und in der zweiten Zyklushälfte Östrogene und Gestagene je Pille verabreicht. Als ein neues Präparat wurde Trisiston eingeführt. Es ist eigentlich ein Dreiphasenpräparat. Mit dieser Pille werden in den einzelnen Abschnitten des Regelzyklus stufenweise höhere Dosen von Östrogenen und Gestagenen zugeführt.

Ein **Depotpräparat** ist das Deposiston, die „Wochenpille“. Die eingenommenen Hormone werden hauptsächlich im Körperfettgewebe gespeichert und langsam an das Blut abgegeben. Die Speicherung und Abgabe der Hormone im Körper ermöglichen einen Einnahmerhythmus von 7 Tagen.

Die Verordnung einer bestimmten Pillenart muß vom Arzt sehr individuell erfolgen. Die einzelnen Präparate besitzen unterschiedlich hohe Anteile an Östrogenen und Gestagenen. Die Entscheidung, welches Präparat für die Patientin das Geeignete ist, trifft der Arzt. Sie wird u. a. vom Alter der Frau, dem noch vorhandenen Kinderwunsch, der Regelstärke und dem Regelrhythmus sowie der allgemeinen körperlichen Konstitution der Frau (z. B. Neigung zu Übergewicht, zu Kopfschmerzen u. a.) beeinflußt.

Beachtet werden müssen auch die bisherigen Erkrankungen und Belastungen des Organismus der Frau. Die Verordnung mehr östrogenbetonter Präparate (Ovosiston) oder gestagenbetonter (Non-Ovlon) kann Belastungen und eventuelle Nebenwirkungen weitgehend vermeiden helfen oder diese einschränken. Der Arzt hat bei der richtigen Auswahl des Präparates für seine Patientin viele Aspekte zu beachten, die die Möglichkeiten einer eingehenderen Erörterung der Problematik in diesem Heft überschreiten würden.

Wichtig aber ist, daß sich die Patientin stets vertrauensvoll an ihren Frauenarzt wenden soll und ihm auftretende Nebenwirkungen und Probleme, die sich bei der Einnahme der Pille ergeben, mitteilt. Manches Problem läßt sich bereits mit einem Wechsel des Präparates größtenteils lösen.

Medizinische Gegenindikationen bei der Anwendung der Pille

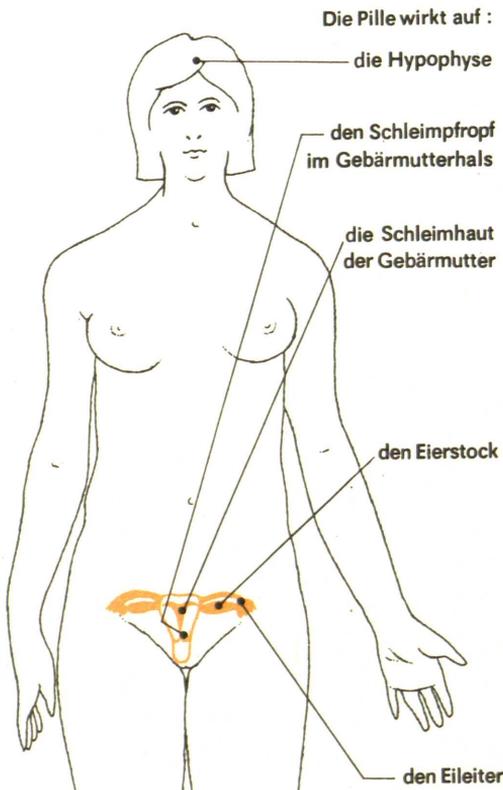
Vor der Verordnung der Pille fragt der Frauenarzt die Patientin nach früheren oder bestehenden Krankheiten. Den allermeisten Frauen im gebärfähigen Alter kann sie ohne Risiko für die Gesundheit verordnet werden. Es gibt jedoch auch Ausnahmen. In diesen Fällen kann die Hormoneinwirkung einige bestehende Krankheiten ungünstig beeinflussen. Ist dies mit hoher Sicherheit zu erwarten, wird von der absoluten Kontraindikation gegen die Verordnung der Pille gesprochen.

Folgende Krankheiten schließen z. B. die hormonale Kontrazeption aus: hormonabhängige, bösartige Tumoren, einige akute bzw. chronische Lebererkrankungen und Leberschäden, Herzinfarkt und bestimmte Herz- und Gefäß-Erkrankungen sowie Gefäßerkrankungen des Gehirns, Zustand nach oder bei bestehenden Thrombosen und Thromboembolien, Sichelzellanämie (Bluterkrankung), Marfan-Syndrom (Bindegewbserkrankung).

Auch während der Schwangerschaft dürfen keine hormonellen Kontrazeptiva angewendet werden, da sich einige Präparate ungünstig auf den Embryo bzw. den Feten auswirken können.

Als relative Kontraindikationen werden Krankheiten bezeichnet, die sich mit der Einnahme der Pille in einigen wenigen Fällen verschlechtern können. Dazu gehören u. a.: Erkrankungen, die sich bei vorangegangenen Schwangerschaften verschlechtert hatten, Hepatitis und Gallenblasenerkrankungen, chronische Nierenerkrankungen und Nierenschäden, Zuckerkrankheit, Epilepsie, Bluthochdruck, Depressionen, Multiple Sklerose.

Besteht eine relative Kontraindikation, müssen die Frauen nicht unbedingt auf die Pille verzichten. Bestimmte Präparate können unter strenger ärztlicher Kontrolle angewendet werden. Unabdingbare Voraussetzung ist jedoch, daß die Frau von ihr wahr-



genommene Störungen oder Verschlechterungen der bestehenden Krankheiten sofort ihrem behandelnden Frauenarzt mitteilt.

Die ausführlichen Darlegungen über verschiedene Anwendungsbereiche der hormonalen Kontrazeption sollten etwas besonders verdeutlichen: Es ist unbedingt erforderlich, sich vom Frauenarzt die speziell geeignete Pille verordnen zu lassen. Unkontrollierte und „selbstverordnete“ Pilleneinnahmen (z. B. Mitversorgung der Freundin usw.) sollten unterbleiben, da sie ohne ärztliche Untersuchung und Kontrolle der Gesundheit mehr schaden als dienen können.

Zur Verordnung und Anwendung der Pille

Die Pille wird vom Frauenarzt verordnet und in der Apotheke kostenlos gegen Rezept abgegeben. Die Frau sollte zum Arztbesuch den Regelkalender der letzten 1 bis 2 Jahre mitbringen. Er erleichtert es dem Arzt, der Patientin ein optimales Präparat zu verordnen.

Der Verordnung geht eine gründliche Untersuchung nicht nur der Genitalorgane voraus. Später – nach Einnahme – erfolgen dann die Kontrolluntersuchungen in sechsmonatigen Abständen, die einmal im Jahr mit der Geschwulstvorsorgeuntersuchung der Brust verbunden sind. Alle ein bis zwei Jahre wird der Zytotest (Krebsvorsorgetest vom Muttermund) wiederholt. Es ist also nicht nur die Verhütung von ungewollten Schwangerschaften, sondern auch die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, die bei der Verordnung der hormonalen Kontrazeption den Kontakt der Frau zu ihrem Frauenarzt festigt. Zwei wichtige Anliegen werden auf diese Weise miteinander verbunden.

Die exakte Führung des Regelkalenders für die Jahre der Pilleneinnahme ist dabei besonders wichtig. Es kommt vor allem darauf an, die Blutungsdauer, die Blutungsabstände und eventuelle zusätzliche Blutungen genau zu registrieren. Der Regelkalender ist zu allen Untersuchungen mitzubringen. Der Arzt kann aus ihm u. a. auch die Verträglichkeit und die richtige Auswahl des Präparates beurteilen.

Zum Einnahmerhythmus

Wird die Pille erstmalig genommen, gelten

für die verschiedenen Präparate differenzierte Einnahmeregeln, die man kennen und nach denen man sich richten muß. Alle Frauen, die bereits die Pille nehmen, beherrschen ihren Einnahmerhythmus sehr genau. Veränderungen gibt es dann nur bei einem Wechsel des Präparates. Mit der ersten Einnahme aller Pillenpräparate außer Deposiston wird am 5. Tag nach Beginn der Regelblutung (der erste Blutungstag wird mitgerechnet) begonnen, unabhängig davon, ob die Blutung bereits beendet ist oder nicht.

Der erste Einnahmetag sollte auf dem Regelkalender zur Kontrolle der Einnahmedauer notiert werden. Eine weitere Kontrolle ermöglicht der Aufdruck auf der Rückseite der Folienpackung. Bei den genannten Präparaten muß die erste Pille aus dem Feld genommen werden, das mit der Abkürzung des zutreffenden Wochentages gekennzeichnet ist (siehe Abb. S. 32).

Voraussetzung für einen sicheren Empfängnischutz ist, daß keine Pilleneinnahme vergessen wird. Der Abstand zwischen zwei Einnahmen darf nicht mehr als 22 bis 26 Stunden betragen. Deshalb ist es günstig, wenn die Pille regelmäßig, z. B. abends vor dem Schlafengehen, eingenommen wird. Ein fester Einnahmerhythmus im Tagesablauf schützt am sichersten vor Vergessen.

Noch eine Besonderheit sei hier vermerkt: Bei der erstmaligen Anwendung der Pille und auch beim Wiederbeginn nach längeren Pausen (z. B. über mehrere Monate oder Wochen), setzt der Schutz vor einer unerwünschten Schwangerschaft bei Non-Ovlon, Ovosiston, Gravistat und Minisiston eigentlich schon nach 14 Tagen ein, d. h., 14 Pillen müssen in den vorgegebenen Abständen eingenommen worden sein. Dann hält dieser Schutz auch in der siebentägigen Pause an. Eine noch größere Sicherheit ist aber vorhanden, wenn erst ein Einnahmezufluß von 21 Tagen abgewartet wird, bevor der Geschlechtsverkehr ohne weitere Kontrazeptionsmittel erfolgt.

Um einen ausreichenden Empfängnischutz auch bei einem eventuellen Wechsel des Präparates zu besitzen, von einer höheren Hormondosierung, wie sie in Non-Ovlon, Ovosiston, Deposiston und Sequenz-Ovosiston enthalten ist, auf Gravistat, Minisiston, Sequostat und Trisiston, die eine niedrige

Hormondosierung besitzen, ist bereits am 1. Tag der Regelblutung mit der Einnahme des neuen Präparates zu beginnen und nicht erst nach der siebentägigen Pause. Die siebentägige Pause erfolgt erst wieder ab dem 2. Einnahmezyklus. Von einem eigenmächtigen Wechsel ist jedoch dringend abzuraten. Er sollte nur auf Anordnung des Frauenarztes erfolgen.

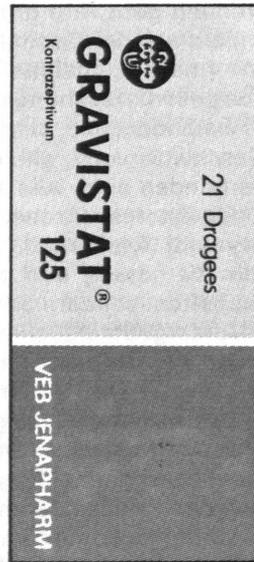
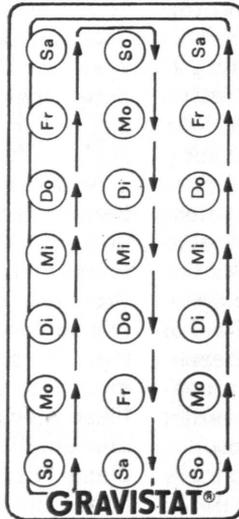
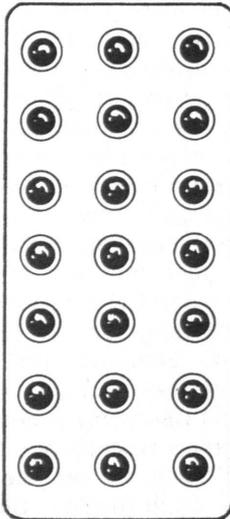
Sequenz-Ovosiston ist z. B. wie bereits erwähnt, ein Zweiphasenpräparat, dessen Einnahmeprinzip und Wirkungsweise darauf aufgebaut sind, daß die verschiedenartig gefärbten Pillen sich in ihrer Zusammensetzung unterscheiden und daher zu verschiedenen Zeitpunkten des Regelzyklus eingenommen werden müssen. Jede Folienpackung enthält 9 blaue Pillen mit einem bestimmten Östrogenanteil und 12 grüne Pillen mit Östrogen- und Gestagenanteilen. Nach einer genauen Einnahmeanweisung muß streng gehandelt werden (siehe Abb.). Dies

gilt auch bei der Einnahme der unterschiedlich gefärbten Pillen (verschiedene Hormone) der Präparate Sequostat und Trisiston.

Bei erstmaliger Anwendung von Sequenz-Ovosiston, Sequostat und Trisiston oder bei Wiederbeginn nach einer längeren Pause besteht im ersten Einnahmezyklus – also 28 Tage lang – noch kein sicherer Empfängnischutz.

Auch bei Kombinationspräparaten dürfen die Abstände der einzelnen Pilleneinnahmen nicht größer als 22 bis 26 Stunden sein. Die regelmäßige Einnahme, möglichst jeden Tag etwa zur gleichen Uhrzeit, ist sehr wichtig. Alle bisher genannten Präparate – Ovoviston, Non-Ovlon, Gravistat, Sequenz-Ovosiston, Minisiston, Sequostat und Trisiston haben einen Einnahmerhythmus

von 3×7 Tagen (21 Tage = 3 Wochen) Pilleneinnahme
und 1×7 Tagen (1 Woche) Einnahmepause.



Einnahmeschema:

21 Tage Dragee- Einnahme																					7 Tage Pause													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Blutung																					Blutung													

noch nicht vorhanden. Er setzt erst bei Beginn des 2. Einnahmezyklus, d.h. bei der Anwendung der 2. Folienpackung ein. Die Zeitdifferenz bei den wöchentlichen Einnahmeterminen sollte 24 Stunden nicht überschreiten, um den Empfängnischutz zu erhalten.

Medikamente und die Wirkung der Pille

Einige Medikamente beeinflussen den Abbau der Hormone der Pille in der Leber und setzen damit ihre Wirksamkeit herab.

Zu diesen Medikamenten gehören z. B. Antibiotika und Chemotherapeutika wie Berlicetin, Sulfaclomid u. a., Schmerz- und Rheumamittel wie Aminophenazon, Phenylbutazon u. a., Beruhigungsmittel und Schlafmittel wie Faustan, Lepinal und – bei relativ hohen Dosierungen – auch Meprobramat oder Radepur u. a., Antiepileptika wie Finlepsin, Phenytoin u. a.

In manchen Fällen deuten Blutungsstörungen darauf hin, daß die Wirksamkeit der

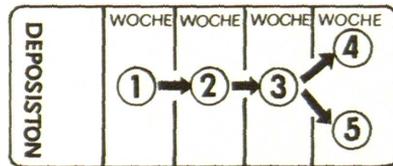
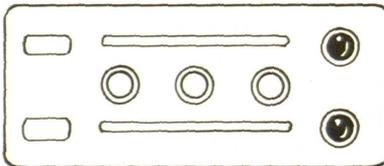
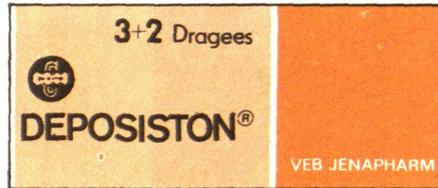
Pille herabgesetzt sein kann, wenn sie gleichzeitig mit anderen Medikamenten – wie z. B. den oben genannten – genommen wurde. Daher sollte sich die Frau mit dem Gynäkologen über eine mögliche Beeinträchtigung der Wirkung der Pille beraten, wenn eine zeitweise oder ständige Einnahme bestimmter Medikamente notwendig ist.

Wenn die Einnahme vergessen wurde...

Es sollte zwar nicht passieren, aber es kommt doch vor, daß einmal die Einnahme der Pille vergessen wird. Besonders dann, wenn der Tag ungewöhnlich verläuft oder wenn man in Urlaub fährt, also die Einnahme nicht unter den üblichen Umständen geschieht.

Was ist nach dem Vergessen zu beachten?

Wer seine tägliche Pille etwa 6 Stunden später als zur üblichen Zeit einnimmt, also von der letzten Einnahme an über 30 Stunden vergangen sind, kann schon nicht mehr mit dem vollen Empfängnischutz rechnen. Dies



Einnahmeschema:

Beginn der Blutung

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
			○							○														●	●						○							
Blutungsintervall																												Blutungsintervall										

○ weißes Dragee

● rotes Dragee

gilt besonders bei Minisiston, Sequenz-Ovoviston, Sequostat und Trisiston. Bei Deposiston kann die Einnahme innerhalb von 36 Stunden nachgeholt werden, ohne daß sich die Sicherheit reduziert. Der Schutz bei den anderen täglich einzunehmenden Präparaten wird erst wieder am 14. Tag des neuen Einnahmezyklus erreicht. Bis zu diesem Zeitpunkt ist also eine weitere Methode der Verhütung zu empfehlen.

Die Einnahme der vergessenen Pille ist aber unbedingt nachzuholen – bei den Präparaten Non-Ovlon, Gravistat, Ovoviston, Minisiston, Sequenz-Ovoviston, Sequostat und Trisiston innerhalb von 12 Stunden –, damit die Gesamtmenge der dem Körper zugeführten Hormone gesichert ist und einer Zwischenblutung entgegengewirkt wird. Sollte in seltenen Fällen eine Pille erbrochen werden, so muß nochmals eine genommen werden, da sonst der Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft verlorengeht.

Neben dem Erbrechen können auch Durchfall und Alkoholmißbrauch den Wirkungsverlust der Pille verursachen.

Verhalten bei Blutungsstörungen

Blutungsstörungen während der Anwendung hormonaler Kontrazeptiva können u. a. als Zwischenblutungen (schwache oder starke Durchbruchblutungen außerhalb der normalen Abbruchblutungen) während der Einnahme sowie als schwache oder ausbleibende Abbruchblutungen in der Einnahmepause auftreten. Alle Blutungsstörungen sollten sehr exakt auf dem Regelkalender vermerkt werden. Schwache Durchbruchblutungen sind oft Ausdruck von Hormonmangel und geben sich größtenteils beim nächsten Einnahmezyklus. Die Pille kann weiter eingenommen werden. Im Wiederholungsfall ist jedoch zu raten, den Frauenarzt aufzusuchen.

Besonders Zwischenblutungen unter der Einnahme von Minisiston, Sequostat und Trisiston signalisieren einen eventuellen Hormonmangel, der zu einer unerwünschten Schwangerschaft führen kann.

Starke Durchbruchblutungen in Regelstärke treten meist in der 2. Zyklushälfte auf. Kommt es zu diesen Blutungen in der ersten Zyklushälfte, ist die Pilleneinnahme bis zur normalen Pause fortzusetzen, damit der Empfängnischutz erhalten bleibt.

Bei starken Durchbruchblutungen in der 2. Hälfte kann die Pille durch den Arzt abgesetzt werden und am 5. Tag dieser Blutung ist mit der Neueinnahme zu beginnen. Der Empfängnischutz bleibt erhalten, wenn die Blutung nicht durch einen Fehler bei der Einnahme entstanden ist.

Wiederholte starke Durchbruchblutungen sollten Anlaß sein, den Frauenarzt aufzusuchen, damit organische Erkrankungen ausgeschlossen werden können. Oft kann durch die Verordnung eines anderen Präparates diese Art der Störung behoben werden.

Manche Frauen, denen Non-Ovlon verordnet wurde, haben nur schwache Abbruchblutungen. Bei allen anderen ist die Stärke der Blutung während der Einnahmepause in jedem Zyklus annähernd gleich. Sollten jedoch in einem vorangegangenen Einnahmezyklus Fehler begangen worden sein und dadurch wiederholt schwache Abbruchblutungen auftreten, muß der Arzt aufgesucht werden, um eine eventuelle Schwangerschaft auszuschließen.

Bleibt die Abbruchblutung (Regel) einmal aus, obgleich die Pille regelmäßig genommen wurde, so besteht noch kein Grund zur Beunruhigung. Sollte die Blutung jedoch zweimal ausbleiben oder sollte ihr Ausbleiben gar nach ungenauer Pilleneinnahme entstehen, so ist der Frauenarzt ebenfalls zu konsultieren.

Die Verordnung der Pille an sehr junge Mädchen

Dieses Thema muß vor allem deshalb erörtert werden, weil es heute durchaus nicht ungewöhnlich ist, daß bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt intime Beziehungen aufgenommen werden, die zu unerwünschten Schwangerschaften führen können.

Nun mag man auf die herkömmlichen, bereits dargestellten traditionellen Methoden der Schwangerschaftsverhütung verweisen. Doch junge Mädchen wünschen aus vielen Gründen die Verordnung der Pille, deren regelmäßige Anwendung für sehr junge Mädchen (15. bis 16. Lebensjahr) weitaus weniger belastend ist, als eine unerwünschte Schwangerschaft oder gar der damit verbundene Wunsch nach einer Schwangerschaftsunterbrechung.

Voraussetzung für die Anwendung der Pille bei jungen Mädchen ist die stabile Eierstockfunktion.

Unter stabiler Eierstockfunktion versteht der Frauenarzt, daß die erste Regelblutung bereits zwei Jahre zurückliegt und mindestens 1 Jahr lang ein regelmäßiger Menstruationszyklus besteht. Noch günstiger ist, wenn der Follikelsprung durch Basaltemperaturmessung nachgewiesen werden kann.

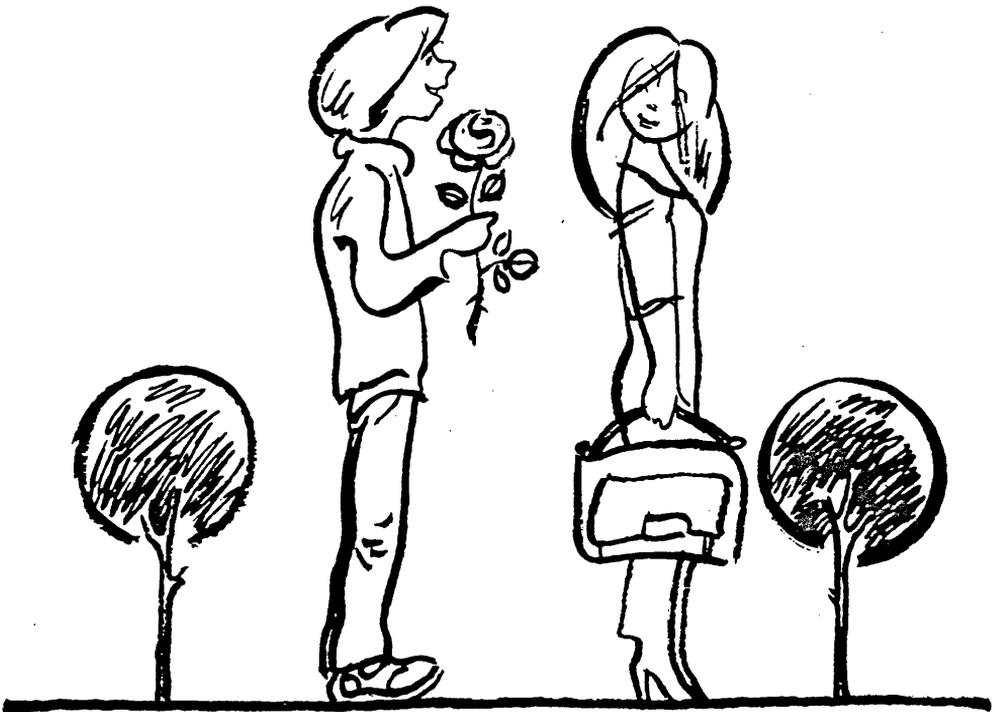
Mädchen, die den Frauenarzt wegen der Verordnung der Pille aufsuchen wollen, können vorher etwa 2 bis 3 Monate täglich die Basaltemperatur messen (Seite 21). Dies ist nicht unbedingt erforderlich, erleichtert dem Arzt aber unter bestimmten Voraussetzungen die Entscheidung zur Verordnung der Pille.

Die genannten Voraussetzungen für eine Verordnung der Pille an sehr junge Mädchen gelten nur ganz allgemein, sind Richtwerte. Der Arzt muß stets individuell entscheiden.

Bevor das Mädchen den Arzt aufsucht, sollte es vertrauensvoll mit seiner Mutter bzw. mit seinen Eltern über die beabsich-

tigte Pilleneinnahme sprechen. Sollten dabei Probleme auftreten, ist der Frauenarzt gern bereit, beratend auf die Entscheidungsfindung einzuwirken.

Zu Beginn wird die Pille meist erst einmal für einen Zeitraum von 3 bis 6 Monaten verordnet. In dieser Zeit sind alle Blutungen exakt auf dem Regelkalender zu vermerken. Generelle Pillenpausen bei jungen Mädchen nach einer Einnahmedauer von 1 Jahr sind nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand der Medizin nicht mehr erforderlich. Im Einzelfall kann sich der Frauenarzt in Abhängigkeit von der körperlichen Entwicklung und dem Gesundheitszustand des Mädchens doch für eine Pillenpause von 2 bis 3 Monaten entscheiden. In dieser Zeit sollte wieder die Basaltemperatur zum Nachweis des Follikelsprungs gemessen werden. Auch das kann nur als Richtwert angesehen werden und muß vom Frauenarzt von Fall zu Fall entschieden werden. In der Pillenpause ist bei noch nicht vorhandenem Kinderwunsch eine andere Kontrazeptionsmethode dringend zu empfehlen.



Pille und Stoffwechsel

Jedes Medikament hat heilende Wirkungen, kann aber auch Erscheinungen haben, die nicht angenehm sind. Das ist z. B. selbst bei harmlosen Abführtabletten der Fall. Der Mensch erleichtert seine Darmtätigkeit, aber verliert dabei auch etwas mehr Flüssigkeit, die er wieder „auffüllen“ muß. Auch die Pille hat Einfluß auf den Stoffwechsel, denn schließlich verändert sie in gewissem Maße den Hormonhaushalt. Die zusätzliche Zuführung der auch im Eierstock gebildeten Hormone – Östrogene und Gestagene – kann ähnliche Erscheinungen hervorrufen, wie sie manchmal in der Frühschwangerschaft oder vor der Regel auftreten. In den ersten 2 bis 3 Monaten der Pilleneinnahme kann es z. B. zu leichter Übelkeit, Kopfschmerzen oder Blutungsstörungen kommen, die sich in der Folgezeit wieder geben. Das alles ist kein Grund zur Aufregung.

Viele Frauen wissen, daß eine bestehende Frühschwangerschaft oder die zu erwartende Regel verstärkt Unpäßlichkeiten bringen kann. Einige Frauen reagieren ähnlich bei der Anwendung der Pille, bis sich der Körper an die zusätzlichen Hormongaben gewöhnt hat. Fest steht aber, und das ist das Wichtigste, daß dies alles keine gesundheitlichen Schädigungen sind. Überhaupt muß man sagen, daß die Pille, im Gegensatz zu manchem anderen Medikament, eine sehr „elegante“ biochemische Lösung darstellt, die nach Beobachtung bei Millionen Frauen in einem ganz geringen Maße zu Beschwerden führt.

Sorgen, die wegen eventueller Nebenwirkungen bestehen, sollten mit dem Frauenarzt besprochen werden, kleine Beschwerden verschwinden meist von selbst. Ein ganz praktischer Tip: Die abendliche Einnahme kann helfen, anfängliche Nebenwirkungen zu „verschlafen“.

Objektive Nebenwirkungen werden bei ärztlichen Untersuchungen festgestellt. Sie sind – wie erwähnt – relativ selten. Zu ihnen gehören z. B. Blutdruckerhöhungen und einige Stoffwechselstörungen. In einigen Fällen muß auf die Verordnung der Pille verzichtet werden.

Es gibt verschiedene Umstände oder

akute Erkrankungen, bei denen die Pille zeitweilig nicht eingenommen werden darf. Zu ihnen gehören u. a.

Schwangerschaften, Thrombosen und Thromboembolien, starke Migräneanfälle, die vor der Pilleneinnahme nicht vorhanden waren, Gallenbeschwerden, starker Blutdruckanstieg, Unfälle mit nachfolgender längerer Bettruhe; auch vor und nach größeren geplanten Operationen muß auf die Pilleneinnahme verzichtet werden.

Es soll hier keine Anti-Nikotin-Propaganda betrieben werden, die bei Rauchern selten auf fruchtbaren Boden fällt. Aber es ist eine Tatsache, daß Rauchen sich bei gleichzeitiger Pillenanwendung belastend auf Herz, Kreislauf und Gefäßsystem auswirkt. Der Arzt ist aus diesem Grunde nicht selten gezwungen, keine weiteren Pillen mehr zu verordnen. Diese Belastungsmomente, die durch das Rauchen ausgelöst werden, betreffen alle Frauen, die die Pille einnehmen, sie wirken sich jedoch besonders auf Frauen ab dem 35. Lebensjahr aus.

Nur der Arzt bzw. der Frauenarzt kann in jedem Falle einer Erkrankung sachkundig entscheiden, ob die Pille abgesetzt werden muß oder nicht. Auf jeden Fall ist ein eigenmächtiges Absetzen ohne diese Konsultation nicht anzuraten. Es sollte dabei weitgehend die Entscheidung des Gynäkologen herbeigeführt werden.

Bleibt keine andere Wahl als abzusetzen, sollte sich die Frau umgehend von ihrem Frauenarzt über eine andere Methode der Schwangerschaftsverhütung beraten lassen.

Oft wird gefragt, ob durch die Pilleneinnahme Krebs entstehen könne. Nach dem gegenwärtigen weltweiten medizinischen Erkenntnisstand ist eine Krebsgefährdung oder Häufung von Krebserkrankungen durch die Pilleneinnahme nicht nachweisbar.

Hinzu kommt, daß die Verordnung der Pille an den Arztbesuch gebunden ist. Das hat den Vorteil, daß gleichzeitig damit Vorsorgeuntersuchungen des weiblichen Genitale und der Brust durchgeführt werden und regelmäßige Kontrollen möglich sind. Dies hilft, Karzinome dieser Organe erfolgreich

zu verhindern bzw. sie rechtzeitig zu erkennen. Durch Früherkennung konnten vor allem fortgeschrittene Karzinomstadien in den letzten Jahren immer weiter eingeschränkt werden.

Die Pille ist also das günstigste und sicherste Mittel der Schwangerschaftsverhütung, das bei disziplinierter Einnahme das Sexualleben von vielen Zwängen und Ängsten befreit. Die großzügige, kostenlose Abgabe – nach ärztlicher Verordnung – reiht sich ein in die zahlreichen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Frauen und der Förderung harmonischer Familien in der DDR.

Pillenpausen sollten, wie bereits erwähnt, bei bestimmten Erkrankungen und Beschwerden der Frauen eingelegt werden. Wann sie erforderlich sind, legt der Arzt fest. Die Frau sollte nie von sich aus diese Pause beginnen, sondern stets in Absprache mit ihrem Frauenarzt. Im allgemeinen tendiert man heute dazu, wenn die Frau keine Beschwerden hat, keine Pillenpause zu verordnen. Pausen der Einnahme werden in erster Linie dann eingelegt, wenn sich das Paar den Kinderwunsch erfüllen will.

Wurde die Pille aus diesem Grunde abgesetzt, ist das „Einplanen“ einer Schwangerschaft erst nach 3 bis 4 Monaten ratsam. So kann sich die Gebärmutter Schleimhaut auf eine bevorstehende Eieinnistung gut vorbereiten, da sie während der Pilleneinnahme diese Funktion nicht ausüben brauchte. Nach der angegebenen Pause reagiert die Gebärmutter Schleimhaut wie bei einer Frau, die noch keine Pille angewendet hat. Die Schwangerschaft selbst verläuft nach vorheriger Pilleneinnahme ungestört.

Für die Pillenpause muß sich die Frau vom Frauenarzt eine andere Kontrazeptionsme-

thode empfehlen lassen, sonst kann es relativ häufig ungewollt zur Schwangerschaft kommen, die dann oft zur Schwangerschaftsunterbrechung führt.

Die Pille kann im allgemeinen bis etwa zum 47. Lebensjahr verordnet werden. Bei dieser Entscheidung richtet sich der Arzt nach dem allgemeinen Gesundheitszustand der Frau und muß dies auch von Fall zu Fall individuell festlegen. Gefäßerkrankungen sowie Herz- und Kreislaufbeschwerden sind teilweise ein Grund dafür, die Pille in diesem Alter abzusetzen.

Etwa ab dem 45. bis 47. Lebensjahr kann der Arzt jährlich eine Pillenpause von 2 bis 3 Monaten einlegen lassen.

Wenn bei der Basaltemperaturmessung über den Zeitraum von 2 bis 3 Monaten kein Follikelsprung festgestellt wurde, kann die Pille endgültig abgesetzt werden, weil dann kaum noch mit einer Schwangerschaft zu rechnen ist. Auch hier hat die individuelle Entscheidung des Arztes große Bedeutung.

Einige Frauen möchten die Pille nach dem 45. Lebensjahr noch deshalb nehmen, weil sie glauben, das Klimakterium (Wechseljahre) ließe sich hinausschieben. Das ist aber nicht möglich, und eine weitere Pilleneinnahme belastet nur den Organismus der Frau.

Nach dem Absetzen der Pille können in den folgenden 4 bis 5 Monaten Regelstörungen auftreten. Das betrifft vor allem jene Frauen, bei denen noch eine regelmäßige Regelblutung zu erwarten ist.

Die erste Blutung ohne Pilleneinnahme erfolgt meist 5 bis 10 Tage später als die Regel erwartet wird. Sollte sich nach 6 bis 8 Wochen keine Blutung eingestellt haben, so muß der Frauenarzt aufgesucht werden.

Intrauterinpeessar

Neben der Pille ist eine der neueren Methoden der Schwangerschaftsverhütung die Einführung eines sogenannten Intrauterinpeessars (IUD). Es sind Spiralen oder Schleifen, die aus gewebefreundlichem Material, wie z. B. Plast, bestehen und in die Gebärmutterhöhle eingeführt werden. Diese Pes-

sare sind nach der Pille die in der Welt am weitesten verbreitete Methode der Schwangerschaftsverhütung geworden, und sie sind zugleich auch die zweitsicherste. Die Versagerquote liegt zwischen 1 und 3 Prozent, je nach Art der Spirale und der Kontrolle ihres einwandfreien Sitzes.

Ihre Wirkungsweise beruht darauf, daß auf mechanische Weise das Einnisten (Nidation) der befruchteten Eizelle in der Gebärmutter-schleimhaut verhindert wird. Einige Intrauterin pessare sind teilweise noch mit Kupfer beschichtet. Diese Schicht gibt geringste Mengen Kupfer (Ionen) ab und beeinflusst zusätzlich die Oberfläche der Gebärmutter-schleimhaut, der Nidation entgegenzuwirken. Das freigesetzte Kupfer hemmt außerdem die Spermien, wenn sie versuchen, in die Gebärmutterhöhle einzudringen. Das Intrauterin pessar hat also mehrere wirksame „Waffen“ gegen eine unerwünschte Schwangerschaft bereit.

Ein Intrauterin pessar kann nur gelegt werden, wenn die Frau von bestimmten Genitalerkrankungen frei ist. Zu ihnen gehören u. a. akute oder chronische Eierstockentzündungen, Geschwülste und Mißbildungen der Gebärmutter sowie Blutungsstörungen.

Der Frauenarzt wird vor der Pessareinlage neben der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung solche Erkrankungen ausschließen und bei einigen Störungen von Fall zu Fall entscheiden müssen, ob er seiner Patientin ein Intrauterin pessar verordnen kann.

Das Pessar wird am günstigsten in den letzten Tagen der Menstruationsblutung in die Gebärmutterhöhle eingelegt, da zu diesem Zeitpunkt der Gebärmutterhalskanal zum Abfluß des Menstruationsblutes ziemlich weit offen ist.

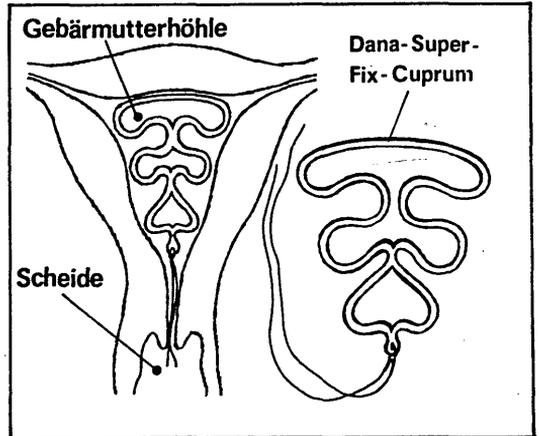
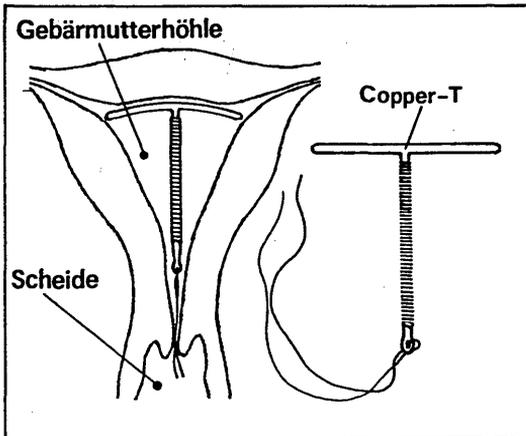
Die Pessareinlage ist sehr einfach und wird ambulant, ohne stationären Klinikaufenthalt durchgeführt. Mit Hilfe eines Appli-

kators (dünnes Röhrchen) wird das Pessar in die Gebärmutterhöhle eingeführt und entfaltet sich dort (s. Abb. u.). Eine Narkose ist nicht erforderlich, da außer ein wenig Druckgefühl keine größeren Schmerzen zu erwarten sind. Das Einlegen des Pessars selbst dauert etwa nur 3 bis 4 Minuten und die Patientin kann nach einer Beobachtungszeit von 30 bis 60 Minuten wieder die Klinik bzw. das Ambulatorium verlassen.

In den ersten Tagen nach der Einlage können noch geringe Schmierblutungen und gelegentlich leichte ziehende Schmerzen im Unterleib auftreten, so wie sie einige Frauen unmittelbar oder während der Regel verspüren. Manchmal ist auch die erste Regelblutung nach der Pessareinlage etwas stärker, aber in sehr kurzer Zeit hat sich alles wieder normalisiert und die Frau verfügt über einen mehrere Jahre andauernden sehr sicheren Schutz.

In der DDR werden verschiedene Arten von Intrauterin pessaren verwendet. Die Größe des eingesetzten Pessars richtet sich nach der Größe der Gebärmutter.

Heute nimmt der Frauenarzt zum größten Teil Pessare, die eine Kupferbeschichtung und am Ende des Pessars einen Nylonfaden aufweisen (Abb. s. u.). Dieser Faden hängt nach dem Einlegen mit einem kurzen Ende aus dem Muttermund, so daß der Arzt bei der gynäkologischen Kontrolluntersuchung den Faden sieht und somit den richtigen Sitz des Pessars in der Gebärmutterhöhle feststellen kann. Dies kann die Frau auch selbst kontrollieren, indem sie mit dem Finger den



Faden am Muttermund ertastet. Wenn er nicht mehr zu tasten ist, besteht der Verdacht, daß das Pessar unbemerkt ausgestoßen wurde. Der Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft ist dann möglich.

Nach der Pessareinlage teilt der Frauenarzt der Patientin mit, welches Pessar verwendet wurde und ob dieses mit einem Faden versehen ist. Die Kenntnis über die Art des verwendeten Pessars ist für die Patientin auch deshalb wichtig, weil einige von ihnen, z. B. kupferbeschichtete Pessare, zwar eine hohe Sicherheit, aber auch nur eine begrenzte „Liededauer“, d. h. Zeit der Anwendung, aufweisen. Einige müssen nach etwa 4 Jahren ausgewechselt werden, da die Kupferbeschichtung aufgebraucht ist.

Auf alle Fälle sollte sich die Frau das Datum der Einlage und die Art des verwendeten Pessars aufschreiben, um bei einem eventuellen Arztwechsel, z. B. durch Umzug, dem nunmehr behandelnden Gynäkologen klare, eindeutige Auskünfte geben zu können.

Der Wechsel des Pessars ist verhältnismäßig einfach. Durch Ziehen am Faden entfernt der Frauenarzt schmerzlos das Pessar und kann ein neues einlegen. Bei einem Pessar ohne Faden wird dieses mit Hilfe eines kleinen Häkchens aus der Gebärmutterhöhle entfernt. Hier macht sich oft eine kurze Narkose erforderlich.

Die Anwendung des Intrauterin pessars hat viele Vorteile. Zu ihnen gehören u. a., daß ein sicherer Schutz für mehrere Jahre besteht und unmittelbar vor dem Geschlechtsverkehr keine, die Intimbeziehung möglicherweise beeinträchtigenden Verhütungsmaßnahmen erforderlich sind. Fehler bei der Anwendung von seiten der Frau sind fast ausgeschlossen. Das Pessar bietet vom 1. Tag an Schutz, und ist eine Methode, die nach Entfernung des Pessars den Kinderwunsch voll realisierbar werden läßt.

Ein Pessar können alle Frauen im gebärfähigen Alter erhalten, also auch junge Mädchen. Es ist empfehlenswert, wenn die Pille auf Grund vorhandener Kontraindikation nicht verordnet werden darf. Sollte es in ganz seltenen Fällen trotz Pessar doch zu einer Schwangerschaft kommen, kann das Kind dennoch ausgetragen werden. Der Frauenarzt wird größtenteils bei eingetretener Schwangerschaft das Pessar entfernen.

Bei einigen kupferbeschichteten Pessaren ist gegebenenfalls, abhängig von der Art des Pessars, der Abbruch einer Frühschwangerschaft angezeigt, um eventuelle Beeinträchtigungen des Embryos durch die Kupferionen zu vermeiden.

Trotz der vielen Vorteile des Intrauterin pessars gibt es einige wenige Nebenwirkungen, auch nach längeren, beschwerdefreien Intervallen.

Zu Nebenwirkungen des Pessars gehören Blutungsstörungen z. B. in Form von verlängerten Blutungen und Zwischenblutungen. Sollte die Regel ausbleiben, ist auch an eine bestehende Schwangerschaft zu denken. Bei plötzlichen Schmerzen und Blutungen ist es möglich, daß im Zusammenhang mit einer Infektion Eierstockentzündungen vorliegen oder das Pessar ausgestoßen wird. Letzteres kann jedoch auch ohne irgendwelche Symptome geschehen.

In ganz seltenen Fällen muß nach ausgebliebener Regel bei Schmerzen und bei Blutungen auch eine Eileiterschwangerschaft in Erwägung gezogen werden. Bei den letztgenannten Symptomen ist der Frauenarzt aufzusuchen. Bei allen anderen genannten Symptomen oder unklaren Beschwerden sollte sich die Frau möglichst bald in die Sprechstunde begeben. Oft sind die Beschwerden harmlos und können durch eine gezielte Behandlung beseitigt werden, ohne daß das Pessar entfernt wird.

Einzelerlebnisse dieser Art werden von einigen Patientinnen dramatisiert und im Arbeitskollektiv oder im Bekanntenkreis erzählt. Sie führen dann häufig zur Ablehnung dieser Methode. Frauen, die zu ihrem Gynäkologen das nötige Vertrauen haben, werden sich jedoch auf seinen Rat verlassen, wenn er ihnen die Anwendung eines Intrauterin pessars empfiehlt. Nebenwirkungen gehören zu den Ausnahmen dieser sehr vorteilhaften und sicheren Methode der Schwangerschaftsverhütung.

Wurde ein Intrauterin pessar eingelegt, ist nach der 1. Regelblutung eine Kontrolle durch den Arzt notwendig. Weitere Kontrollen erfolgen dann jeweils nach einem halben bzw. einem Jahr in Verbindung mit der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung.

Das Intrauterin pessar kann zu jeder Zeit vom Frauenarzt entfernt werden, wenn eine Schwangerschaft erwünscht ist.

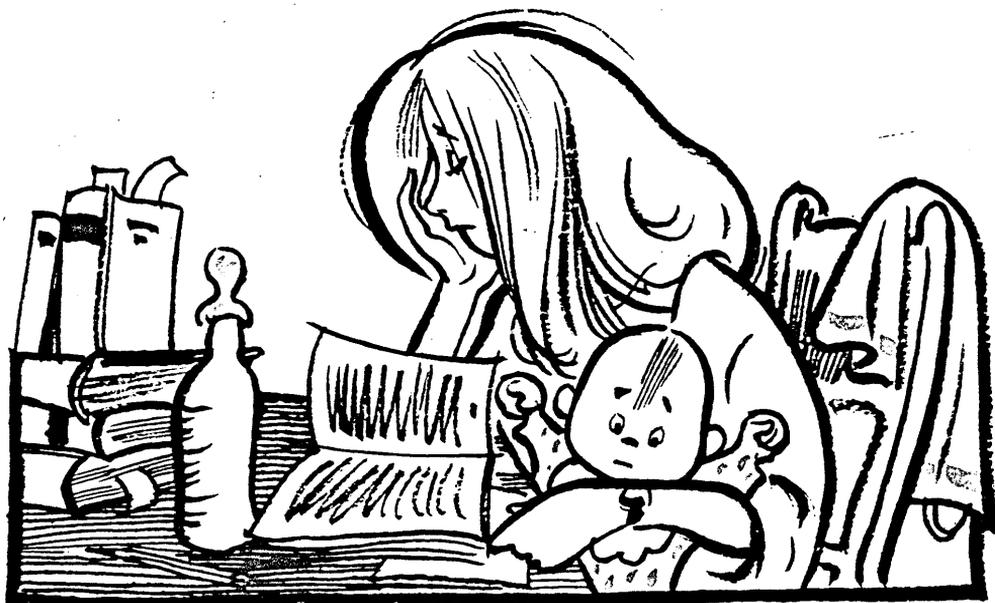
Die Schwangerschaftsunterbrechung (Interruptio)

Im vorliegenden Heft ist schon mehrfach erörtert worden, daß die Geburt von Kindern nicht zu jedem Zeitpunkt erwünscht ist. Es wurden deshalb sichere und weniger sichere, angenehme und mit umfangreichen Vorbereitungen verbundene Methoden der Schwangerschaftsverhütung vorgestellt. Es wurde auch immer wieder betont, daß die Sicherheit der einzelnen Methoden unterschiedlich ist. Gleichzeitig mit der Beratung über Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung ist den Frauen in der DDR seit 1972 das Recht übertragen worden, über die Unterbrechung einer Schwangerschaft in eigener Verantwortung zu entscheiden. Im Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft wird davon ausgegangen, daß mit der Gleichberechtigung der Frau in der DDR in Ausbildung und Beruf, in Ehe und Familie die Frau auch die Möglichkeit erhalten soll, über die Empfängnisverhütung hinaus dem biologischen Zufall einer Schwangerschaft entgegenzuwirken.¹ Die Verwirklichung dieses Rechts ist untrennbar mit der wachsen-

den Verantwortung des sozialistischen Staates und aller seiner Bürger für die ständige Verbesserung des Gesundheitsschutzes der Frau, für die Förderung der Familie und der Liebe zum Kind verbunden.

Für die jungen Frauen und Mädchen, die heute vor der Entscheidung stehen, einem Kind das Leben zu schenken, ist dieses Gesetz bereits zu einem selbstverständlichen Bestandteil der ihnen gegebenen Rechte geworden. Deshalb möchten wir hier noch etwas näher auf seine Bedeutung eingehen und in diesem Zusammenhang über die Möglichkeiten der Unterbrechung einer Schwangerschaft informieren. Wie war die Situation für viele Frauen und Mädchen, bevor es dieses Gesetz gab?

Der Minister für Gesundheitswesen, Prof. Dr. Ludwig Mecklinger, sprach dazu ausführlich in der Begründung des Gesetzes vor der Volkskammer am 9. März 1972. Er wies darauf hin, daß oft genug „eine nicht gewollte, unerwünschte Schwangerschaft außerordentlich komplizierte Probleme bei



Frauen und in Ehen – auch in solchen, in denen der Kinderwunsch einen festen Platz gefunden hat – aufwirft. Nicht selten wurden eine erfolgreich begonnene oder kurz vor dem Abschluß stehende berufliche Entwicklung in Frage gestellt und gar Ehekrisen ausgelöst.“ Jeder weiß, daß das „Glück der Frau und des Mannes, Glück und Harmonie der Ehe und Familie“ durch solche schweren, manchmal dem einzelnen ausweglos erscheinenden, psychischen Belastungen überschattet und gefährdet werden können.

Natürlich kann unsere sozialistische Gesellschaft für sich in Anspruch nehmen, daß keine Frau, keine Ehe, keine Familie mit ihren Problemen allein fertig werden muß. Aber das Leben zeigt auch, daß es ein Irrtum wäre zu glauben, damit wäre in jedem einzelnen Fall die Beseitigung der mit einer unerwünschten Schwangerschaft oft einhergehenden Konflikte verbunden.

Gerade Ärzte brachten in der Diskussion zum Entwurf des Gesetzes zum Ausdruck, sie wären mit der angekündigten neuen gesetzlichen Regelung von einer großen psychischen Belastung befreit, weil sie in Sprechstunde und Klinik doch häufig mit den ernststen Folgen der Selbstabtreibung und Kurfuscherei konfrontiert worden seien.²

Wir haben eingangs dieses Heftes darauf hingewiesen, daß solche gesetzlichen Regelungen, die es der Frau ermöglichen, über den Zeitpunkt einer Schwangerschaft und ihre Austragung selbst zu bestimmen, insbesondere von der revolutionären Arbeiterbewegung gefordert wurden. Denn die Besitzenden in der Ausbeutergesellschaft haben immer einen Weg gefunden, eine ihnen unbequeme Schwangerschaft zu beseitigen, während viele Arbeiterinnen, Frauen und Mütter zu Handlungen gezwungen waren, die sie in Konflikt mit der geltenden Gesetzgebung und ihren persönlichen ethischen Auffassungen brachten.³

In der Begründung zum Gesetz heißt es dazu:

„Unter kapitalistischen Bedingungen forderte die revolutionäre Arbeiterbewegung die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung ausgehend von der Erkenntnis, daß die Ausbeutergesellschaft nicht in der Lage ist, die sozialen Probleme im allgemeinen und die der Frau im besonderen zu lösen.

Die Verwirklichung dieser Forderung im Sozialismus hat einen grundsätzlich anderen Ausgangspunkt, wie dies auch die gesetzlichen Regelungen in anderen sozialistischen Ländern zeigen. Der entscheidende Beweggrund, der Frau das Entscheidungsrecht über die Austragung einer Schwangerschaft zu übertragen, leitet sich aus der in der sozialistischen Gesellschaft realisierbaren Gleichberechtigung der Frau ab. In dieser Konsequenz erfüllt sich gleichzeitig für viele Frauen, Ehepartner und Familien der menschlich verständliche und vom Arbeiter- und Bauern-Staat respektierte Wunsch, daß sich die Frau mit Freude und Erwartung auf die Mutterschaft einstellen kann und das Kind mit seinem Eintritt in das Leben von einem Klima des Gewolltseins und einer verantwortungsbewußt vorbereiteten Geborgenheit umgeben wird. Erwünschte Kinder bedeuten für die Frau, für den Mann, für die Familie Glück und Erfüllung. Erwünschte Kinder sind Ziel und Inhalt jeder harmonischen Ehe in der sozialistischen Gesellschaft.“⁴ In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß unsere Republik bereits im ersten Jahr ihres Bestehens im September 1950 mit dem „Gesetz über den Schutz von Mutter und Kind und die Rechte der Frau“ ein klares Bekenntnis zum allseitigen Schutz der Frau, der Mutter und des Kindes sowie zur Gleichberechtigung der Frau abgelegt hat. Das Familiengesetzbuch der DDR vom 20. Dezember 1965 ist eine der wichtigen rechtlichen Grundlagen, auf denen sich heute die Förderung der Familie in der sozialistischen Gesellschaft vollzieht.

Diese konsequente Politik des sozialistischen Staates schuf gleichzeitig auch jene günstigen Bedingungen für einen umfassenden Gesundheitsschutz der werktätigen Frau und Mutter, mit denen heute die DDR in wichtigen gesundheitspolitischen Ergebnissen eine geachtete internationale Position einnimmt. Seit der Beschlußfassung der Volkskammer über das Gesetz zur Unterbrechung der Schwangerschaft sind mehr als 10 Jahre vergangen. Sie zeigten, wie damals bereits vorausgesehen, daß es positive Auswirkungen auf die gewünschte Mutterschaft und bewußte Familienbildung vieler junger Menschen hat und die Liebe zum Kind nicht unerheblich fördert. Das Gesetz half und hilft, viele Ehen zu festigen, unterstützt das

harmonische Leben vieler Familien und ist ein wirksamer Beitrag für die gesellschaftliche Entwicklung der Frau in ihrer Persönlichkeit als Werk tätige und Mutter. Wenn wir uns im folgenden nur der Schwangerschaftsunterbrechung (Interruptio) zuwenden, so ist zu betonen, daß sie keine Methode der Schwangerschaftsverhütung ist. Sie ist die letzte Möglichkeit, das Austragen einer Schwangerschaft zu verhindern.

Das Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. 3. 1972 (GBl. I Nr. 5) regelt, daß eine Schwangere innerhalb von 12 Wochen nach Beginn einer Schwangerschaft berechtigt ist, diese in einer geburtshilflich-gynäkologischen Einrichtung unterbrechen zu lassen.

Grundlage für die einheitliche Berechnung der 12-Wochen-Frist ist der 1. Tag der letzten Regelblutung. Hatte z. B. eine Frau vom 1. 3. bis 6. 3. 1983 ihre letzte Regel und die im April erwartete Regel blieb aus, beginnt die Rechnung mit dem 1. 3. Stellt sich diese Frau am 26. 5. 1983 bei ihrem Arzt zur Schwangerschaftsfeststellung vor, so befindet sie sich in der 8. Schwangerschaftswoche. Der Frauenarzt geht dabei sowohl von den Angaben der Frau über den Zeitpunkt der letzten Regel als auch von seinen Untersuchungen aus, denn die Größe der Gebärmutter läßt eine relativ sichere Bestimmung über die Zeitdauer einer bestehenden Schwangerschaft zu. In seltenen Fällen, bei denen ein Widerspruch zwischen der Größe der Gebärmutter und den Angaben über die letzte Regel besteht, kann eine Ultraschalluntersuchung die Zweifel beheben. Die Schwangerschaftsdauer kann auf diese Weise mit sehr großer Sicherheit ermittelt werden.

Beabsichtigt eine Frau, z. B. weil die Regel ausgeblieben ist, eine von ihr vermutete Schwangerschaft unterbrechen zu lassen, so sollte sie sich möglichst zeitig beim Frauenarzt vorstellen, damit die Schwangerschaft festgestellt wird, d. h., sie sollte nicht später als 3 Wochen nach dem Ausbleiben der erwarteten Regel den Arzt aufsuchen.

Dieser zeitige Arztbesuch ist sehr wichtig, da eine Interruptio (eine Schwangerschaftsunterbrechung) zwischen der 8. und 9. Schwangerschaftswoche erfahrungsgemäß am günstigsten durchzuführen ist. Ein zweiter Grund ist, daß die Patientin in eine ge-

burthilflich-gynäkologische stationäre Einrichtung (Klinik) überwiesen werden muß. Diese Einrichtung muß daher für die Patientin den stationären Aufenthalt von einigen Tagen einplanen, d. h., ein Bett zur Verfügung haben.

Der Arzt, der die Unterbrechung der Schwangerschaft vornimmt, ist verpflichtet, die Frau über die medizinische Bedeutung des Eingriffs aufzuklären und über die künftige Anwendung schwangerschaftsverhütender Methoden und Mittel zu beraten. „Natürlich ist auch eine vom Arzt fachgerecht durchgeführte Schwangerschaftsunterbrechung wie jeder andere chirurgisch-operative Eingriff nicht ganz gefahrlos. Erwiesen ist aber, daß mögliche gesundheitliche Auswirkungen der fachgerecht, dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechend durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechung in gar keinem Verhältnis zu jenen schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden stehen, die unsere Ärzte in der Vergangenheit als Folge von Selbstabtreibung und Kurfuscherei behandeln mußten und die nicht selten zu einer Invalidität der Frau, in einigen tragischen Fällen zum Tode geführt haben.“⁵

Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung der Patientin wird bei einer Schwangerschaftsunterbrechung wie in einem Erkrankungsfall gewertet. Sie ist somit kostenlos. Berufstätige Frauen erhalten für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld.

In der Klinik wird die Unterbrechung in Narkose auf der Grundlage des neuesten Erkenntnisstandes der Medizin unter größter ärztlicher Sorgfalt durchgeführt.

Im Gesetz ist festgelegt, daß eine Interruptio nach der 12. Schwangerschaftswoche oder ihre Wiederholung innerhalb eines halben Jahres nur dann erlaubt sind, „wenn zu erwarten ist, daß die Fortdauer der Schwangerschaft das Leben der Frau gefährdet oder wenn andere schwerwiegende Umstände vorliegen“.⁶ Die Entscheidung darüber erfordert große ärztliche Sachkenntnis. Sie kann deshalb nicht allein in das Ermessen der Frau gestellt werden. In diesen Fällen entscheidet über die Zulässigkeit zur Interruptio auf Antrag der Frau eine Fachärztekommision bei den Räten der Kreise bzw. der Bezirke, die von den Kreis- bzw. Bezirksärzten berufen wird. Die Patientin wird in

dieser Situation von ihrem behandelnden Frauenarzt beraten; er gibt ihr auch die näheren Informationen.

Pro und Contra

Es gibt bestimmte schwere Erkrankungen und Gesundheitsschädigungen, die sich durch eine Schwangerschaft erheblich verschlimmern können. Ein Schwangerschaftsabbruch ist in diesen Fällen dann weitaus weniger belastend für die Frau als das Austragen des Kindes. Hier handelt es sich um eine medizinische Indikation zur Interruptio. Der Frauenarzt oder ein anderer Facharzt wird der Frau beim Vorliegen eines solchen Falles im Interesse ihrer Gesundheit zur Schwangerschaftsunterbrechung raten. Selbstverständlich wird diese nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Patientin ausgeführt.

Ist eine Interruptio aus medizinischen Gründen notwendig, wird die Entscheidung vom Frauenarzt in Zusammenarbeit mit anderen Fachkollegen sehr sachkundig vorbereitet und getroffen. Der Wille und der Wunsch der Patientin zum Kind wird dabei voll respektiert. Entscheidet sie sich trotz erheblicher Gesundheitsgefährdung für das Austragen des Kindes, so wird vom Gynäkologen, gemeinsam mit anderen Fachärzten, der Intensivschwangerenberatung sowie der geburtshilflichen Klinik alles unternommen, damit sich der Kinderwunsch mit möglichst wenig Komplikationen erfüllt.

Andererseits gibt es einige medizinische Kontraindikationen, d. h. Erkrankungen und Zustände, bei denen eine Schwangerschaftsunterbrechung nicht durchgeführt werden darf.

Einige der Erkrankungen bedürfen vor einer Interruptio erst der speziellen Behandlung. Auch aus solchen Gründen ist es wichtig, falls der Interruptiowunsch besteht, sich so zeitig wie möglich an den Frauenarzt zu wenden, sonst kann im Einzelfall die 12. Schwangerschaftswoche erreicht werden und dann ist, wie bereits dargelegt, die Interruptio nicht mehr erlaubt (von den genannten Ausnahmen abgesehen).

Bei bestehender Kontraindikation entscheidet in Ausnahmefällen die bereits erwähnte Fachärztekommision (Einspruchskommission) über die Interruptio. Bei schwerwiegenden gesundheitlichen Grün-

den erteilt sie ihre Zustimmung auf Antrag der Frau.

Viele Probleme, die damit in Zusammenhang stehen, daß die Schwangerschaftsunterbrechung wegen bestehender Kontraindikation nicht möglich ist, könnten vermieden oder vermindert werden, wenn der Schwangerschaftsverhütung der absolute Vorrang in der Geburtenregelung eingeräumt würde.

Wenn ein junges Mädchen schwanger wird, ist die Entscheidung, ob das Kind austragen oder die Schwangerschaft abgebrochen werden soll, oft nicht einfach. Es spielen viele Probleme eine Rolle: die Stabilität der Partnerschaft, das Verhältnis zu den Eltern, die Beendigung der Berufsausbildung u. a. Im vertrauensvollen Gespräch des Arztes mit seiner Patientin, zu dem auch der Partner und die Eltern oder künftigen Schwiegereltern hinzugezogen werden können, sollte gemeinsam gründlich beraten werden.

Ist eine Schwangerschaft also eingetreten, sollte das junge Paar alle Möglichkeiten prüfen, ob nicht doch die Entscheidung für das Kind getroffen werden kann. Sie ist eine der verantwortungsvollsten Entscheidungen, die eine Frau zu treffen hat. Auch wenn es in ihre Hand gegeben ist, darüber zu befinden, so zeigt sich der Wert einer Partnerschaft oft gerade darin, wie beide sich in diesem Spannungsfeld verhalten, wie sie wirklich zueinander stehen. Beide Partner sollten daher gemeinsam mit dem Arzt beraten und ihn in ihre Entscheidungsfindung und künftige Familienplanung einbeziehen.

Frauen entscheiden verantwortungsbewußt

Die große Mehrzahl unserer Frauen – das belegen nicht nur unsere eigenen repräsentativen Untersuchungen über Motivationen zur Schwangerschaftsunterbrechung – nimmt die Interruptio sehr verantwortungsbewußt wahr. Befürchtungen, die 1972 laut wurden, daß Interruptio-Patientinnen hauptsächlich Jugendliche, Frauen ohne Kinder, Lehrlinge und Studenten sowie unverheiratete Frauen sein würden, hat das Leben selbst widerlegt. Einige Zahlen aus einer DDR-Befragung von über 2700 Patientinnen mit Schwangerschaftsabbruch mögen das verdeutlichen. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 28,3 Jahre, nur 6 Prozent

hatten das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet. 64 Prozent der Frauen waren 25 Jahre und älter. Die meisten von ihnen befanden sich somit jenseits der aktiven Phase der menschlichen Fortpflanzung. 70 Prozent der befragten Frauen waren verheiratet und über 80 Prozent von ihnen lebten in sehr stabilen Ehen. Nur 10 Prozent waren Schüler, Lehrlinge und Studenten. 80 Prozent der Patientinnen hatten bereits Kinder geboren – im Durchschnitt sogar mehr, als die Frauen gleicher Alterspopulation in der DDR.

Die Gründe für die Schwangerschaftsunterbrechung zeigten folgende Rangfolge:

- der bereits realisierte Kinderwunsch,
- die Patientinnen fühlten sich zu alt oder zu jung für die Geburt eines weiteren Kindes,
- allgemeine familiäre Gründe,
- die Altersabstände der Kinder entsprachen nicht den Vorstellungen der Patientinnen,
- Probleme im Zusammenhang mit der Qualifizierung,
- gesundheitliche Gründe.

Seit 1973 ging gegenüber dem Jahr 1972 in der DDR die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche stark zurück. Die illegalen Unterbrechungen (kriminelle Aborte), die die Gesundheit und das Leben der Frau bedrohen, wurden zur Seltenheit. Die gesamte Interruptio-situation in der DDR sowie die günstige Bevölkerungsentwicklung der letzten Jahre verdeutlichen die Richtigkeit unserer sozialistischen Gesundheitspolitik und Familienplanung.

Anmerkungen:

¹ Vgl. Ludwig Mecklinger, Begründung des Gesetzes über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. 3. 1972 vor der Volkskammer der DDR. In: Neues Deutschland vom 10. 3. 1972

² ebenda

³ ebenda

⁴ ebenda

⁵ ebenda

⁶ ebenda

Glück mit Kindern zur rechten Zeit

Ein ganz persönliches Wort zum Schluß unserer Betrachtungen. Im letzten Teil der Broschüre, der sich mit der Verhütung einer Schwangerschaft beschäftigte, mag es manchem sehr „technisch“ zugegangen sein. Das war unvermeidlich, um brauchbare Ratschläge in aller Sachlichkeit und Offenheit zu geben. Darüber sollte aber nicht in Vergessenheit geraten, daß es sich stets um die Liebe, um die innigsten, intimsten Beziehungen zwischen zwei Menschen handelt, die sich ohne Angst und biologische Zwänge entwickeln sollen.

Wir hatten es leichter als die Autoren vor 60 Jahren, die damals dieses Thema mutig und unter Gefahr der Strafverfolgung aufgriffen, nicht etwa nur deshalb, weil der Arzt heute zu perfekten Methoden raten kann. Es war vor allem deshalb leichter, weil in unserem Staat das Glück der Menschen auch auf diesem Gebiet Gebot ist, weil der Schutz der

Gesundheit der Frauen und soziale Sicherheit feste Bestandteile sozialistischer Familienpolitik sind.

Wir gehören einer Generation an, der es noch nicht gegeben war, in einem so unbelasteten, kinderfreundlichen Klima ihren Nachwuchs zur Welt zu bringen. Wir sehen es heute an den eigenen Kindern, wie sie selbstverständlich und frei entscheiden und wie dabei doch oder gerade deshalb eine sehr natürliche Haltung zu Kindern, zu ihren Kindern entstanden ist. Dennoch sind Rat und Antwort auf Fragen vonnöten, die in Zusammenhang mit der Erfüllung des Kinderwunsches entstehen. Diesem Wunsch wollten wir entsprechen, obwohl die kurzen Darstellungen in manchem speziellen Fall die Arztstunde nicht ersetzen können und sollen.

Wir wünschen Ihnen Glück in einer harmonischen Ehe und Familie und Glück mit Kindern – zur rechten Zeit.

Literatur zum Thema

- Bebel, A., Die Frau und der Sozialismus. Dietz Verlag, Berlin 1979.
- Brückner, H., Ein Kind wird erwartet. Verlag für die Frau, Leipzig 1982.
- Dietz, K., Kinderwunsch. Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaftsunterbrechung, Schwangerschaft und Geburt, die kinderlose Ehe. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1981.
- Dokumente der revolutionären deutschen Arbeiterbewegung zur Frauenfrage, herausgegeben von der Forschungsgemeinschaft „Geschichte des Kampfes der deutschen Arbeiterklasse um die Befreiung der Frau“ an der Pädagogischen Hochschule „Clara Zetkin“ Leipzig. Verlag für die Frau, Leipzig 1975.
- Familiengesetzbuch der DDR, herausgegeben vom Ministerium für Justiz. Staatsverlag, Berlin 1980.
- Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. 3. 1972. In: GBl. DDR, Teil I, Nr. 5 vom 15. 3. 1972.
- Grandke, A., Junge Leute in der Ehe, Reihe Recht in unserer Zeit, Heft 6. Staatsverlag der DDR, Berlin 1982.
- Henning, G., Uslar, E., Wir erwarten ein Baby. Ratsschläge für werdende Eltern. Verlag für die Frau, Leipzig 1982.
- Instruktion zur Durchführungsbestimmung zum Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. 3. 1972. In: Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen, Berlin, Nr. 4, 1972.
- Junge Frauen heute, herausgegeben von Uta Bruhm-Schlegel und Otmar Kabat vel Job. Verlag für die Frau, Leipzig 1982.
- Kleine Enzyklopädie Die Frau, herausgegeben von Irene Uhlmann. Bibliographisches Institut, Leipzig 1979.
- Marx/Engels/Lenin, Über die Frau und die Familie, herausgegeben vom Bundesvorstand des DFD, Verlag für die Frau, Leipzig 1980.
- Mecklinger, L., Begründung des Gesetzes über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. 3. 1972 vor der Volkskammer. In: Neues Deutschland vom 19. 3. 1972.
- Mehlan, K. H., Wunsch Kinder. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1975.
- Meyers Jugendlexikon Jugend zu zweit, VEB Bibliographisches Institut, Leipzig 1978, herausgegeben von L. Aresin u. A. Müller-Hegemann.
- Pinther, A./Rentzsch, S., Junge Ehe heute. Verlag für die Frau, Leipzig 1982.
- Rothe, K., Methoden der Empfängnisverhütung. Gustav Fischer Verlag, Jena 1973.
- Rühl/Weiße, Sozialpolitische Maßnahmen – konkret für jeden. Reihe Recht in unserer Zeit, Heft 14. Staatsverlag der DDR, Berlin 1982.
- Schmidt, H., Die berufstätige Mutter. Dietz Verlag, Berlin 1981.
- Schnabl, S., Mann und Frau intim. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1982.
- Staatliche Dokumente zur Förderung der Frau in der Deutschen Demokratischen Republik, Gesetz-dokumentation, zusammengestellt und bearbeitet von Ursula Adomeit. Staatsverlag der DDR, Berlin 1973.
- Starke, K., Junge Partner. Urania-Verlag, Leipzig - Jena - Berlin 1978.
- Unsere Ehe, herausgegeben von W. Polte. Verlag für die Frau, Leipzig 1984.
- Unsere Familie, herausgegeben von A. Grandke, G. Misgeld u. R. Walther. Verlag für die Frau, Leipzig 1982.
- Wolf, E., Hammer, K., Cyankali von Friedrich Wolf. Eine Dokumentation, Berlin und Weimar 1978.
- Zur gesellschaftlichen Stellung der Frau in der DDR, herausgegeben vom Wissenschaftlichen Beirat „Die Frau in der sozialistischen Gesellschaft“ bei der Akademie der Wissenschaften der DDR, Verlag für die Frau, Leipzig 1978.

Von unseren Autoren Dozent Dr. med. Dr. sc. phil. Gert Henning, Leiter der Bezirksleitstelle für Ehe- und Sexualberatung beim Rat des Kreises Leipzig, und Dr. jur. Elly Uslar, Berlin, erschien im Verlag für die Frau bereits „Wir erwarten ein Baby“.

2., durchges. Auflage
Alle Rechte vorbehalten
© 1982 by Verlag für die Frau, DDR Leipzig
Herausgegeben im Auftrag
des Bundesvorstandes des DFD
Umschlag und Illustrationen:
Werner Klemke
Layout und Sachzeichnungen:
Karl-Heinz Döring
Druckgenehmigungsnr.: 126/405/54/85
Lektor: Johanna Ludwig
Satzherstellung:
Druckerei „Neues Deutschland“
Druck und Buchbinderei:
Druckerei „Freies Wort“ Suhl
LSV 9129
Best.-Nr. 672 223 6
00180