COURAGE SONDERHEFT

Nr. 7 5. Jahrgang DM 7,80

Österreich öS 65,- Schweiz sfr 8,-

Verhütungs-Roulette

Pharma + Co

Mond und Massage

Spiral-schwanger-schaft

Die Pille für den Mann

Schering-prozess

Diaphragma

Editorial

Eine Umfrage, die Gerhardt Amendt unter niedergelassenen Ärzten durchgeführt hat, bestätigt, was Frauen schon länger wissen: Der Gynäkologe kann nicht als Experte für Verhütung raten, sondern nur als Mann, der an den Verhütungsfähigkeiten der Frauen zweifelt.

„Sicher und zuverlässig ist Verhütung für Gynäkologen nur dann, wenn sie selbst die Methode festsetzen und wenn Verhütung sich möglichst weit vom Zeitpunkt des Sexualverkehrs ereignet. Sie ziehen die Pille vor, weil sie nicht unmittelbar mit dem Sexualakt verbunden ist. Frauen, denen tägliche Disziplin zur Eigenmedikamentierung zugetraut wird, erhalten sie. Bestehen hier Zweifel, trifft der Gynäkologe Vorkehrungen von „unten" und setzt die Spirale ein. Je größer das ärztliche Mißtrauen, umso weniger Eigenaktivität der Frauen wird erwartet. Dreimonatsspritzen sind Verhütungsformen für „Dumme" und „Verantwortungslose". (G. Amendt, Die Gynäkologen, 1982)

Viele Frauen folgen diesen ärztlichen Empfehlungen, obwohl sie inzwischen mehr über Verhütung wissen könnten. Sie wählen die Spirale, weil sie die Pille nicht vertragen oder sie für weniger schädlich halten. So stehen Pille und Spirale in den Verhütungsmethoden auf Platz eins und zwei. Die Basaltemperaturmethode, die nach dem von Medizinern offiziell anerkannten Pearlindex für Zuverlässigkeit an dritter Stelle steht, wird im Gegensatz zur Pille oder zur Spirale in den Empfehlungen der Gynäkologen meist unterschlagen.

Der Austausch unter Frauen über die falschen Ratgeber, über die Nebenwirkungen der Pille und der Spirale hat inzwischen zu einer veränderten Verhütungspraxis der Frauen geführt. Nach der letzten Umfrage 1981 unter den Courage-Leserinnen stehen bei ihnen die Temperaturmethode und Präservative an erster Stelle der Verhütungsarten, gefolgt vom Diaphragma. Platz drei und vier teilen sich Pille und „kein vaginaler Verkehr". Die Spirale ist seltener als Schäume und Sprays.

Das Diaphragma, bei Frauenbewegungsfrauen auf Platz 3, ist den Gynäkologen kaum bekannt und trifft bei den meisten auf irrationale Ängste; sie könnten über den weiblichen Körper nicht mehr uneingeschränkt verfügen. Amendt wurde z.B. geantwortet: „Ja, das Diaphragma ist die Verhütungsmethode der Emanzen mit roten Haaren, lila Hosen und verstärktem Haarwuchs. Diese Frauen sind eh unfruchtbar und haben keine Verhütung nötig. Das Diaphragma ist für sie so sicher, weil sie keine Kinder bekommen können – aus keinem anderen Grund."

Borniertheit und Voreingenommenheit gegenüber mechanischen Verhütungsmethoden – vor allem, wenn sie von Männern durchgeführt werden sollen – sind als Ursache dafür anzusehen, daß in der Bundesrepublik nur 12 % der Paare mit Präservativen verhüten im Gegensatz zu 35-40 % der Paare in skandinavischen Ländern. In Japan, wo es keine Antibabypillen gibt, sind die Präservative am dünnsten, und sie werden von 70 % der Paare benutzt.

Wenn wir die Wärmemethode für den Mann, die in Deutschland geradezu unbekannt geblieben ist, miteinbeziehen, sind es einschließlich des Kondoms schlappe zwei Methoden, die durch zeitweilige Sterilität des Mannes bzw. seiner Spermien die Empfängnis verhindern.

Dabei gibt es die Pille für den Mann bereits, nur wird sie für alle anderen Zwecke als für Verhütung verschrieben. Es könnte sie auch als Verhütungsmittel bereits auf dem Markt geben, wenn nicht die übervorsichtigen Forscher die ersten Versuche mit Männern vorzeitig abgebrochen hätten, nachdem sie bei einem (!) Mann verkleinerte Samenstränge durch die Einnahme von Enovid beobachtet hatten. Die drei damals in der puertoricanischen Pillen-Versuchsreihe gestorbenen Frauen fanden weit weniger Beachtung. Die erste Pille Enovid kam 1960 zwar mit der Empfehlung auf den Markt, sie nicht länger als zwei Jahre hintereinander einzunehmen. Doch wie ungewiß das Risiko für die weibliche Gesundheit tatsächlich gewesen war, formulierte John Guillebaud in seinem 1982 erschienenen Propillenbuch: „Es bestand stets die Möglichkeit, daß die synthetischen Hormone der Pille eine völlig neue Krankheit verursachten." Natürlich wurde ihnen dieses extrem hohe Risiko – klammheimlich – von den Forschern als Preis für eine „sichere" Empfängnis auferlegt. Wenn es männlicher Selbstschutz ist, die Gefahr der Unfruchtbarkeit, die erwiesenermaßen durch Hormone herbeigeführt werden kann, bei sich als größere Menschheitskatastrophe zu bewerten, so ist es Gewalt gegen Frauen, wenn sie weiterhin einer chemischen Folter – mit Krankheits- und Todesfolge – ausgesetzt bleiben.

An Frauen wird ausprobiert. Nebenwirkungen oder Verstümmelungen, die auftreten, werden von Wissenschaftlern nicht auf die Einnahme von Hormonen zurückgeführt. Vielmehr bemühen sie sich, diese den Pillenbenutzerinnen anzulasten. So versuchte die 1981 veröffentlichte amerikanische Walnut-Creek-Studie nachzuweisen, daß „bestimmte persönliche Verhaltensweisen und Eigenschaften (bei Pillenbenutzerinnen) ein größeres Risiko zur Entwicklung von ernsten Erkrankungen" nach sich ziehen: Z.B. entstehe Gebärmutterkrebs bei „stärkerer sexueller Aktivität" und Hautkrebs werde auf eine „stärkere Sonnenbestrahlung" zurückgeführt.

Neuerdings wird der Einnahme von Östrogenen und Gestagenen sogar eine schützende Wirkung vor Eierstockkrebs zugeschrieben. Solche Behauptungen werden sogar von renommierten Frauenärzten in auflagenstarken Illustrierten vertreten.

Die Walnut-Creek-Studie kommt zu dem – allerdings stark angezweifelten – Ergebnis, „daß für die gesunde, junge, erwachsene, nichtrauchende, weiße Frau aus gutbürgerlichen Verhältnissen die Risiken im Zusammenhang mit der oralen Kontrazeption nicht nennenswert sind."

Nur zur Erinnerung sei erwähnt, daß die Weltgesundheitsorganisation das Östrogen, das in jeder Pille enthalten ist, als krebserregenden Wirkstoff aufgelistet hat. Britische Untersuchungen stellten ein erhöhtes Sterberisiko für 35-44jährige Frauen fest, die die Pille einnahmen und Raucherinnen waren: das Risiko an einem Herz- oder Kreislauftod zu sterben, beträgt für sie 1:2.000 im Jahr. Bei den über 44jährigen Frauen beträgt es sogar 1:550 im Jahr. Doch spricht derselbe Arzt und Autor die mir unverständliche Empfehlung aus: „Ist die Frau zufrieden und gesund und sie möchte die Pille gern nehmen, würde ich sie ihr verschreiben, wie alt die Patientin auch sein mag." Diese Haltung finde ich gefährlich, weil sie so tut als kennten wir das Risiko, das mit der „sichersten" Empfängnisverhütung

einhergeht und nähmen es gern in Kauf.

Sie erzählen uns nichts über die Gefährlichkeit der Pille. Von ihnen hören wir nur wie sicher, reversibel und verträglich die „richtige" Pille oder die Minipille sei. Ich habe mir schon 1966 von meinem Frauenarzt – ein väterlicher Typ – anhören müssen, daß ich mit dem gleichen Risiko als Fußgängerin von einem Auto überfahren werden könnte. 1982 lese ich bei J. Guillebaud, daß es mehr Unfallgeschädigte als Pillengeschädigte im näheren Bekanntenkreis gäbe und daß dies kein Grund sei, das Auto nicht mehr zu benutzen. Oder: „Ein Leben ohne Risiko gibt es nicht und in puncto Empfängnisverhütung ist Nichtstun nicht ohne Risiko."

Die Pro-Pillen-Propaganda verfehlt ihre Wirkung nicht: Allein in der BRD hatte Schering 1981 Umsatz von 96 Millionen DM durch den Verkauf von Antibabypillen. Welchen Anteil die einzelnen Pillenpräparate haben, ist der nebenstehenden Übersicht zu entnehmen.

Die bestehenden Zulassungsbestimmungen in der BRD für Hormon-Medikamente nützen wenig. Die Pharmaindustrie findet andere Absatzmärkte oder steigert den Verkauf durch Umbenennungen und nutzt die BRD sogar durch Präparate, die in den USA verboten sind. Das hat Schering mit der Umbenennung von Duogynon zu Cumorit und Cumorit zu Östro-Primolut vorgemacht. Wenn es wie bei der Dreimonatsspritze Depo-Clinovir der Firma Upjohn in den USA zum Verbot kommt, weil es erwiesenermaßen Gebärmutterhalskrebs erzeugt, bringt Upjohn Depo-Clinovir in anderen Ländern auf den Markt und streicht dort weiterhin Gewinne ein. In der Bundesrepublik sind 1981 150.000 Packungen Depo-Clinovir verkauft worden. Das sind 2 Millionen DM Apothekenumsatz.

Und wenn sich mal ein Anwalt findet, wie in dem Stockholmer Schering-Prozeß, der den Pillentod einer jungen Frau zum Anlaß nimmt, Schadensersatz vom Pillenhersteller zu fordern, dann urteilt das Gericht nicht mit Bedacht und Vorsicht, um weitere Gefahren durch die Pille von den Frauen abzuwenden, sondern folgt in seinem Urteil der Schering-Argumentation, nach der der Tod von Anita Lindström in keinem Zusammenhang mit der Einnahme der Pille Anovlar steht.

An den Alternativen zur chemischen Verhütung arbeiten Frauen bereits seit 15 Jahren. Ihre Arbeit hat uns dem Wissen über den weiblichen Körper ein Stück näher gebracht. Eine Weisheit, die dem weiblichen Wohlbefinden gerecht wird, ihm die Vorsicht angedeihen läßt, die wir von Experten nicht erwarten können.

Umsatzzahlen für die gängigsten Antibybypillen

Diese Zahlen gelten für den Apothekenumsatz in der gesamten Bundesrepublik. Der Preis, den die Verbraucherinnen zahlen, ist doppelt so hoch.

Schering AG	**verkaufte Packungen**	**Umsatz in DM**
Microgynon 21	*1 Mio*	*12 Mio*
Microgynon 28		
Neogynon 21		
Neogynon 28	*1 Mio*	*12 Mio*
Diane	*1,2 Mio*	*19 Mio*
Neo Stediril	*200.000*	*3 Mio*
Eugynon 21		
Eugynon 28	*500.000*	*8 Mio*
Sequilar 21		
Sequilar 28	*2,3 Mio*	*15 Mio*
Triquilar	*800.000*	*10 Mio*
Cilag		
Ortho-Novum	*300.000*	*4 Mio*
Micronovum	*20.000*	*0,3 Mio*
Organon		
Lyndio	*1 Mio*	*12 Mio*
Exlutona	*50.000*	*0,6 Mio*
Boehringer/ Mannheimer		
Ovulen	*20.000*	*0,2 Mio*
Nourypharma		
Ovanon	*1,8 Mio*	*23 Mio*
Wyeth		
Mikro-30	*15.000*	*0,15 Mio*

Aus der Beschäftigung mit dem eigenen Körper haben Frauen ein neues Selbstverständnis über sich zurückgewonnen. Sie beobachten ihren Zyklus, Veränderungen der Temperatur und des Vaginalschleims und leiten daraus Schlüsse über die Zeit ihres nächsten Eisprungs. Das mag einigen – genau wie die Anwendung und Pflege des Diaphragmas und der Muttermundkappe – sehr umständlich erscheinen. Ist es auch im Vergleich zum Pillenschlucken und gemessen an den Frauen, bei denen die Verhütung ganz wegfällt, weil sie entweder mit Frauen Sexualverkehr haben oder es vorziehen, gar keinen zu haben. Für die Frauen in den Frauengesundheitszentren ist diese Körperbeobachtung bereits zum festen Bestandteil ihres Alltags geworden, vergleichbar mit der täglichen Hygiene und nicht umständlicher als das tägliche Zähneputzen. Es ist weniger entscheidend, wie umständlich die Verhütung ist, sondern wie gut wir sie vertragen.

Verhütung ist mehr als die Pillen schlucken oder die Spirale tragen, auch wenn dies noch so „bequem", „praktisch" und „sicher" erscheint. Sie bedeutet immer auch eine aktive Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch, die, wenn sie gemeinsam mit dem Mann geführt wird, auch Auswirkungen auf seine Sexualität hat. Nur eine männliche Sexualität, die weniger fortpflanzungsorientiert ist, kann die Beteiligung des Mannes an der Verhütung glaubhaft machen. Sichere Verhütung für Frauen heißt nicht unbedingt, daß sie die Kontrolle über ihre Fruchtbarkeit an den Mann delegieren müssen, obwohl das heute bereits möglich wäre.

Die Kenntnis über Lunaception und den Mondeisprung ist nicht nur auf den Wissensdurst exzentrischer Frauen zurückzuführen, sondern sie ist für eingeweihte Frauen eine Vorsichtsmaßnahme mehr in der Kunst, den Tag des Eisprungs genau vorherzusagen. Die abortiven Tees und Massage ergänzen diese Kunst insofern, als sie unschädliche Maßnahmen sind, die – zur rechten Zeit angewandt – die Verhütung kontrollieren.

An dieser Stelle sei allen Frauen und Autorinnen dafür gedankt, daß sie ihre jahrelangen Erfahrungen und Diskussionen für dieses Sonderheft „Verhütungs-Roulette" aufbereitet haben. Ohne sie wäre das Spektrum der Verhütungsproblematik nicht so vielfältig geworden. Wir hoffen, der düsteren Bestandsaufnahme über hormonale Verhütungsmittel eine Alternative über unschädliche natürliche Verhütungsmethoden entgegengesetzt zu haben. Gedankt sei der Tübinger §218-Beratungsgruppe, die zum Thema „Antibabypille in der BRD" unveröffentlichte Literatur durchgearbeitet hat. Gedankt sei den Frauen aus den Feministischen Frauen Gesundheitszentren in Berlin und Nürnberg für ihre Bereitschaft, ihre Praxis mit natürlichen Verhütungsmethoden, abortiven Tees, Massage und Lunaception weiterzugeben.

Christa Müller

Anzeige

Buchläden für Frauen & Mädchen

Aachen

Frauenbuchladen	Bergdriesch 14, 51 Aachen Tel. 0241/244 15	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Berlin

Frauenbuchladen Labrys	Hohenstauffenstr. 64, 1 Berlin 30 Tel. 030/215 25 00	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00
Frauenbuchladen Lilith	Knesebeckstr. 86-87, 1 Berlin 12 Tel. 030/312 31 02	Mo-Fr 9.30-18.30 Sa 9.30-14.00
Frauenbuchladen Miranda	Nazarethkirchstr. 42, 1 Berlin 65 Tel. 030/465 79 05	Di-Fr 11.00-18.00 Sa 10.00-14.00

Bielefeld

Frauenbuchladen GmbH	Herforder Str. 64, 48 Bielefeld 1 Tel. 0521/684 61	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-13.00

Bochum

Buchladen im Frauenzentrum	Schmidtstr. 12, 463 Bochum Tel. 0234/191 94	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Bonn

Frauenbuchladen Nora e.V.	Wolfstr. 30, 53 Bonn 1 Tel. 0228/65 47 67	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 9.00-14.00

Braunschweig

Frauenbuchladen im Magniviertel GmbH	Magnikirchstr. 4, 33 Braunschweig Tel. 0531/407 44	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-13.00

Bremen

Frauenbuchladen	Friesenstr. 12, 28 Bremen Tel. 0421/741 40	Mo-Fr 10.00-18.00 Sa 10.00-13.00

Dortmund

Frauenbuchladen Zimpzicke e.V.	Adlerstr. 30, 46 Dortmund Tel. 0231/14 08 21	Mo-Fr 10.00-13.00 15.00-18.00 Sa 10.00-13.00

Düren

Frauenbuchladen Jaga e.V.	Krämergasse 29, 516 Düren Tel. 02421/156 52	

Düsseldorf

Frauen-Bücher-Zimmer	Duisburgerstr. 50, 4 Düsseldorf 30 Tel. 0211/46 44 05	Mo-Fr 10.00-13.00 15.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Frankfurt

Frauenbuchladen	Kiesstr. 27, 6 Frankfurt Tel. 0611/70 52 95	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Freiburg

Frauenbuchladen	Brombergstr. 23, 78 Freiburg Tel. 0761/781 50	Mo-Fr 10.00-13.00 15.00-18.00 Sa 10.30-13.00

Göttingen

Frauen-/Kinderbuchladen Laura	Burgstr. 3, 34 Göttingen Tel. 0551/473 17	Mo-Fr 10.00-18.00 Sa 10.00-14.00

Hamburg

Frauenbuchladen	Bismarckstr. 98, 2 Hamburg 20 Tel. 040/491 47 48	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Hannover

Frauenbuchladen annabee	Hartwigstr. 7, 3 Hannover Tel. 0511/32 40 24	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Heidelberg

Frauenbuchladen GmbH	Plöck 52, 69 Heidelberg Tel. 06221/222 01	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Karlsruhe

Johanna mit Teepott e.V.	Viktoriastr. 9, 75 Karlsruhe 1 Tel. 0721/254 46	Mo-Fr 9.00-12.30 14.30-18.30 Sa 10.00-14.00

Kassel

Frauenbuchladen Aradia e.V.	Reginastr. 14, 35 Kassel Tel. 0561/172 10	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Köln

Frauenbuchladen	Moltkestr. 66, 5 Köln 1 Tel. 0221/52 31 20	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Lindau

Frauenbuchladen Die Kleine Eule	Unterer Schrannenplatz 6 899 Lindau Tel. 08382/287 35	

Mannheim

Frauenbuchladen Xanthippe	T 3/4, 68 Mannheim Tel. 0621/216 63	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Marburg

Frauenbuchladen Kollektiv	Untergasse 7, 355 Marburg Tel. 06421/127 42	Mo-Fr 10.00-18.00 Sa 10.00-13.00

Minden

Frauenbuchladen trotz alledem	Alte Kirchstr. 2, 495 Minden Tel. 0571/234 20	Mo-Fr 10.00-13.00 15.00-18.00 Mi+Sa 10.00-13.00

München

Frauenbuchladen Lillemor's	Arcisstr. 57, 8 München 40 Tel. 089/272 12 05	Mo-Fr 10.00-18.30 Sa 10.00-14.00

Münster

Frauenbuchladen	Sophienstr. 14-16, 44 Münster Tel. 0251/39 28 84	Mo-Fr 10.00-18.00 Sa 10.00-14.00

Nürnberg

Frauenbuchladen	Kleinreutherweg 28, 85 Nürnberg	Mo-Fr 10.00-18.00 Sa 10.00-14.00

Pforzheim

Frauenecke Buchladen für Frauen	Sachsenstr. 34, 753 Pforzheim	

Stade

Die Weide	Neue Str. 10, 2160 Stade Tel.04141/457 19	Mo-Fr 10.00-11.30 13.00-18.00 Sa 10.00-13.00

Tübingen

Frauenbuchladen Thalestris	Bursagasse 2, 74 Tübingen Tel. 07071/265 90	Mo 14.00-18.00 Di-Fr 10.00-18.00 Sa 10.00-13.00

Wiesbaden

Frauenbuchladen Sappho Frauenbuchversand	Luxemburgstr. 2, 62 Wiesbaden Tel. 06121/37 15 15	Mo-Fr 10.00-13.00 14.30-18.30 Sa 10.00-14.00

Wuppertal

Frauenbuchladen und Café Dröppel(fe)mina	Am Brögel 1, Wuppertal-Unterb. Tel. 0202/877 07	

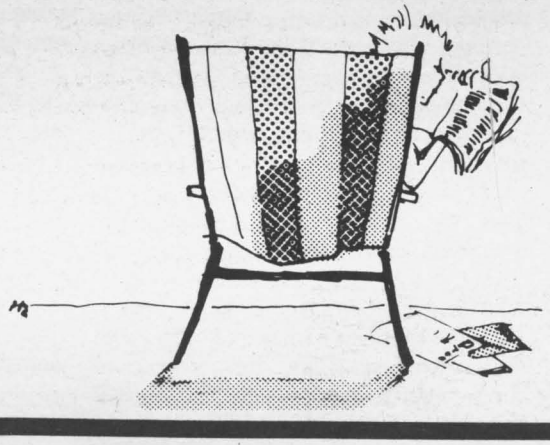
Österreich

Wien

Frauenzimmer Buchcafé	Lange Gasse 11, 1080 Wien Tel. 0222/43 86 78	Mo-Fr 10.00-18.00 Sa 10.00-13.00

Schweiz

Frauenbuchladen Zürich	Stockerstr. 37, 8002 Zürich Tel. 01/202 62 74	Di-Fr 10.00-13.00 14.30-18.30 Sa 10.00-16.00
Gnosseschaftsbuechlade Rapunzel	Palazza/Postfach 4410 Liestal Tel. 061/91 56 70	



COURAGE SONDERHEFT 7

Inhalt

Editorial 2

Er kann's am leichtesten... 6

Die Männerpille
und das Wärmebad... 7

Gespräch mit einem sterilisierten Mann
Ich habe es für mich getan... 12

Präservative
Mehr aus Einsicht denn aus Lust... 14

So will sie nicht mehr ... 16

Der Fall DÄS
Nach 25 Jahren erkranken die Töchter... 18

Die Hormone in der Pille
und wie sie wirken... 23

Die „Neben"wirkungen der Pille... 24

Comic
Mütter, von Claire Bretécher 25

Die Pillenarten
Harmlos sind die alle nicht... 30

Androcur
Hormone schon für Mädchen... 32

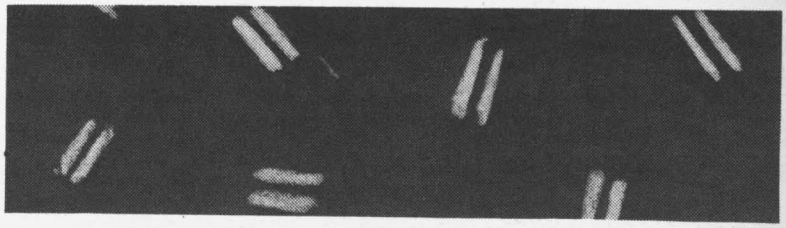
Triquilar
Meinem Typ angepaßt? 32

Dokumentation

Stockholmer Schering-Prozeß
Der Tod – eine akademische Frage?... 34

Die Dreimonatsspritze
In den USA bereits verboten... 37

Duogynon = Cumorit = Östro-Primolut
Wenn die Blutung ausbleibt... 40



So schon gar nicht 43

Spiralschwangerschaft – eine Seltenheit? 44

Laut Statistik sind Sie eben fällig... 45

So geht's vielleicht... 48

Das Diaphragma

In aller Ruhe lernen... 49

Die Kappe für den Muttermund... 51

Das selbstgebraute Gel... 54
Rezept... 55

Die Schleimstrukturmethode...
Den Eisprung am Schleim erkennen... 56

Die Temperaturmethode
Die Aufwachtemperatur messen... 58

Die Bindegewebsmassage
Massage, wenn der Eisprung ausbleibt... 59

Abortive Tees
Das wiedergewonnene Wissen... 61

Lunaception & Mondeisprung
Das sanfte Licht der Vollmondin... 62

Die Verhütungsarten für Frau und Mann
Auf einen Blick... 64

Literaturhinweise 66

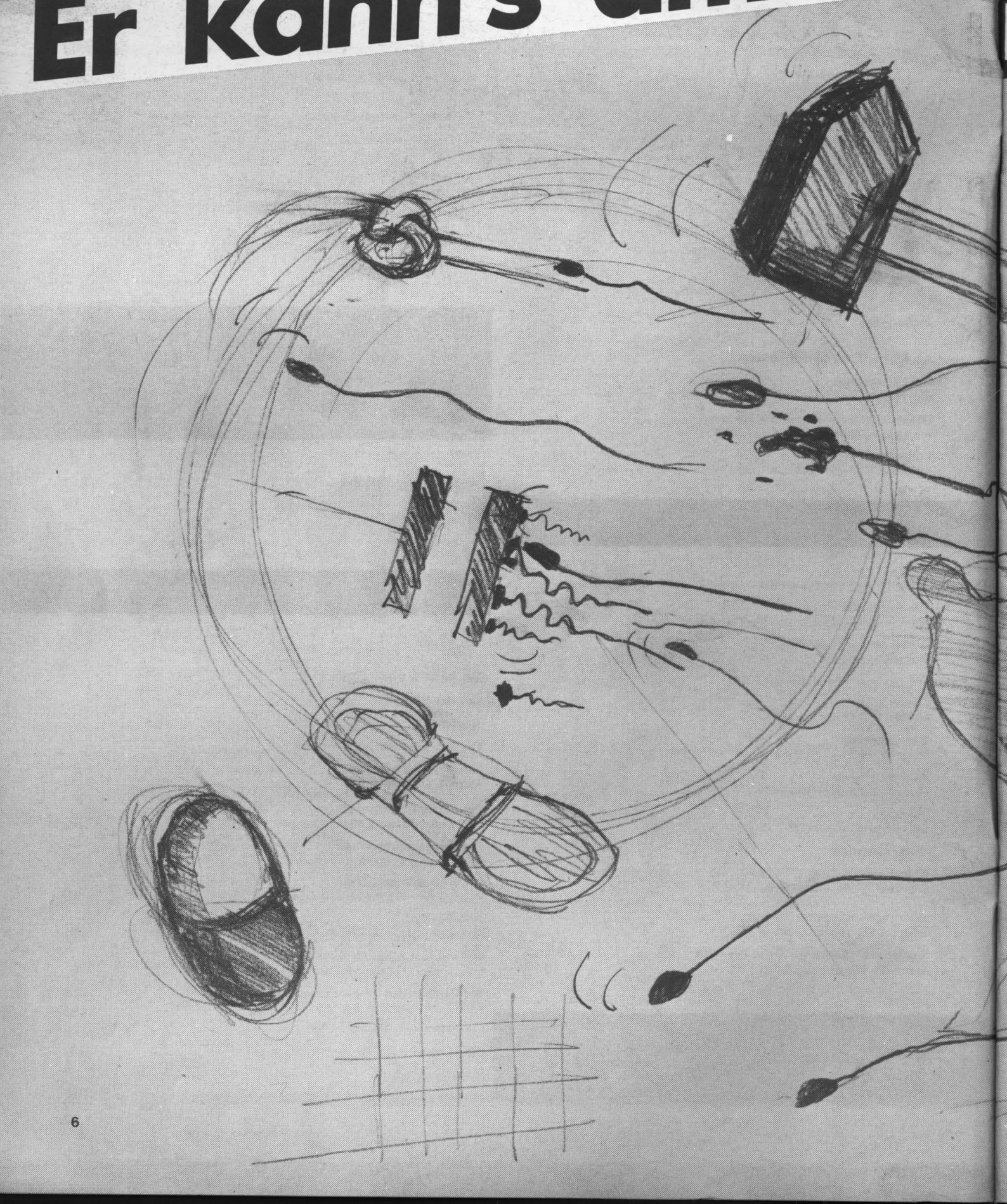
Beratungsadressen 66

Index 67

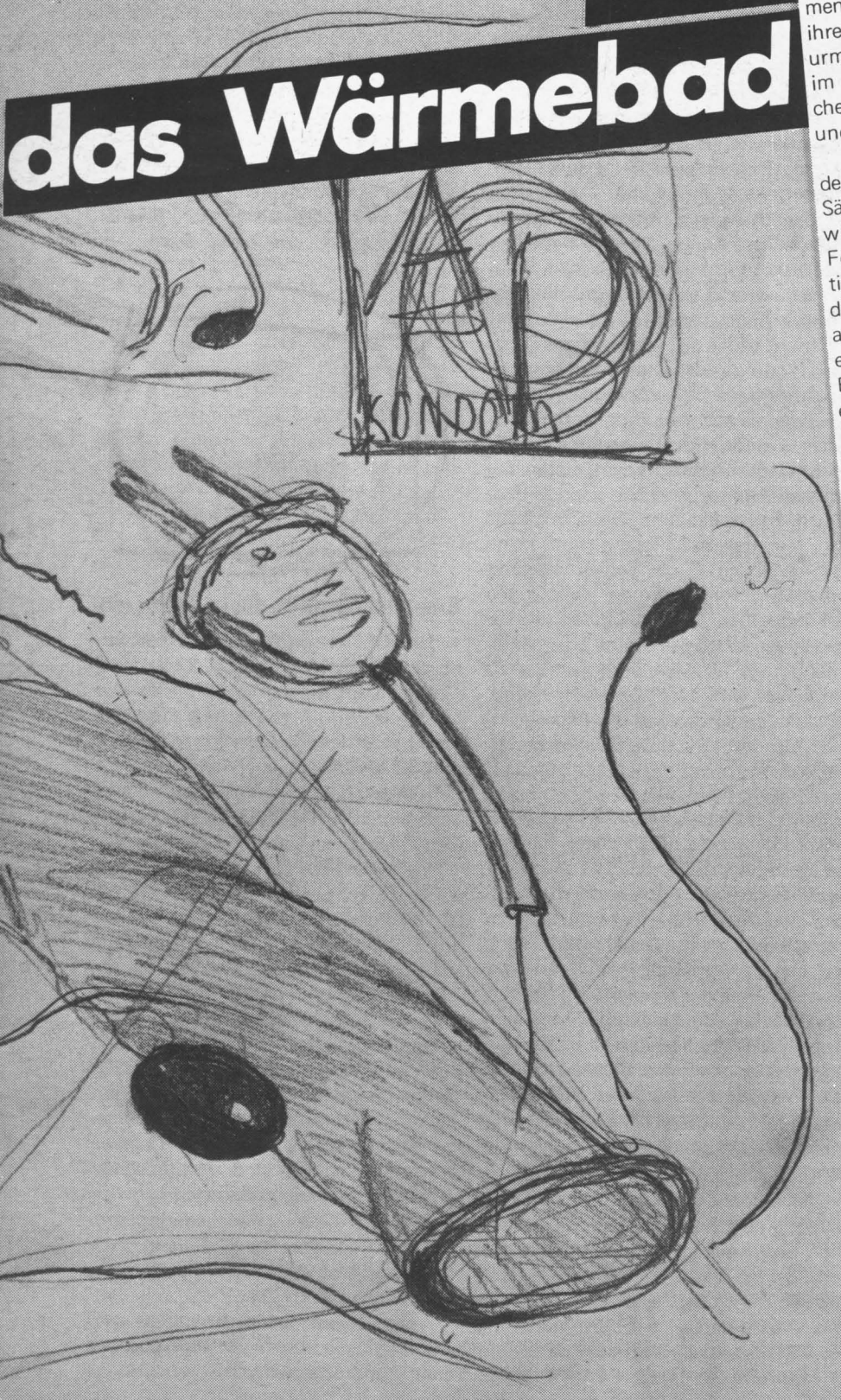
Impressum 67

Verhütungsmethoden für Männer

Er kann's am leic



htesten Die Männerpille und das Wärmebad



Der männliche Mensch produziert erstaunlich große Mengen an Samen. In einer einzigen Ejakulation sind ca. 80 Millionen lebenstragende Sexualzellen enthalten. Spermien werden in einem mehr als 70 Tage dauernden Prozess vorfabriziert. Die Spermaproduktion wird von zwei Hormonen, dem FSH und dem LH, angeregt, deren Arbeit wiederum von der Hypophyse gesteuert wird.

Einst produzierte auch die Frau Unmengen an Eiern. Sie, oder eigentlich ihre weiblichen Fisch- und Amphibienurmütter, gab eine milchige Eiermasse im Wasser oder am Ufer ab. Das Männchen legte seinen Samen in der Nähe ab und beide vereinigten sich.

Aus diesem ursprünglichen Schleim, dem Mammal, entwickelten sich die Säugetiere und die Menschheit. Die Entwicklung kam durch die ungeheuren Fortschritte der weiblichen Reproduktionsfähigkeit. Die zyklischen Eiabsonderungen von großen Mengen wurden auf einige ausgewählte Eier oder gar nur eines reduziert. ***Sie*** hielt das Produkt der Empfängnis in ihrem Körper zurück, entwickelte eine Plazenta und ernährte das Baby von ihrem Blut und ihren Knochen. Die Fortschritte, die uns zu Menschen werden ließen, erklären moderne Embryologen aus den Adaptionen, die die weiblichen Mitglieder einer sich entwickelnden Art durchmachten.

Die männliche Reproduktion – damit soll ihre Wichtigkeit nicht heruntergespielt werden – ist immer noch der der Amphibien und Fische ähnlich. Die Samenproduktion ist verschwenderisch, nicht bewahrend. Und die männliche Rolle ist biologisch beendet, wenn die Spermien sich auf den Weg machen. Die reproduktive Rolle der Frau ist länger, härter und sehr viel gefährlicher.

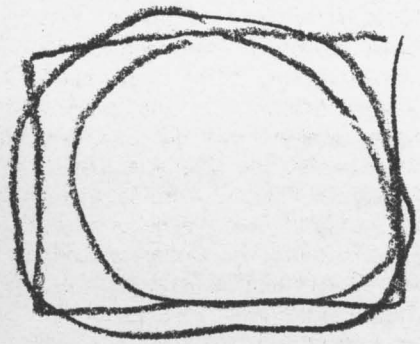
Revolution... oft wird davon im Drama gesprochen, bei Musik am Lagerfeuer, bei Diskussionen. Manchmal sitzen wir mittendrin wie im Nebel. Während nur einige begünstigte Frauen immer Zugang zu spermienabtötenden Mitteln hatten (Cleopatra z.B. benutzte zur Verhütung eine Mischung aus Honig und getrocknetem Krokodildung), so waren es schließlich die männlichen Verhütungsmethoden, die Technik der Unterbrechung und später das Kondom, die die Geburtenrate der Neuzeit drastisch senkten.

Richtig benutzt, sind sie weit erfolgreicher, als viele Leute es heute glauben. Aber jede hat offensichtliche Nachteile. Obwohl sie Übung und Disziplin verlangt, war die Unterbrechungsmethode die einzige Verhütungsart, die von ca. zwei Dritteln aller Paare in Frankreich und Ungarn bis 1960 benutzt wurde! Die Geburtenrate in diesen Ländern war

bewundernswert niedrig. Man sollte sie als Methode für den „Notfall" nicht übersehen.

Margaret Sanger, wie auch andere Feministinnen, hielt es für wesentlich, daß die Geburtenkontrolle in den Händen der Frauen blieb. Aber von den neuen Methoden haben sich viele als gesundheitsschädigend herausgestellt. Senator Gaylord Nelsons Hearings zur Pille mußten am 23. Januar 1970 auf massive Intervention von feministischen Gesundheitsgruppen aus Washington D.C. unterbrochen werden.

„Warum werden hier keine Patientinnen befragt", fragten die Frauen um Alice Wolfson, „warum spielt die Presse alle kritischen Kommentare zur Pille runter? Warum gibt es keine Pille für den Mann?"



Frühe Arbeiten an einer Pille für den Mann

Die Furcht, daß die Pille für Männer, deren Libido oder Sexualorgane verändern könnte, war abschreckend genug, um die Forschungen nicht weiterzutreiben. Hormone können dieses jedoch bei beiden Geschlechtern hervorrufen! Masters und Johnson haben festgestellt, daß eine Frau, die orgasmusfähig war und diese Fähigkeit verloren hat, als erstes gefragt werden muß, ob sie die Pille genommen hat.

Für Wissenschaftler ist ein verringerter Sexualtrieb bei Männern verhängnisvoller als bei Frauen. Sie argumentieren, es werde nun mal Libido benötigt, um die Spermien aktionsfähig zu machen, aber nicht, um das Ei an seinen Platz zu befördern. Die Kontinuität der Spezies hängt also von der männlichen Libido ab! Ein Regierungsbeamter drückte das kürzlich so aus: „Die meisten Frauen haben sowieso nicht die Orgasmen, von denen man so viel liest. Ein großer Teil von diesem Masters und Johnson und Frauenbewegungs-Zeug beschäftigt sich nur mit Ausnahmen, um nicht zu sagen mit Unnormalen. Ich habe noch nirgendwo gehört, daß die Pille die Orgasmusfähigkeit der Frauen einschränkt."

Unter den ersten, die in einem Verhütungsprogramm für Männer getestet wurden, waren acht geisteskranke Psychotiker in einem staatlichen Krankenhaus von Massachusetts. Sie erhielten in den fünfziger Jahren Enovid, als es noch ganz neu auf dem Markt war. 10 Milligramm Enovid pro Tag führten zur endgültigen Sterilität. Ein junger Mann hatte am Ende des 5.1/2monatigen Versuchs verkleinerte Samenstränge; sein Hodensack war „weich und kleinkindhaft" geworden – so der Arztbericht.

Der Sexualantrieb dieser Patienten – man kann sie kaum Freiwillige nennen – war generell nicht verändert durch Enovid. Ihre Psychiater hätten sie beobachtet und sie masturbierten soviel oder sowenig wie zuvor.

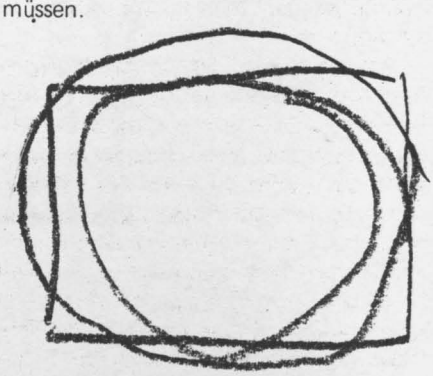
Jedoch verhinderten die verkleinerten Samenstränge eines Mannes jedwede weiteren Experimente mit Enovid. Der Nebeneffekt an ihm wurde – es tut uns leid, das schreiben zu müssen – als ernsthafter angesehen als die unerklärlichen Tode von drei puertorikanischen Frauen, die während der Experimentierphase mit der Pille starben.

Gleich, ob sie als Implantat, als Spritze oder oral genommen werden, stoppen Sexualhormone die Spermienproduktion, wie sie auch die Eiproduktion beenden, weil die Hypophyse durch Falschmeldung dahingebracht wird, ihren natürlichen Ausstoß an FSH- und LH-Hormonen zu verkleinern. Nach ungefähr zwei Monaten (70 Tagen) sind keine Spermien mehr in der Samenflüssigkeit enthalten. Jedes Hormon kann diese Wirkung haben. Aber die Pillen, die für Frauen benutzt werden, sind zu verweiblichend, um für Männer brauchbar zu sein. (Es ist wirklich etwas erschreckend, sich klarzumachen, daß die Experimente an Männern, die ohne Zweifel beweisen, daß Hormone zur Unfruchtbarkeit führen, schon aus dem Jahr 1939 stammen).

Warum werden nicht mehr männliche Hormone, die Androgene, benutzt? (Beide Geschlechter produzieren männliche und weibliche Hormone, aber in unterschiedlichem Verhältnis.) Reine Testosteron Verhütungsmittel für Männer rufen keine Feminisierung hervor, können aber zu anderen Problemen führen, wie z.B. Herzanfällen oder einem Anstieg der roten Blutkörperchen. (Die Pille für Frauen kann auch Herzanfälle und Bluterkrankungen verursachen, aber Männer fürchten sie mehr, da sie normalerweise gefährdeter sind.)

Die logische Schlußfolgerung daraus wäre es, eine Kombination von männlichen und weiblichen Hormonen zu finden, die so ausbalanciert sein müßte, daß sie einerseits eine Feminisierung und andererseits eine Überstimulierung des Herzens, der Blutkörperchen und der Prostata verhindert. Solche Mittel wurden von Dr. C. Alvin Paulsen von der Universität Washington und Dr. Julian Frick aus Innsbruck klinisch getestet. Paulsen und Frick untersuchten verschiedene Kombinationen, die es – was wohl etwas unbequem wäre – erforderlich machten, sowohl Pillen als auch monatliche Spritzen zu nehmen.

Jedes Verhütungsmittel, das eine Funktionseinschränkung der Hypophyse bewirkt, muß weitreichende Nebenwirkungen auf den ganzen Körper haben. Die Hypophyse ist die Schaltstelle für viele Körperfunktionen und es ist immer ein Risiko, damit herumzujonglieren. Man kann also sagen, daß hormonelle männliche Verhütungsmittel auch nicht sicherer sind als die weibliche Pille. Sie vereinen dieselben Risiken in sich statt sie zu eliminieren, wären jedoch ein „Aufrichtigkeitstest" für Männer, die behaupten, aus Liebe sterben zu müssen.



Eine Männerpille, die es schon gibt.

Die Paulsen und Frick Formel wird in den nächsten Jahren nicht auf den Markt kommen. Aber es gibt in den Regalen der Apotheken schon Produkte, die versprechen, genauso gut zu helfen.

Dies sind die oben erwähnten Androgen- und Östrogenkombinationspräparate. Sie werden landläufig verwendet zur Behandlung von Osteoporosis oder Knochenschwund bei älteren Leuten beiderlei Geschlechts und für das, was manche als männliche Menopause bezeichnen. Ihr Erfolg bei der Knochenbehandlung ist sehr umstritten, aber Hunderttausende von Männern haben sie, meistens über lange Zeiträume hinweg, genommen. Einige Präparate enthalten Vitamine und Anti-Depressiva zusätzlich zu den beiden Sexualhormonen. Eines enthält sogar Speed und ist, weil es abhängig macht, schwer absetzbar. Über ein Dutzend Präparate sind erhältlich, darunter Mediatric und Formatric von der Fa. Ayerst, Gevrine von Lederle, Estrates von Reid-Provident, Gyneton von Schering, Halodrin von Upjohn und viele andere.

Weit davon, feminisierend zu sein, enthalten solche Mittel normalerweise mehr Androgen als Östrogen (bis zu

500 mal mehr) und – obwohl sie als verträglich sowohl für Männer als auch für Frauen bezeichnet werden – schreiben die Hersteller meist folgende Warnung auf die Packung:

„Beobachten Sie weibliche Patienten genau auf Zeichen einer Vermännlichung. Einige Erscheinungen, wie z.B. Stimmwechsel, sind u.U. nicht mehr rückgängig zu machen, auch nicht nach Beendigung der Einnahme."

Kürzlich entdeckten die Ärzte Michael und Maxine Briggs vom Alfred Hospital in Melbourne, Australien, daß ältere Männer, die diese Präparate benutzten, weniger Spermien produzierten ohne Nebeneffekte wie die Entwicklung eines Busens, geschrumpfte Hoden oder ein wesentlich verändertes Libidoverhalten zu zeigen. Sie suchten jüngere Freiwillige und wählten fünf aus, die die Osteoporosis-Tabletten zweimal täglich zu den Mahlzeiten einnehmen sollten.

Am Ende der Testzeit von 70 Tagen oder früher hatten vier der Patienten die Spermienproduktion eingestellt, der fünfte brauchte etwa doppelt so lange, hörte dann aber auch auf. Die freiwilligen Patienten der Briggs blieben 34 Wochen lang unter Hormonbehandlung und 16 Wochen lang unterbrachen auch die Ehefrauen ihre Verhütungsmaßnahmen. Keine wurde schwanger. Die Spermienproduktion war fünf Wochen nach Absetzen des Mittels wieder normal.

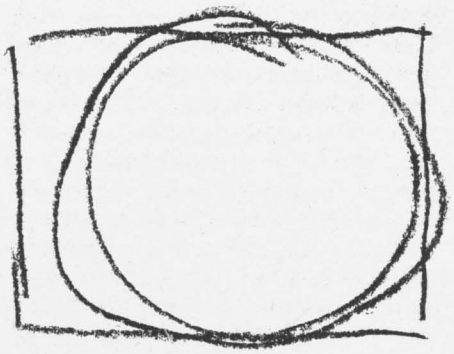
Drei der fünf Männer litten gelegentlich unter leichter Übelkeit. Aber es gab keine anatomischen Veränderungen. Zwei berichteten über verringerte Lust während der ersten acht Wochen, die sich aber zum Ende des Tests hin normalisierte. Ein anderer berichtete über einen verstärkten Sexualtrieb, der aber nach Absetzen des Mittels ebenfalls wieder einpendelte. Ein vierter wies unter der Medikation keinerlei Veränderungen auf, hatte aber nach Absetzen der Behandlung weniger Lust als vorher.

Dieses Ergebnis mag diejenigen Leserinnen verwirren, denen die Nebeneffekte der Pille nicht bekannt sind. Jedes starke Medikament unterdrückt einige unserer natürlichen Funktionen, die sich erst mit einigen Schwierigkeiten wieder durchsetzen. So wie es viele von uns schmerzhaft lernen mußten, daß wir nach der Einnahme von Antibiotika noch empfindlicher für eine neue Infektion sind.

Worin liegt das ethische Problem, wenn man ein erprobtes Mittel wie die Osteoporosis- oder männlichen Menopausen-Medikamente auf einem so wenig erprobten Gebiet wie Verhütung einsetzt? Solche Fragen werden unter Ärzten heiß diskutiert, von denen viele bereits Hormone für Zwecke verschreiben, an die die FDA (Food and Drug Administration) und die Hersteller nicht im Traum gedacht hatten. Zwei Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit: DÄS und Premarin werden neuerdings als „Morgen-danach-Verhütungsmittel" verschrieben und eine Gruppe von anabolischen oder „body-building"-Hormonen wird verschrieben, damit Sportler mehr Fleisch bilden. Anabolische (Anabolie = Aufbaustoffwechsel) Hormone können zusätzlich zu ihrer Fähigkeit, Muskeln zu bilden, auch Prostatakrebs, Brustkrebs und Blutgerinnsel bei Athleten hervorrufen. Es besteht der Verdacht, daß sie das bei Mitgliedern eines Berufsfußballerteams bereits getan haben.

Sollte dabei ein unerwarteter Nebeneffekt auftreten, so sind die Ärzte in einer kritischen Position. Sie können natürlich den Patienten dazu bringen, das Medikament auf eigene Verantwortung zu nehmen.

Über die bereits getesteten verhütenden Qualitäten der „neuen" Männerpille aus Australien kann soviel gesagt werden: Es ist eine Menge mehr über ihre Nebeneffekte auf Männer bekannt als bei Enovid, als es für Frauen auf den Markt kam.



Seine oder ihre Sicherheit?

Als Ausgleich für die „Wunder", die sie hervorrufen, haben alle Hormone Nebenwirkungen. Ein so starkes Mittel als „natürlich" zu bezeichnen, wäre nichts als Betrug.

Es ist ehrenwerter, die Risiken der verschriebenen Medikamente aufzuzeigen und den Patienten entscheiden zu lassen, ob er oder sie sie nehmen will. Der Rezeptblock gehört dem Arzt – aber der Körper allein den Patient(inn)en. Eine Medizin ohne diese Informationen zu verschreiben, ist gegen das bürgerliche Recht, ist eine Art chemischer Verletzung.

Die Nebenwirkungen der Pille für Frauen, die nach kurzer Testphase verschrieben wurde, sind unterdessen wohlbekannt. 50 Millionen Frauen sind dennoch weltweit bereit, sie hinzunehmen. Die Pille wird in den USA immer noch von jeder fünften Frau, die im fruchtbaren Alter ist, genommen. Ihr männlicher „Zwilling", so risikoreich er auch sein mag, wird auch einen Markt finden. Denn im Gegensatz zu den Vorhersagen der Hersteller und Forscher sind die Männer nicht abgeneigt, das Risiko zu tragen. Als Dr. Paulsen aus Seattle eine kleine Annonce in einem medizinischen Blatt veröffentlichte, in der er Freiwillige suchte, konnte er sich vor Angeboten kaum retten. Er und Kollegen, die Testreihen an Männern durchführen, bekommen körbeweise Post.

Warum hat diese Forschung erst jetzt begonnen? Warum wurde männliche Verhütung über 20 Jahre lang ignoriert (in den 50er und 60er Jahren), während Vermögen ausgegeben wurden, um neue Mittel für Frauen zu finden? Erst seit 1974 schlugen Förderungen für männliche Mittel eine Kerbe in das staatliche Gesundheitsbudget. Nichtprofitorientierte Gruppen wie der Bevölkerungsrat unterstützten Projekte zur Forschung für eine Männerpille, aber nicht so großzügig, wie sie gekonnt hätten. Ca. 20 Millionen Dollar werden laut Wall Street Journal jetzt jährlich dafür ausgegeben. Das ist aber nur ein Fünftel des Betrages, der nötig wäre, um schnell ein Verhütungsmittel zu entwickeln.

Unglücklicherweise haben die Pharmagesellschaften selbst ihre Anstrengungen zur Entwicklung eines solchen Mittels reduziert. Viele Projekte sind eingestellt worden. Die Manager erklären, daß die neuen Vorschriften der US-Bundesbehörden strengere Testmaßstäbe erforderten. Dadurch dauere es länger als früher, eine neue Pille auf den Markt zu bringen. Außerdem hätten kostspielige Entschädigungsverfahren wegen der Pille und der Spirale das Interesse der Hersteller gedämpft.

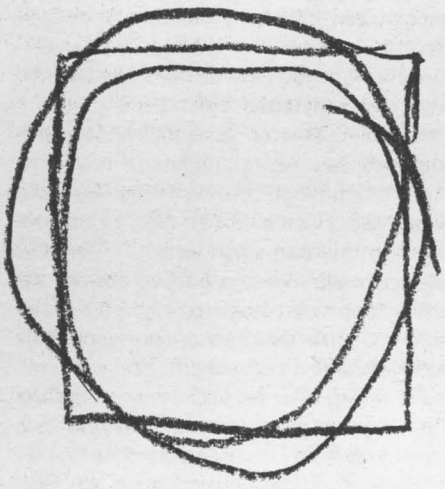
Ein Antrieb für neue Forschungen war das Entstehen einer neuen medizinischen Richtung, genannt Andrologie, die sich mit der männlichen Fruchtbarkeit beschäftigt. Ein weiterer Ansporn war, daß Feministinnen den Forschern Diskriminierung vorwarfen. Anfangs wehrten die Wissenschaftler das ab, beeilten sich dann aber doch, ihren Kurs zu ändern. Ihre Anstrengungen, eine Pille für Männer zu entwickeln, sind nicht gerade riesig, aber sie existieren immerhin. Die Forschung wird ernst genommen und verspricht, Früchte zu tragen.

Muß eine Männerpille denn auf Hormonen basieren? Hoffentlich nicht. Es kann auch bessere Möglichkeiten geben, die männliche Fruchtbarkeit zu unterbrechen, ohne daß die Hypophyse und hochentwickelte Gehirnzentren in Mitleidenschaft gezogen würden. Theore-

tisch ist eine Pille für Männer, die sicherer ist als die für Frauen, denkbar. Aber genau kennt sich bisher niemand aus. Zur Zeit wird die größere Komplexität des weiblichen Systems diskutiert: Sheldon Segal nimmt an, daß es vierzehn Möglichkeiten gibt, die Fruchtbarkeit von Frauen zu unterbrechen, aber nur sieben bei Männern.

Dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen hat zwei Seiten. Man kann argumentieren – und tut das auch – daß die größere Komplexität von Frauen mehr Möglichkeiten für eine Unterbrechung bietet. Dem wird entgegengehalten, daß der einfachere Aufbau bei Männern mehr Möglichkeiten bietet, lokal einzugreifen ohne immense körperliche Nebenwirkungen. Bei Frauen ist die Reproduktion weitaus mehr mit anderen Körperfunktionen verklammert als bei Männern.

Auch die Entwicklungsgeschichte von Ei und Spermien wird herangezogen. Anders als bei Frauen, deren Anzahl an Eiern bereits mit der Geburt da ist, produzieren Männer fast ihr Leben lang neue Spermien. Man fürchtet, daß bei Verwendung einer unausgereiften Männerpille eventuell einige beschädigte Spermien „davonkommen" und so geschädigte Föten entstehen könnten. Die Gegenmeinung argumentiert, daß eine dauerhafte Schädigung der Spermien oder eine latente Nebenwirkung auf die Spermienzellen kaum zu befürchten sei, da die Männer nach Beendigung der Pilleneinnahme wieder ganz neue Spermien produzierten. Bei den Frauen hingegen könnte ein befruchtetes Ei durch die Medikamente, die die Frauen vorher eingenommen haben, sehr wohl beeinflußt werden.



Andere Spermienhemmer

Der Hypothalamus, eine walnußgrosse Ansammlung von Hirnzellen, kann als „Dirigent für das Zusammenspiel unserer Drüsen" bezeichnet werden. Andrew Schally ist wissenschaftlich kürzlich ein Durchbruch gelungen, als er die Chemikalien im Hypothalamus isolierte, die den Ausstoß von LH- und FSH-Hormonen aus der Hypophyse bewirken. Wissenschaftler suchen in vielen Laboratorien nach einem hypothalamischen Hemmer, der auf dieser Entdeckung basiert. Wir erwähnen Schallys Arbeit wegen ihrer bahnbrechenden Wichtigkeit, denn sie treibt unser Wissen über die Reproduktion bei Männern und Frauen voran. Aber wir halten es für unwahrscheinlich, daß daraus ein sicheres Verhütungsmittel entstehen kann. Diese Hormone würden sowohl den Hypothalamus als auch die Hypophyse beeinflussen und es ist nicht ratsam, mit diesen allein aus Gründen der Geburtenkontrolle herumzuspielen. Lokale Behandlung an den Genitalien wäre sicherer.

In England, Belgien und Australien arbeiten Wissenschaftler an einer Proteinsubstanz, die die FSH-Sekretion der Hypophyse möglicherweise blocken könnte, ohne das LH zu verändern. Wenn das wahr würde, dann könnte das Protein die Spermienproduktion aufhalten, ohne zugleich die Produktion von natürlichem Testosteron zu hemmen oder chemische Zusätze davon erforderlich zu machen.

Viele Mittel hemmen die Bildung von Spermien in den Hoden, ohne die natürlichen Hormone zu beeinflussen. Bisher haben sie alle schwerwiegende Nebeneffekte gezeigt, aber die Suche geht weiter. Eine Gruppe, die Notrofurane, werden als Hemmer bakteriellen Wachstums eingesetzt. Aber die Dosen, die zur temporären Sterilisation nötig wären, sind so hoch, daß sie extrem giftig sind. Andere Spermienhemmer sind unter Krebsmitteln zu finden und (bei Mäusen) in einer zuckerähnlichen Substanz.

1960 wurde eine Droge zur Behandlung von Amöbenruhr an Gefangenen getestet, die die Spermienproduktion völlig unterdrückte. Bei Männern, die unter alltäglicheren Umständen getestet wurden, stellte sich heraus, daß dieses Medikament in Verbindung mit Alkohol Schwindel und Übelkeit erregte. Man könnte es immer noch für Antialkoholiker verschreiben. Nur traten während der zweimonatigen Periode zur Wiederherstellung der alten Funktion abnormale Spermien und Herzunregelmäßigkeiten auf.

Behandlungen ohne Pillen, wie Hitze, Röntgen, Diathermie und Laserstrahlen, die auch die Spermienproduktion hemmen könnten, werden untersucht.

Hitzeexperimente wurden vor Jahren von Dr. L. Tokuyama aus Japan begonnen, dessen Medizinstudenten sich freiwillig bereit fanden, ihre Hodensäcke täglich 1/2 Stunde in heißem Wasser zu baden. Die Anhebung der normalen Temperatur der Hoden um nur einige Grad erwies sich als sehr effektiv zur Sterilisation einiger Männer.

Als nächstes brachte Dr. John Rock, der mit an der Entwicklung der Pille beteiligt war, 75 seiner Studenten dazu, entweder die Wasserbadmethode zu praktizieren oder isolierte Hodensackhalter (Rocks heiße Höschen, wie sie in Harvard genannt wurden), zu tragen. Heute, da er im Ruhestand ist, bezeichnet Rock die Methode als zuverlässig. Aber er erklärte natürlich auch die Pille für sicher.

Auf jeden Fall berichtet Rock, daß nur einer der 75 Freiwilligen über Nebenwirkungen, nämlich Schwitzen, klagte und ein anderer mehr als die üblicherweise geringere Menge an Spermien produzierte. Demzufolge wurden einige Frauen dieser Studenten schwanger und brachten gesunde Kinder zur Welt.

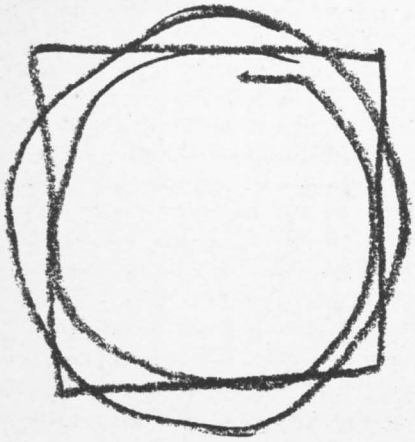
Es steht außer Frage, daß Hitze, einschließlich Fieber, die Fruchtbarkeit für einige Zeit herabsetzt. Schon Hippokrates wußte darum. Und das erste, was Spezialisten heute ihren unfruchtbaren Patienten raten, ist, aufzuhören, enge Hosen zu tragen, weil sie einen Wärmeanstieg in den Hoden hervorrufen und damit einige modebewußte Männer sterilisieren.

Die stärkste Befürworterin der Thermischen Methode zur zeitweiligen Sterilisation von Männern (TMS) war Martha Voegeli, eine Schweizer Ärztin, die TMS in Indien seit 1912 benutzte.

Und so beschreibt sie ihre Methode: Drei Wochen lang nimmt ein Mann täglich für eine 3/4 Stunde ein Bad in ca. 45° heißem Wasser. Anschließend bleibt er circa sechs Monate lang unfruchtbar. Danach kehrt die normale Fruchtbarkeit zurück. Die Behandlung kann nach Bedarf wiederholt werden. (Wir schlagen vor, daß Männer, die das ausprobieren, anschließend eine Spermienzählung machen lassen, um sicher zu sein, ob die Methode gewirkt hat).

An der Universität von Missouri hat Dr. Mostafa Fahim, Chef der Abteilung „Reproduktive Biologie", mehrere Jahre lang mit Ultraschall experimentiert und einen Untersuchungsstuhl entwickelt, mit dem es möglich ist, Ultraschalluntersuchungen auch in den Praxen niedergelassener Ärzte durchzuführen. Sein Traum ist eine Ultraschallapparatur, die in jedem normalen Badezimmer angebracht werden kann. Seine Versuche an Menschen sind jedoch dadurch eingeschränkt, daß er momentan seine Ultraschallversuche nur an Männern vornehmen darf, die Prostatakrebs haben und die – falls sich die Methode als schäd-

lich herausstellen sollte – sowieso schon auf der Liste derer stehen, deren Hoden entfernt werden müssen. Bei seinem letzten Bericht hatte er erst einen Patienten. Aber er muß zehn vorweisen, ehe er mit gesunden Patienten weiterarbeiten darf. Fahim beklagt sich: „Wir injizieren Hunderte von Chemikalien in die Gebärmutter, aber die Hoden tasten wir nicht an." Zu den militantesten Unterstützern der Feministinnen gehören heute Männer, die versuchen, Verhütungsforschung an ihrem eigenen Geschlecht zu machen.



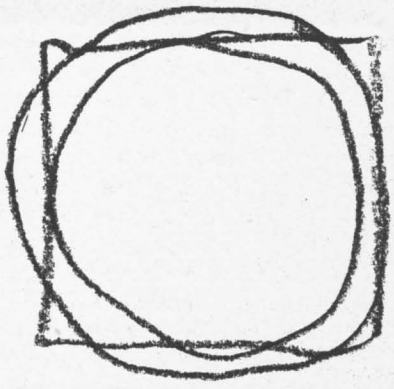
Was DÄS uns über männliche Fruchtbarkeit gelehrt hat

Nach Verlassen der Hoden bewegen sich die Spermien in Richtung auf den Epididymis, ein kompakter, circa 5 cm großer länglicher Zellklumpen, der zwischen den Samenleitern im Hodensack liegt und mehr als fünfeinhalb Meter an feinsten Röhren enthält. Hier bleiben die Spermien ungefähr zwei Wochen lang. Dort findet die Reifung und die Vorratsspeicherung statt. Die Epididymis ist hochempfindlich gegen Medikamente und könnte theoretisch „selektiv", d.h. ohne krankmachenden Effekt für andere Organe behandelt werden. Wird die epididymische Funktion verändert, werden Spermien zwar in normaler Menge entwickelt, sie verlieren aber ihre befruchtende Fähigkeit.

An der Cornell Universität führt der Veterinär-Physiologe Dr. C. Michael Bedford wichtige Forschungen auf diesem entscheidenden, aber lange Zeit vernachlässigten Gebiet der männlichen Reproduktion durch. Wir sind noch weit entfernt davon, einen sicheren epididymischen Hemmer zu haben. Aber sollte es ihn je geben, dann könnte das die ideale Methode sein, auf die wir schon so lange hoffen.

Kürzlich wurde über die Epididymis aus einem unerquicklichen Grund in den Nachrichten berichtet. 10 bis 25 % der Söhne von Müttern, denen DÄS während der Schwangerschaft zur Stärkung verabreicht wurde, entwickeln Zysten an der Epididymis, die die Fruchtbarkeit beeinflussen. Die gleiche Wirkung wurde bei Laborversuchen mit Tieren offenbar.

Die meisten dieser DÄS-Söhne sind ansonsten völlig gesund. Das unterstützt die Vermutung der Wissenschaftler, daß die Epididymis ein besonders empfängliches Zielorgan ist.



Spermienschalter, Spermienbänke

Sperma wird in den Samensträngen gebildet, reift in der Epididymis und wird von dem Samenleiter, einem spaghettiartigen Gebilde, an dem die Sterilisation bei Männern vorgenommen wird, transportiert. Über rückgängig zu machende Vasektomien oder „Spermienschalter" mit Klammern, Stöpseln oder Hähnen wurde viel diskutiert und geschrieben, bevor sie spruchreif waren. Viele Männer denken, es gibt sie schon.

Es gibt sie nicht. Während die Forschung daran in zehn Universitäten und in privaten Laboratorien weitergeht, bezweifeln Beobachter, daß sie jemals erfolgreich sein kann. Eine Blockierung des Samenleiters wird, weil er so eng ist, vernarben und damit die erstrebte zeitweilige Sterilität zu einer dauernden machen. Kein Mann sollte diesen Test an sich durchführen lassen, der nicht bereit ist, auf die Dauer steril zu bleiben.

Wenn „Spermienschalter" keine Perspektive sind, dann könnten Spermienbänke – d.h. lebendes Sperma wird durch Einfrieren konserviert – eine größere Chance haben. Spermienbänke für Tiere sind bereits sehr erfolgreich, aber bei Menschen beträgt die Wiederbelebungsquote bei eingefrorenem Samen nur circa 70 %. Niemand weiß bisher, warum einige Spermien das Einfrieren vertragen und andere nicht.

Die Samenflüssigkeit hat eine interessante Zusammensetzung, u.a. Metallspuren von Eisen, Zink, Magnesium und Kohlenhydrate, die offenbar eine wichtige Energiequelle für Spermien bilden. Ein Alkohol, der zu Fruktuose, einem Zucker, oxidieren kann, kommt im menschlichen Samen ebenfalls vor.

Bestimmte orale Medikationen wie Sulfonamide können auch in der Samenflüssigkeit nachgewiesen werden. So wäre es möglich, daß die richtige orale Medizin die Flüssigkeit so beeinträchtigt, daß die Spermien ihre Eigenschaft nicht ausbilden. Die Spermien sind noch nicht vollständig ausgebildet, solange sie den Schleim im Gebärmutterhals auf dem Weg zu dem gereiften Ei in den Eileitern noch nicht durchquert haben. Der Zweck der Samenflüssigkeit ist es, das Sperma zu transportieren. Ihre chemische Zusammensetzung legt nahe, daß auch sie eine Rolle spielt bei der letzten Entwicklung des Spermiums. Mittel, die eine Weiterentwicklung des Spermiums auf dessen letzter Reise hemmen, könnten entweder der Samenflüssigkeit zugesetzt oder der Frau gegeben werden.

Wenn eine Frau fruchtbar ist, kann man das Vorankommen der Spermien durch die Vagina, den Gebärmutterhals und die Gebärmutter mit dem Herumschwirren vor einem Bienenstock vergleichen; zu anderen Phasen des Zyklus ähnelt die Reise der Spermien mehr einem sich Durchkämpfen durch einen Sumpf. Eine Veränderung des chemischen Milieus der Vagina und der Samenflüssigkeit eröffnen Möglichkeiten zu einer relativ sicheren Geburtenkontrolle.

Stiftungen und Regierungen sprechen heute davon, daß sie ein neues Verhütungsmittel für Männer entwickeln wollen. Bis 1970 haben sie über solche Projekte nur gelacht. Nun scheint es, daß ein wirklicher Fortschritt nähergerückt ist.

Aber, wie Dr. Philip Corfman vom Nationalen Institut für Gesundheit erklärt, könnte ein Teil der Forschung, die vorgibt, sich auf Männer zu konzentrieren, im Endeffekt darauf hinauslaufen, daß wieder nur neue Produkte für Frauen entwickelt werden. Die Hemmung der Spermienentwicklung ist ein Beispiel dafür. Verhütungsmittel, die aus diesen Forschungen entstehen, könnten sehr wohl Zäpfchen oder Pillen für Frauen werden.

In der Zwischenzeit können Männer, die wirklich „teilhaben" wollen, mit der Wärmemethode TMS nach Martha Voegelis Anweisungen experimentieren. Sie könnten ihre Ärzte nach dem Mittel für die Menopausen-Behandlung für Männer fragen, wie es von Michael und Maxine Briggs benutzt wurde. Oder sie könnten dünne Qualitätskondome aus Japan kaufen. Sie könnten nach Frankreich oder Ungarn gehen, um die Unterbrechungsmethode zu lernen oder sich gar einer Vasektomie unterziehen.

Barbara Seaman
aus: Women and the Crisis of Sex Hormones, New York 1977
. . . . . Übersetzung: Hildegard Kawan

ICH HABE ES FÜR MICH GETAN

K., 34,
männlich,
ledig,
sterilisiert.

Warum hast du dich sterilisieren lassen?

Ich möchte keine Kinder, habe nie welche gewollt oder gemocht. Warum dann nicht eine Entscheidung treffen –

Eine folgenschwere Entscheidung! Kannst du dir nicht vorstellen, daß du später vielleicht doch einmal Vater werden willst? Dann geht es aber nicht mehr.

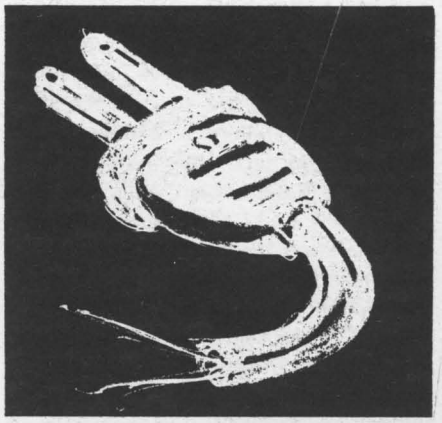
Bei mir doch. Ich bin nämlich gründlich vorgegangen und habe mir gewissermaßen technisch die Möglichkeit offengehalten: mein Sperma ruht tiefgefroren in einem Samendepot. Als Rückversicherung; – weil ich gemerkt habe, daß sich „die Kinderfrage" eben nicht konsequent und vernünftig „erarbeiten" läßt. Mann kann nur entscheiden, nicht konsequent sein.

Ich habe oft erlebt, daß eine Frau, eine Freundin, schwanger war und nicht wußte, ob sie das Kind nun wollte oder nicht Sie hat mit ihren Freundinnen und Freunden endlos das Für und Wider abgewägt. Und immer war es so, daß – je nach Gespräch – mit dem einen richtig schien, was mit der anderen falsch war. Alle Gründe waren plausibel, logisch, richtig durchdacht... Schließlich hat die Frau das Kind fast immer abtreiben lassen.

Jetzt redest du von den Frauen und nicht von dir. Oder hast du dich sterilisieren lassen, weil du eine Frau nicht in die Ungewißheit einer Schwangerschaft bringen willst?

Ich habe versucht deutlich zu machen, daß man sich entscheiden muß, ohne vernünftig handeln zu können. Man ist da einem ungeheuren Sachzwang ausgesetzt. Ich war – als potentiell Schwängernder – in einer Beziehung ja auch immer beteiligt: Wenn meine Freundin schwanger wird, kann ich nicht sagen – das ist dein Ding, du mußt dich entscheiden. Sondern ich muß mich selbst dazu verhalten. Das ist der Sachzwang, der einen schalen Geschmack zurückließ, wenn die Abtreibung vorbei war. Ich habe mich also nicht für die Frauen sterilisieren lassen, ich habe es für mich getan.

Ich würde keiner Frau zumuten, sie zur Verursacherin meiner Sterilisation zu machen. Angenommen, ich bereue den gemeinsamen Entschluß hinterher. Das würde eine Schuld auf sie laden, der sie hilflos ausgeliefert wäre. So als würdest du jemanden zum Krüppel fahren und selber heil davonkommen. Wenn ich mich selbst gegen einen Baum fahre, ist das meine Sache.



So einen Entschluß faßt man doch trotzdem immer in einer konkreten Situation. Wie war das denn genau?

Meine Sterilisation liegt jetzt zwei Jahre zurück, ich war 32. Auf die Idee war ich durch einen Freund gekommen, der „seinen Teil zur Empfängnisverhütung beitragen" wollte. Ein anderer schrieb zur selben Zeit über Sterilisation als politischer Akt viel Schlaues in einer Zeitung. Ich glaube, mir kamen solche Begründungen bewegt dumm vor, so als entschließe man sich, einen Beitrag zur Verhinderung der Bevölkerungsexplosion zu leisten, indem man Selbstmord begeht.

Der Gedanke nistete sich trotzdem bei mir ein. Ich unternahm aber nichts.

Die Frauen, mit denen ich zu dieser Zeit zusammenlebte, hatten, wie man das wohl nennt, ein bewußtes Verhältnis zu ihrem Körper, nahmen also keine Pille, dafür aber die Spirale. Als sie Bedenken bekamen oder wenn es wehtat, haben wir nur noch anders geliebt – oder halt aufgepaßt, Präservative benutzt oder es ganz gelassen. Irgendwie ging es schon.

Ich war dann mit einer Frau zusammen – mit ihr lebe ich noch heute –, mit der ich mir das erste Mal vorstellen konnte, ein Kind zusammen zu haben. Wir haben darüber gesprochen und beide die Idee verworfen. Das fiel in die Zeit, als sie die Spirale nicht mehr vertrug und das Problem der Verhängnisverhütung wieder akut wurde.

Ich habe mir damals wohl gesagt: wenn ich bei solch optimalen persönlichen, ökonomischen und was weiß ich noch für guten Verhältnissen kein Kind möchte, werde ich es wohl nie wollen. Dann ist es auch gut, wenn ich mich sterilisieren lasse.

Bist du da schon sofort auf das Spermaeinfrieren gekommen?

Ein Arzt hat mich ziemlich am Anfang auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht.

Wie hat deine Freundin auf den Entschluß reagiert?

Ich glaube, sie fand das okay. Schließlich war ihr dadurch ja auch eine Sorge abgenommen. Und im übrigen hat sie versucht, mich nicht in der Entscheidung zu beeinflussen. Es war uns beiden klar, daß das meine Entscheidung ist.

Und wie ist es weitergegangen?

Ich bin zu meinem Hautarzt gegangen, der hat mir die Adresse eines Urologen gegeben, der hat mich zu einem anderen und der wieder zu einem anderen geschickt. Das war einer, der sich auf Sterilisation spezialisiert hatte. Er machte es ambulant und nur bei Privatpatienten. Ich mochte aber seine brutale Art bei der Voruntersuchung nicht und habe mich erstmal um das Spermadepot gekümmert.

Im Berliner Klinikum gab es damals einen Professor für Andrologie, der auf dem Gebiet der Sperma-Langzeitlagerung forschte. Es war zunächst schwierig, an ihn heranzukommen. – Jetzt kann man das übrigens gar nicht mehr, weil die Stelle durch Etatkürzungen weggefallen ist.

Er erklärte mir, daß das Sperma bei minus 196° Celsius eingefroren wird; daß mit einem Test die Beweglichkeitsquote der Spermien nach dem Auftauen festgestellt wird; daß die Fläschchen

Gespräch mit einem sterilisierten Mann

20-25 Jahre gelagert werden können und wahrscheinlich hochwertiger sind als mein „natürlicher" Samen in 20 Jahren; daß die Depotgebühr DM 200,– pro Jahr beträgt usw.

Wie ging denn das Fläschchenfüllen vor sich?

Das ist abstrus! Der Samen muß ja sofort eingefroren werden. Und da ist solch ein Haus bis unters Dach mit modernster Gesundheitstechnologie vollgestopft, aber um „das Ejakulat" – so nannten die das dort – in die Maschine einzugeben, mußte ich auf dem Klo in ein Gefäß onanieren.

Das wäre doch eine hübsche Aufgabe für die „Humanisierung der Medizin"! Aber du hast ja schon erwähnt, daß es diese Möglichkeit im Klinikum Steglitz nicht mehr gibt.

Ja, die Forschungsstelle wurde geschlossen, und plötzlich sah ich mich gezwungen, einen Vertrag mit einem Tochterunternehmen der Hoechst zu unterschreiben: für eine Samenumlagerung: Die Depotgebühr hat sich prompt auf DM 400,– + MWSt jährlich verdoppelt. ***(Adresse: Messer Griesheim GmbH, Cyro Bank-Krefeld, Tütingsweg 34, Postfach 3081, 4150 Krefeld).***

Und wie ging es mit der Sterilisation weiter?

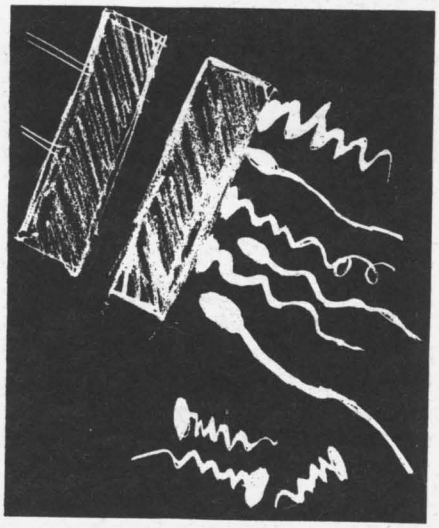
Weil mir die kameradschaftlich-besorgten Kommentare der Herren Urologen mißfielen, habe ich schließlich einen Bekannten gefragt, ob er es macht. Er ist Chirurg. Sogar der hat anfangs Bedenken gehabt, Bedenken für mich. Ich mußte mehrmals nachhaken, bis er mir meinen Ernst glaubte.

Ich brauchte dann erstmal einen Überweisungsschein fürs Krankenhaus. Mit dem bin ich zur AOK wegen der Kostenübernahme. Die haben ihren Stempel draufgesetzt – ohne Diskussion. Und dann bin ich ins Krankenhaus.

Viele Ärzte machen die Sterilisation ambulant in ihrer Praxis. Man kann dann nach einer Stunde wieder nach Hause gehen. Andere ziehen das Krankenhaus vor – wegen der größeren Sterilität und der Vollnarkose-Möglichkeit. Dort muß man dann zwei bis drei Tage liegen, damit sie ihre Betten vollkriegen.

Die Operation ist wohl relativ einfach. Aus den beiden Samenleitern im Hodensack wird ein Stück herausgeschnitten. Was bleibt, sind drei Tage leichte Schmerzen und zwei unsichtbare kleine Knubbel über den Hoden. Der Kommentar einer Krankenschwester – „Mein Gott, und so jung!" – kann sich also nicht auf medizinische Komplikationen bezogen haben.

Wie war denn überhaupt die Reaktion der Leute?



Merkwürdigerweise anders, als ich gedacht hatte. Die Frauen waren eher ablehnend. Sie hatten etwas gegen künstliche Befruchtung; in den Einwänden tauchte sehr schnell immer wieder das „natürlich/unnatürlich"-Pärchen auf.

Die Männer waren interessiert. Einige wollten es „demnächst auch machen".

Und – haben sie?

Nein, bisher kein einziger. Ich glaube, ich habe häufig wie ein Gesinnungsprüfer gewirkt: Ehe ich überhaupt fragen konnte, haben mir die Freunde schon versichert, sie wären sozusagen schon dabei. Oder man hat mir – umgekehrt – mit Pfadfindermentalität mangelnde Reinheit der Gesinnung vorgeworfen. An einen erinnere ich mich, der fand die Sterilisation gut, aber das Samendepot inkonsequent. Ironie des Schicksals: Inzwischen leidet er daran, daß eine Freundin zweiter Linie darauf besteht, sein Kind auszutragen. Ich rede deshalb über meine Sterilisation nur noch, wenn ich im unvermeidlichen Kinderwunsch-Gespräch nach meiner Meinung gefragt werde. Und ich rate niemandem zu und niemandem ab.

Du bist also doch nicht mehr sicher, ob du richtig oder falsch gehandelt hast?

Es ist eben keine Frage von richtig und falsch, von Konsequenz oder Inkonsequenz! Mir hat mein Entschluß noch nicht eine Sekunde leidgetan.

Es funktioniert alles wie vorher?

Falls du damit so etwas wie meine Potenz meinst, so habe ich keine Veränderung festgestellt. Vermutlich willst du auch noch wissen, was mit dem Orgasmus ist. Also, der Samenerguß – jetzt ohne Samen als gereinigtes Ejakulat sozusagen – klappt noch und der Orgasmus je nachdem.

Als damals die Pille aufkam, befürchteten plötzlich viele Männer haltlose Libertinage bei den Frauen. Bist du enthemmt?

Ernsthaft: hättest du damals auf eine solche Frage geantwortet? Oder ist es vielleicht etwa so, daß die Frauen jetzt Angst vor Männern haben, die ihre Empfängnisverhütung selbst in die Hand nehmen? Weil die Injektion von schlechtem Gewissen, die dem Mann mit jeder Pille, mit jeder Spirale, mit jeder Abtreibung verabreicht wird, nicht mehr funktionieren kann... Weil den Männern nicht mehr mit jeder Frau die Bedrohung von Vaterschaft begegnet... Weil der Mensch, der sich nicht als erster in einen unteilbaren Einzeller verwandelt hat, mit langer Nase vor geschlossenen Türen steht... Weil man sich plötzlich in einer verrückten Konkurrenz von Fortschrittlichkeit sieht... usw., usw. ...Irgendetwas stimmt da doch nicht.

Naja, wenn du schon haarspalten willst, dann gibt die Sterilisation – mit und ohne Samendepot – den Männern doch die progressive Superkontrolle über Frauen: Du mußt wieder treu sein als Frau, denn er hat's ja in der Hand.

Wie kommst du denn darauf? Erzähl' doch mal von deiner Beziehung...

Gespräch: C.D.

MEHR AUS EINSICHT DENN

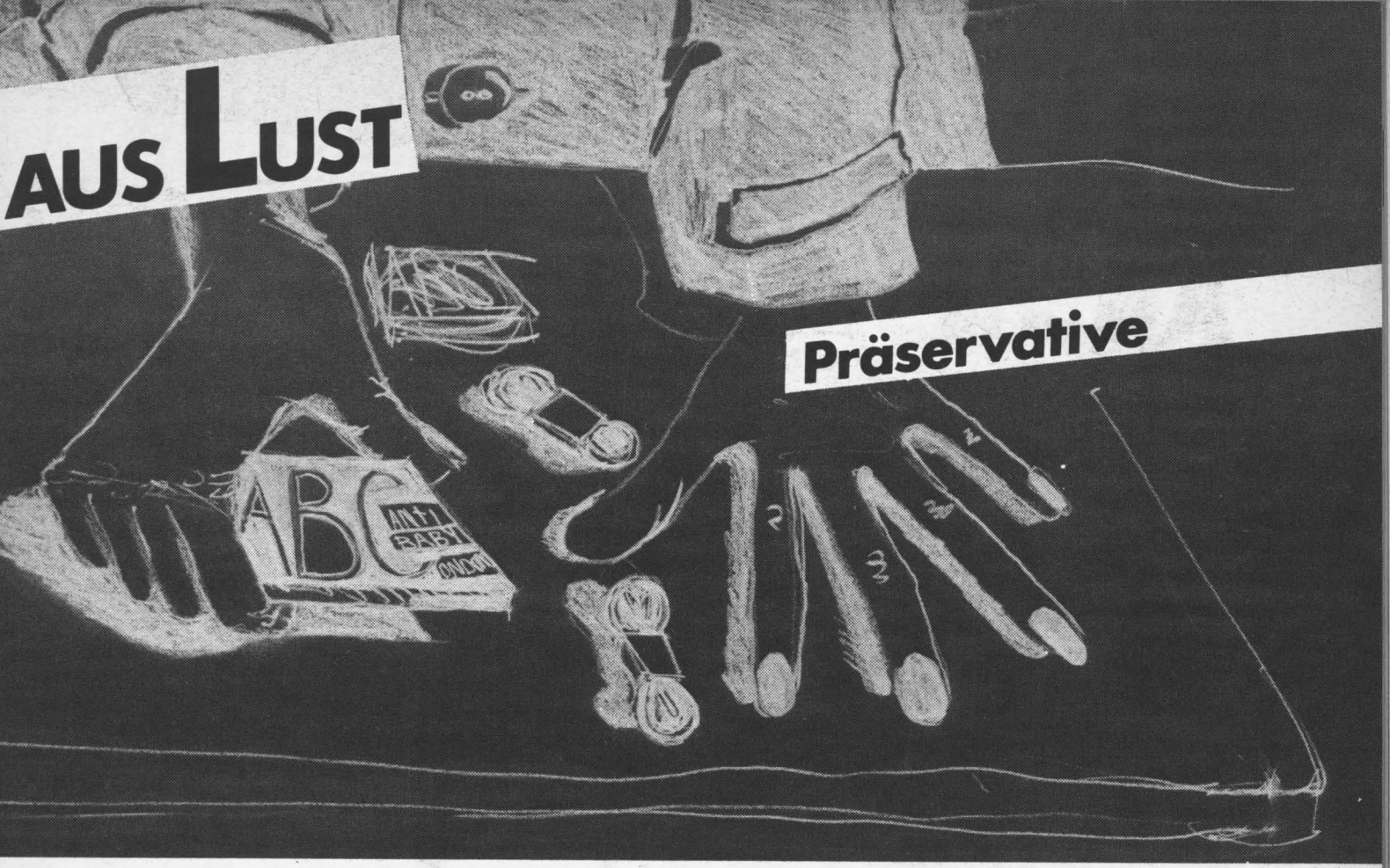
Guten Tag, sagte ich zu der Apothekerin und guckte mich um, ob ich immer noch die einzige Kundin im Laden war, ich hätte gerne Präservative. Dann setzte ich ein Lächeln auf, das frecher war, als ich mich fühlte. Sie war jung und sagte: Ach. Ich sagte überflüssigerweise: Ja, und dann bückte sie sich und fummelte unterm Ladentisch herum. Ich kam mir vor, als hätte ich nach Pornoheften gefragt.

Ihr Gesicht tauchte wieder über dem Ladentisch auf: Und welche Marke soll's sein? Mein Gott, ich hätte ihr gerne tief in die Augen geschaut, so etwa wie Humphrey Bogart oder mein Dackel, und lässig geantwortet: Die besten, was sonst! Aber dann kam ein etwa 50jähriger Familienvater in die Apotheke und stellte sich neben mich. Ich nuschelte: Is egal. Jetzt grinste die Apothekerin, holte eine Dreierpackung „London gefühls-echt" aus dem unteren Regal, schob sie mir ziemlich diskret in die Hand, ich gab ihr ein dankbares Lächeln und drei Mark und weg war ich. Das war vor drei Jahren. Seitdem lasse ich verhüten.

Präservative, vornehm auch Kondome und vom Volksmund irrtümlicherweise Pariser genannt, sind alt. Vor mehr als 400 Jahren wurden sie bereits als Schutz vor Geschlechtskrankheiten benutzt. Spätestens im ersten Viertel des 18. Jahrhunderts entdeckte man ihre zweite Funktion: die Verhütung ungewollter Schwangerschaften. Das Prinzip war so simpel und logisch wie heute, das Mittel härter: Kondome wurden damals aus dem Darm von Schafen gemacht Das technische Wissen zur Vulkanisierung von Kautschuk in der Mitte des vorigen Jahrhunderts machte das Schaf überflüssig und die Präservative aus Gummi. Das war geschmeidiger, elastischer, dünner und – billiger. Je mehr sich das neue Zeugungsverhütungsmittel durchsetzte, je mehr warnten die Ärzte: Verhütung macht Frauen steril und nymphoman, Männer irre und herzkrank, impotent sowieso, und beide anfällig für Krebs oder Selbstmord. Außerdem sei es verwerflich, der Frau den Samen vorzuenthalten, da dieser sozusagen ein ‚Gesundheitstonikum" für sie sei. Außerdem sei es für den Mann beschämend, seinen „kostbaren Saft" bescheiden von Gummi einfangen zu lassen. Amen. Die Vorurteile über Präservative hielten sich, so oder so. Die Präservative wurden verfeinert. Konkret so: sie sind zwischen 0,3 mm und 0,7 mm dünn, es gibt sie trocken oder feucht, mit Samen-Reservoir oder ohne und (aber das nur auf dem Weltmarkt) in drei Größen.

Allgemein: Präservative sind bis heute das einzig verbreitete Verhütungsmittel für Männer – abgesehen von der Sterilisation –, sie haben keine gesundheitlichen Nebenwirkungen, sie sind ohne ärztliche Kontrolle anzuwenden, ihre Sicherheit rangiert nach Pille und Spirale an dritter Stelle. Was mich angeht: Ich finde Präservative nicht toll. Aber welche Verhütungsmittel find ich schon toll? Die Pille mag ich nicht und vertrag ich nicht. Vor der Spirale graust es mir und Sprays, Schaum, Zäpfchen und andere Klebemittel sind mir auch zuwider. Mit Sicherheit zählte beim Entschluß, Präservative zu benutzen, der rachsüchtige Gedanke: Jetzt sollen die Männer mal. Mit Sicherheit zählte noch mehr, daß ich nicht schwanger wurde. Und so sind Präservative – die ich übrigens nicht unentwegt, sondern nur während der sogenannten fruchtbaren Tage nehme, nein: nehmen lasse – das kleinere Übel für mich. Nicht mehr und nicht weniger.

Das war nicht immer so. Es gab Zeiten, da hab ich die Vertrauensfrage am Gummi festgemacht. Auf jedes negative Urteil wußte ich was Progressiv-Emanzipatorisches zu antworten. Was, die Dinger stören? Dann muß man eben darüber reden! Was, das Schmusen muß unterbrochen werden? Dann muß man eben das Überziehen der Kondome ins Schmusen einbeziehen! Was, das ist alles so umständlich und ein bißchen eklig?



Jeden Tag die Pille zu schlukken ist auch umständlich, und wenn du das eklig findest, überprüf mal deine Einstellung zur Sexualität oder stimmt in der Beziehung vielleicht etwas nicht, hä?!

Blödsinn. Vor lauter Freude, daß ich endlich nicht mehr allein für die Verhütung zuständig war und vor lauter Ärger, daß die Umständlichkeit mit den Präservativen immer noch schlimmer sein soll als die Umständlichkeit, Schädlichkeit, Gefährlichkeit und Ekligkeit, die die herkömmlichen Verhütungsmittel für Frauen haben (und über die ich lange nur konsequenzlos gemeckert hatte), machte ich meine Präservativ-Not-Lösung idealer als ich sie empfand.

Ich habe jedesmal das unbestimmte Gefühl, mich vorsichtiger bewegen zu müssen. Ich weiß nicht, was ich tun soll, wenn mein Freund ein Kondom „überstreift": hingucken, lachen, helfen, wegucken? Ich strotzte auch nicht vor Selbstbewußtsein, wenn ich beim ersten Mal einem mir noch nicht allzu vertrauten Mann sagen wollte, daß ich, außer zählen, nicht verhüte und daß er, nun ja, ich hätt da was für ihn, also... Das sieht ja aus, als wollt' ich immer nur das eine... Und die Jungs genieren sich ja auch mehr als ich früher so dachte... Und doof sieht das ja auch aus.. Und dann weiß ich auch nicht immer so genau, wo jetzt gerade die Packung Präservative liegt, wenn wir sie gerade brauchen. In solchen Momenten kriegt meine Gummi-Verhütungs-Murkserei auch eine komische Seite und gemeinsam zu lachen ist denn endlich auch mal ein überraschender Gewinn zusätzlich zur gemeinsamen Verhütung.

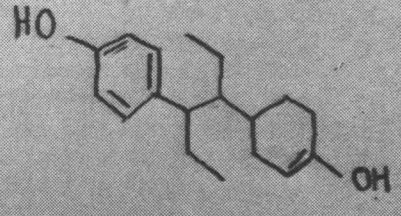
Andere Argumente gegen Präservative sind in regelmäßiger Reihenfolge immer: die mangelnde Sicherheit und die reduzierte Empfindung. Zur Sicherheit: Den Markenpräparaten (London, Fromms) liegt hierzulande eine illustrierte Gebrauchsanweisung von Pro Familia bei. Wenn man die befolgt und die Präservative vor jeglichem genitalen Kontakt und nicht erst kurz vor dem Samenerguß benutzt, sind Präservative schon sehr sicher. Überflüssig und gefährlich ist es, Präservative vor Gebrauch selbst zu testen, indem man sie aufbläst oder eimerweise Wasser reinlaufen läßt. Das verursacht meistens erst die Schäden am Material, die man Präservativen dann vorwirft. Die Markenpräparate werden ohnehin alle elektronisch auf Löcher oder Risse geprüft, und bei der Entwicklung der Standardmarken wurden sie bereits auf ihre Reiß-, Dehn- und Druckfestigkeit getestet. Kaufen sollte man sie nur in Apotheken, Drogerien oder bei Pro Familia. Dort wird nicht nur auf den Vermerk „elektronisch geprüft" sondern auch auf die Haltbarkeitsgrenze geachtet. Bei Präservativen aus dem Automaten besteht die Gefahr, daß sie zu lange lagern und wegen zu großer Wärme oder Feuchtigkeit porös geworden sind.

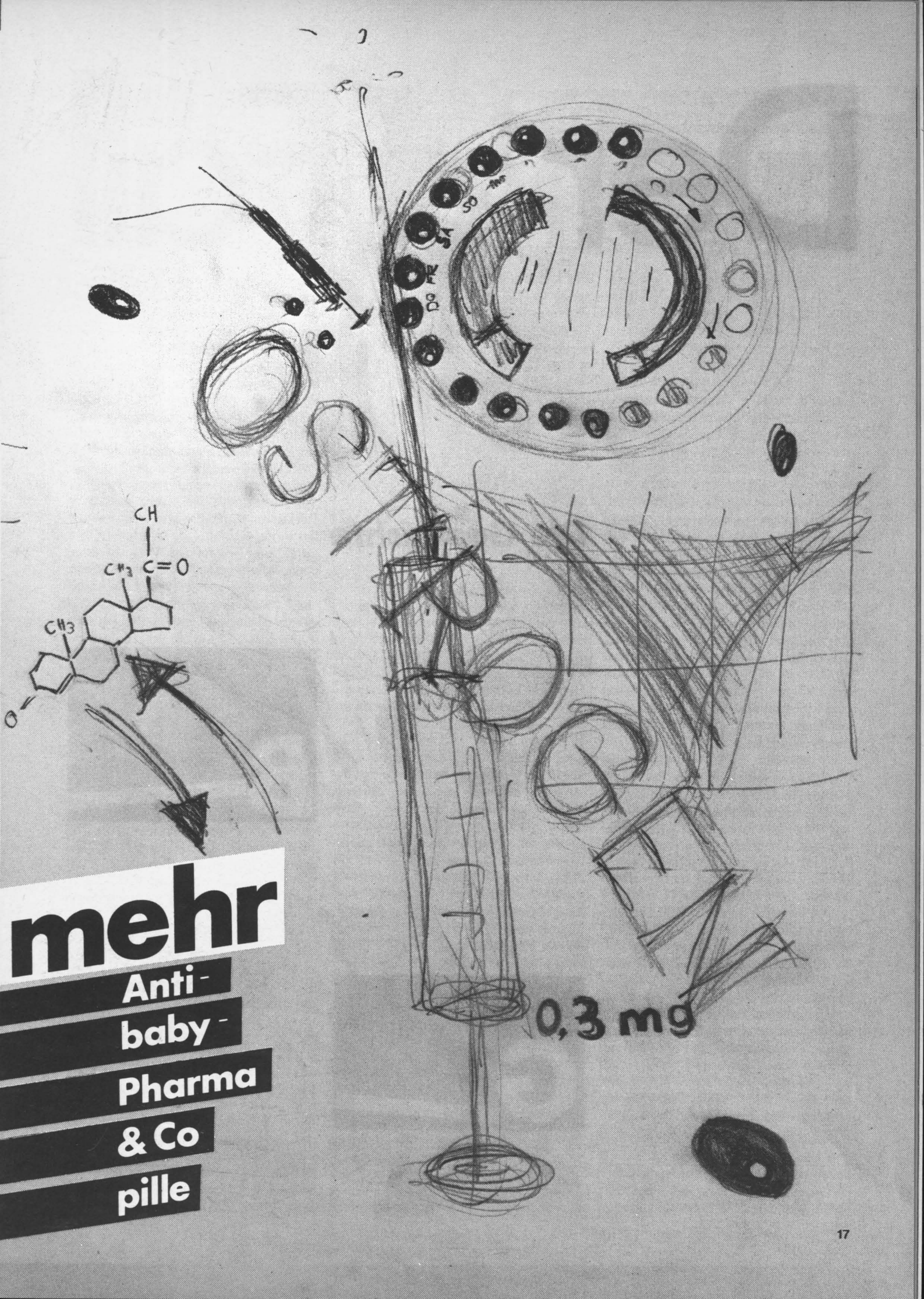
Zur reduzierten Empfindung: das ist mit Sicherheit eine Dimension, die nicht objektiv meßbar ist. Zwei Aussagen einer US-Studie von 1982, die 1.874 Frauen und Männer zu ihrer Einstellung zu Präservativen befragte, fand ich dazu interessant. 63 % der Männer und 33 % der Frauen gaben die verminderte Empfindung beim Benutzen von Kondomen als negativ für diese Verhütungsmethode an. Unabhängig von der Gefühlsbeeinträchtigung durch Kondome bewerten 38 % der Männer und 14 % der Frauen eine verminderte Empfindung als positiv, „weil der Geschlechtsverkehr dann länger dauern könne."

Und was mich angeht: Ich vögel lieber ohne Präservative. Allerdings wird meine Empfindung enorm vermindert, wenn ich Angst vor Schwangerschaft habe. Wenn mich das Präservativ dennoch zu sehr stört, dann vögel ich gar nicht. Mein Freund benutzt es mehr aus Einsicht denn aus Lust, na klar. Wenn's ihn dennoch zu sehr stört, dann vögelt er gar nicht. Und wenn jemand was Besseres weiß, dann soll er oder sie es mir doch umgehend mitteilen, o.k.?

Regina Kramer

So will sie nicht




mehr
Anti-
baby-
Pharma
& Co
pille
0,3 mg

Der Fall

Der „Fall"? Um keine falschen Hoffnungen aufkommen zu lassen: ein Fall im strafrechtlichen Sinne ist auch der Skandal um Diäthylstilbestrol, wie das DÄS mit vollem Namen heißt, nicht. Wie immer wenn es um Medikamentennebenwirkungen geht: es gibt zwar Opfer – nur schuldig ist offiziell niemand. Die Opfer hier sind Töchter; Töchter von Frauen, die in der Schwangerschaft mit DÄS behandelt wurden. Das Hormon DÄS sollte angeblich Fehlgeburten vermeiden helfen und das Wachstum des Embryos fördern.

In Wahrheit ist es inzwischen eine tragische Zeitbombe: viele der DÄS-Töchter erkranken vor dem dreißigsten Lebensjahr an Krebs. Sie leiden unter vaginalen Gewebsveränderungen, sogenannten Dysplasien, die sich zurückbilden oder langsam zu Krebs verändern können. Bei anderen hat sich ein Carcinomen in der Vagina oder im Gebärmutterhals entwickelt, eine örtlich begrenzte Form von Krebs, die im Frühstadium in fast allen Fällen geheilt werden kann. Bei einer zum Glück kleinen Anzahl von DÄS Töchtern, wurde ein Krebs festgestellt, der sehr schnell wächst und sich ausbreitet, das sogenannte Adenocarcinomen. Das ist ein Krebs, der eigentlich nur in Drüsengewebe entsteht. Normalerweise haben die Vagina und der Gebärmutterhals kein solches Gewebe, aber bei vielen DÄS-Töchtern kommt Drüsengewebe eben hier vor.

Pharmaindustrie und Ärzte waschen ihre Hände in Unschuld, sie hätten nur helfen wollen, natürlich „nichts gewußt" und überhaupt stehe ja gar nicht fest, ob das alles eine DÄS-Nebenwirkung sei.

Die Geschichte

DÄS wurde 1938 in England synthetisiert. Es war das erste Hormon, das billig im Labor hergestellt werden konnte und bei Einnahme in Tablettenform wirksam war. Zwar sieht das DÄS-Molekül vollständig anders aus als natürliches Östrogen, es hat aber ähnliche Wirkung...

Die Pharmaindustrie war fasziniert und machte sich sogleich daran, DÄS als Medikament zu vermarkten. Sir Charles Dodds, der Chemiker, der DÄS als Erster hergestellt hatte, meinte dazu Ende der sechziger Jahre, als DÄS zum ersten Mal mit Krebs beim Menschen in Verbindung gebracht wurde: „Innerhalb weniger Monate nach der ersten Publikation über die Synthese von DÄS wurde die Substanz weltweit auf den Markt gebracht. Es waren keine Langzeittests an Tieren, z.B. Hunden, durchgeführt worden... Es ist wirklich überraschend, daß wir bis jetzt einem medizinischen Desaster entgangen sind."

DÄS beim Menschen hätte aber nicht die Unerforschtheit möglicher Nebenwirkungen sprechen müssen, sondern auch die Tatsache, daß über Hormone und ihre Wirkungsweise, zumal der künstlich hergestellten, nur sehr wenig bekannt war. Man konnte gar nicht wissen, was DÄS im menschlichen Körper bewirken würde. Darüber hinaus hatte man schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts festgestellt, daß Östrogene, auch natürliche, Krebswachstum zumindest beschleunigen können. 1938 stand das schon in ungezählten Publikationen. Und 1940 stellte man schließlich fest, daß speziell das DÄS bei Mäusen Krebs erregte.

Eine große Anzahl von Ärzten war sich jedoch einig, daß man darauf keine Rücksicht nehmen könne, wenn es unbekannte Gebiete zu erforschen galt. Denn jetzt wurden als Versuchskaninchen schwangere Frauen ausprobiert: schwangere Frauen – weil man festgestellt hatte, daß Fehlgeburten u.a. auf einem Mangel an Hormonen beruhen können.

chen Aufklärung der Wirkung von DÄS bei Schwangerschaften war die Klinik der Harvard Universität in Boston. Eine der Leiterinnen der damaligen DÄS-Erprobung sagte 1976, als die Auswirkungen von DÄS auf die im Mutterleib betroffenen Töchter bekannt geworden waren: „Wir haben immer mit Menschenmaterial gearbeitet. Natürlich haben wir auch an Tieren geforscht, aber wir hielten menschliches Material für interessanter." In Boston waren die stärksten Befürworter von einer DÄS-Therapie für schwangere Frauen Dr. George Siclen-Smith, damals Chefarzt der gynäkologischen Abteilung der Universitätsklinik, und seine Frau, die Biochemikerin Dr. Olive Watkins-Smith. Sie waren es, die die These vom Hormondefizit bei plötzlichen Fehlgeburten zuerst aufgestellt hatten. 1941 begannen sie in ihren Versuchen, bei schwangeren Frauen dieses Defizit durch DÄS-Gaben auszugleichen.

DÄS

Nach 25 Jahren erkranken die Töchter

Nun ist generell nichts dagegen einzuwenden, einen drohenden Spontanabort mit Medikamenten zu verhindern – aber mit einem unerforschten Medikament? Die Smiths hatten vor Beginn der Versuche die gesamte Literatur zum Thema DÄS gewälzt, sie wußten, daß es bei Mäusen Krebs erregt. Dennoch ließen sich die Wissenschaftler der Harvard-Universität von keinen Skrupeln stören und gingen mit einer bemerkenswerten Unwissenschaftlichkeit ans Werk. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erziehlen, müßte man bei Versuchen mit Menschen nämlich eigentlich drei Versuchsgruppen bilden, die alle ähnliche Merkmale aufweisen: z.B. weiblich, Erstschwangerschaft, gleiche Altersverteilung etc. Von diesen drei Gruppen müßte eine das zu prüfende Medikament bekommen, eine andere ein Scheinmedikament, ein Placebo, ohne jeden Wirkstoff, das äußerlich dem „richtigen" Medikament völlig gleicht. Die dritte Gruppe, die sogenannte Kontrollgruppe, müßte unbehandelt bleiben. Außerdem dürfen die am Versuch beteiligten Patienten, Ärzte und Pflegepersonen nicht wissen, wer das „richtige" Medikament bekommt. Denn jedes Medikament kann „psychische" Wirkungen haben. Ärzte, die das Medikament befürworten, könnten Patienten, die das Medikament bekommen, (unbewußt) unterstützen, ihnen mehr Aufmerksamkeit schenken als den anderen und so die Wirkung des Medikaments verzerren.

Die Bostoner Wissenschaftler aber interessierte die Wissenschaftlichkeit ihrer Versuche anscheinend überhaupt nicht. Aus den Ergebnissen des ersten Großversuchs an 632 Frauen war kein eindeutiger Schluß zu ziehen: diesen Frauen hatten praktische Ärzte, die mit den Smiths zusammenarbeiteten, das DÄS verabreicht. Es war jedoch nicht einmal nachträglich festzustellen, ob sie es nur Frauen mit konkret gefährdeten Schwangerschaften verabreicht hatten oder auch solchen, die schon einmal irgendwann eine Fehlgeburt gehabt hatten.

Hormoneffekt

Eine amerikanische DÄS-Studie zeigte nämlich 1979, daß eine Reihe Mütter, deren Töchter Vaginal- oder Gebärmutterkrebs haben, während der Schwangerschaft nicht mit DÄS, sondern mit Östrogen und Gestagen behandelt wurden. Wissenschaftler vermuten daher, daß Scheidenkrebs ein genereller Hormoneffekt ist, der allerdings bei anderen Östrogenen weit seltener auftritt als bei DÄS.

Dies macht Antibabypillen, die oralen Kontrazeptiva,, die ja auch aus einer Kombination von Östrogen und Gestagen bestehen, noch suspekter.

Also mußte ein weiterer Großversuch gemacht werden. Und diese Studie wurde im April 1947 begonnen. Verglichen wurden jetzt die Schwangerschaften von 387 Frauen, die während der ganzen Schwangerschaft mit DÄS behandelt wurden mit 550 unbehandelten Frauen. All diese Frauen – und das war neu – waren zum ersten Mal schwanger und hatten bis dahin keine Probleme damit gehabt. Frauen mit Bluthochdruck und Diabetes wurden nicht in den Versuch einbezogen, obwohl die Smiths beteuert hatten, DÄS helfe besonders bei Schwangerschaften, die durch Diabetes gefährdet seien. Die mit DÄS behandelten Frauen waren also alle gesunde Erstgebärende, ihre Schwangerschaft war normal, nicht offensichtlich gefährdet. Aus reiner wissenschaftlicher Neugier behandelten die Ärzte diese Frauen mit einem hochwirksamen Medikament und setzten sie und ihre Kinder diesem gar nicht kalkulierbaren Risiko aus. Die Frauen wurden nicht einmal darüber informiert, daß sie an einem medizinischen Experiment teilnahmen.

Die Forscher der Bostoner Universitätsklinik veröffentlichten ihr Ergebnis 1949. Da hieß es zu den Wirkungen von DÄS auf die Embryos: „Die Babies der behandelten Mütter scheinen in einer besseren mütterlichen Umgebung (maternal environment) gewesen zu sein... Die Erklärung scheint darin zu liegen, daß das Medikament die Placentafunktionen besser anregt und die Babies daher größer und gesünder sind... Obwohl zu erwarten war, daß Stilbestrol (also das DÄS) Schwangerschaften erhalten könnte, hatten wir nicht gedacht, daß es normale Schwangerschaften „normaler" machen würde."

Aber: dieses Ergebnis war aufgrund einer nicht aussagekräftigen Untersuchung zustande gekommen. Die Ärzte und das Pflegepersonal wußten genau, welche Patientinnen mit DÄS behandelt wurden, der Versuch wurde nicht „blind" vorgenommen. Sie konnten die jeweiligen Frauen positiv unterstützen und damit die Voraussetzungen für ein positives Ergebnis schaffen. Die anderen Frauen blieben unbehandelt, sie bekamen kein Placebo – und auch keine besondere Aufmerksamkeit wie die DÄS-Mütter. Das Ergebnis der Studie war also gar nicht aussagekräftig. Schlimmer noch: sie war richtiggehend falsch.

Andere Forscher nämlich hatten sich inzwischen mit der Wirkung von Östrogenen bei schwangeren Kaninchen beschäftigt und dabei festgestellt, daß die Verabreichung von Östrogenen in der frühen Schwangerschaft die Einnistung des Eies verhindert oder zu einer Fehlgeburt führt, in späteren Stadien der Schwangerschaft sogar den Fötus abtötet.

Das DÄS jedoch trat von solchen „Hindernissen" frei, dank eifrig verschreibender Ärzte einen Siegeszug um die Welt als Medikament für eine gesunde Schwangerschaft an. Es ist kaum vorstellbar, daß Ärzte tatsächlich glauben konnten, ein hochwirksames Medikament könnte in ähnlicher Weise für eine normale Schwangerschaft notwendig sein wie z.B. Vitamine.

▶

Daß dies auf keinen Fall stimmen konnte, bewies bald ein neuer Großversuch in Chicago. Diese Untersuchung wurde unter Beachtung aller Regeln für Medikamentenerprobung durchgeführt, allerdings wurde den Beteiligten 2.162 Frauen nur mitgeteilt, die Tabletten verhüteten mögliche Schwangerschaftskomplikationen, sie seien für die Patientin und den Embryo ungefährlich. 516 Frauen brachen den Versuch ab. Das Ergebnis basierte also letztendlich auf der Untersuchung von 840 DÄS-behandelten und 806 Placebo-behandelten Müttern. Die Forscher faßten ihr Ergebnis im Jahre 1953 schließlich so zusammen: „Wir denken, daß die Zahl der untersuchten Patientinnen und die benutzte Methode zeigen, daß Stilbestrol in der Schwangerschaft keinen therapeutischen Wert hat" Im Gegenteil: der einzige Unterschied: die Placebopatientinnen hatten eine längere (!) Austragungszeit als die mit DÄS behandelten Frauen. Die beteiligten Wissenschaftler schlossen daraus recht treffend, daß DÄS bei Frauen möglicherweise Frühgeburten begünstige, also gerade nicht zur Erhaltung der Schwangerschaft beitrage. Genaugenommen sagten die Zahlen aber sogar noch Schlimmeres: Eine sehr viel später erfolgte korrekte Auswertung der veröffentlichten Zahlen zeigt in Wahrheit einen signifikanten Anstieg von Spontanaborten, Tod von Neugeborenen und Frühgeburten bei den mit DÄS behandelten Frauen! Zwischen 1953 und 1971 haben circa zwei Millionen Frauen in der Schwangerschaft DÄS verabreicht bekommen. Es bedurfte erst sehr makabrer, tödlicher Fakten, bis DÄS endlich 1971 verboten wurde.

Und die traurige Geschichte dieses längst überfälligen Verbotes? Im Jahre 1966 diagnostizierten Ärzte im Massachusetts General Hospital ein Adeonkarzinom in der Vagina bei einem 15jährigen Mädchen. Dieser Krebs war bis dahin äußerst selten und tritt gewöhnlich nur bei Frauen über 50 auf.

Als in den folgenden drei Jahren sechs weitere junge Frauen mit eben diesem Krebs im General Hospital „registriert" wurden, begannen die Gynäkologen nach möglichen Ursachen zu forschen. Die Ärzte konnten nur einen Faktor finden, der allen gemein war: ihre Mütter hatten während der Schwangerschaft DÄS erhalten. Im April 1971 veröffentlichten die leitenden Ärzte der gynäkologischen Abteilung ihre Beobachtungen, den sogenannten „Herbst-Report". Plötzlich gingen aus der ganzen Welt Hinweise von Ärzten ein, die ebenfalls Vaginalkrebs bei DÄS-Töchtern festgestellt hatten.

In den USA kann ein Medikament nur von der Arzneimittelbehörde FDA (Food und Drug Administration) verboten werden. Das FDA ließ sich, wie so oft, viel Zeit mit einer Reaktion auf den Herbst-Report. Am 14. April 1971 hatte dieser Bericht dem FDA vorgelegen. Erst am 10. November 1971 verbot es DÄS als Medikament in der Schwangerschaft. In diesen sieben Monaten haben mehrere tausend weitere Frauen DÄS zur „Erhaltung der Schwangerschaft" bekommen.

DÄS-Söhne

In den letzten Jahren hat man auch Auswirkungen auf die Söhne untersucht und festgestellt, daß auch Männer, die im Mutterleib DÄS ausgesetzt waren, Anomalien der Fortpflanzungsorgane aufweisen. Wahrscheinlich sind viele von ihnen sterii. Eine kleine Anzahl hat bisher Hodenkrebs entwickelt.

Das Bundesgesundheitsamt, die bundesdeutsche Instanz, die DÄS verbieten müßte, hat bisher nur mit „Empfehlungen" auf die Meldungen aus den USA reagiert, d.h. es überläßt den Ärzten die Entscheidung, ob sie DÄS verschreiben wollen oder nicht. (Wieviel „Nutzen" eine solche Maßnahme hat, zeigen die Erfahrungen bei Duogynon/Cumorit. Die Empfehlung des BGA, dieses Medikament nicht mehr als Schwangerschaftstest zu verwenden, hat bekanntlich wenig genützt.)

Die Praktik des Bundesgesundheitsamtes hat zur Folge, daß die Ärzte DÄS weiterhin völlig frei verschreiben können. Selbst, wenn man davon ausgeht, daß (hoffentlich) kein Arzt mehr DÄS in der Schwangerschaft verschreibt, ist es doch sehr wohl möglich, daß es als „Klimakteriumshormon" und „Pille danach" immer noch Rezeptaussteller findet. Die Folgen für die betroffenen Frauen sind überhaupt nicht abzuschätzen: bereits 1977 hat eine Studie des amerikanischen National Cancer Instituts ergeben, daß Frauen, die selbst DÄS eingenommen haben, früher und häufiger an Brust- und Gebärmutterkrebs erkranken..

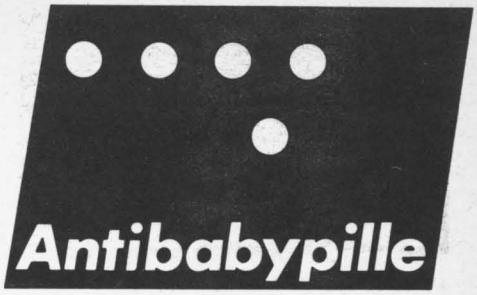
Der „Fall DÄS" hat also mehrere sehr schreckliche Aspekte:

– Für alle, die jemals selbst DÄS genommen haben oder ihm als Embryo ausgesetzt waren, bedeutet dies, mit einem stark erhöhten Krebsrisiko zu leben.

– Die DÄS-Töchter leiden z.T. an einer Vielzahl von Krankheiten, die ihnen physische und psychische Probleme bereiten; Krankheiten wie Adenosis oder mißgestaltetem Uterus, der sie unfruchtbar macht oder Scheidenkrebs, der u.U. mit Entfernung der Vagina und der Gebärmutter bekämpft werden muß.

– Weiterhin ist DÄS ein Beispiel für die Vermarktung und Verschreibung von Arzneimitteln: obwohl sehr bald erkannt worden war, daß DÄS als Mittel zur Erhaltung von Schwangerschaften wirkungslos ist und z.T. sogar das Gegenteil bewirkt, wurde es weiterhin in großem Maße angewandt. Heute, wo seine Gefährlichkeit anerkannt ist, schrecken viele Ärzte immer noch nicht davor zurück, es wenigstens als „Pille danach" zu verschreiben. Dabei entspricht die über fünf Tage verabreichte Dosis DÄS etwa der Östrogenmenge, die Frauen nach zweijähriger Einnahme von Antibabypillen geschluckt haben. Das Risiko für die Nehmerin und die möglicherweise ja fortbestehende Schwangerschaft scheint die Ärzte nicht zu interessieren.

Frauen, die das Medikament in den 40er und 50er Jahren genommen hatten, entwickeln u.U. 20 bis 30 Jahre später Krebs. Jahrzehnte später zeigt sich die verheerende Wirkung des DÄS, bei den meist einfach zu Forschungszwecken mißbrauchten Frauen. Nachdem sich auch andere Östrogene als zumindest krebsfördernd erwiesen haben, sollte man doch wohl anfangen, darüber nachzudenken, ob diese Hormone – egal ob künstlich wie das DÄS oder nicht – nicht endlich als Gruppe behandelt werden müßten! Es bleibt für alle Frauen, die mit Sexualhormonen behandelt werden, ein unkalkulierbares Krebsrisiko bestehen!



Die Erwartungen an jeden „Pillenratgeber" werden sich wahrscheinlich auf sogenannte ausgewogene Informationen richten. Aber gerade das wollen wir, die Beratungsgruppe des Frauenzentrums Tübingen, nicht anbieten. Bei unserer langen Beschäftigung mit dem Thema sind wir zu dem Schluß gekommen:

Keine Frau darf die Pille nehmen!

Die Alternative zur Pille ist nicht Schwangerschaft, die Alternative ist – zumindest – ein anderes Verhütungsmittel.

Im Moment gibt es keines, mit dem Frauen wirklich zufrieden sein könnten. Aber Diaphragma und Kondom, jeweils kombiniert mit einer spermaabtötenden Creme, sind sehr wohl sicher und viel weniger gesundheitsgefährdend als die Pille.

Wir haben hier die Negativa der Pille zusammengetragen. Wir sind bewußt einseitig, wertend. Und Bücher, die die Pille trotz aller Nebenwirkungen empfehlen, gibt es genug. Unser Artikel wird nicht dazu führen, daß die Pille vom Markt verschwindet, und weiterhin wird fast jede Frau fast jede Pille von fast jedem Arzt bekommen.

Wir wollen etwas anderes: daß die Pille endlich einmal als das gesehen wird, was sie ist – ein hochwirksames Medikament, mit vielen, zum Teil tödlichen Nebenwirkungen. – Für die Pharmaindustrie ein großes Geschäft, das sie sich natürlich nicht vermiesen läßt. Deshalb finden Hersteller, mit der freundlichen Unterstützung der Ärzteschaft, zu jedem Vorwurf scheinbar zutreffende Gegenargumente.

Wenn man bei der Pille auf die Nebenwirkungen hinweist, heißt es meist: viele gesundheitliche Schäden durch die Pille träten nur auf, wenn die Frau bereits gesundheitlich vorbelastet sei. Wer ist eigentlich gesundheitlich vorbelastet? Diese Frage kann von keinem Arzt, von keiner Frau beantwortet werden. Gesundheitliche Belastung liegt doch nicht nur vor, wenn man an einer Krankheit leidet, sondern auch, wenn man jemals an dieser Krankheit gelitten hat oder sie in der Familiengeschichte aufgetreten ist. Welche Frau kennt schon alle Krankheiten, unter denen sie einmal (fast) gelitten hat, die vielleicht gar nicht diagnostiziert wurden. Wer kennt schon alle Krankheiten, die jemals in der Familie aufgetreten sind, die möglicherweise als Anfälligkeit vererbbar sind?!

Wir können nicht alle bekannten Nebenwirkungen – schon gar nicht detailliert – beschreiben. Das ist auch gar nicht nötig – wir finden unsere hier folgende Auswahl vollständig ausreichend...

Aber zunächst ein kurzes Kapitel zur Geschichte dieses Medikaments:

Schon in den dreißiger Jahren hatte man in Experimenten mit Tieren herausgefunden, daß Sexualhormone, zusätzlich von außen zugeführt, bei Tieren den Eisprung unterdrücken können.

Außer im 3.Reich schreckten die Ärzte zunächst davor zurück, solche Experimente beim Menschen durchzuführen. Die Physiologie des weiblichen Zyklus ist sehr kompliziert; man wußte, daß man mit Sexualhormonen in die Tätigkeit der Hirnanhangdrüse, der Hypophyse, eingreifen und damit den gesamten Körperstoffwechsel bei den Frauen verändern würde. Außerdem war zumindest von den Östrogenen bekannt, daß sie krebserregend sind. Bis 1940 waren bereits Hunderte von Untersuchungen erschienen, die sich mit der Cancerogenität, der krebsauslösenden Wirkung, der Östrogene beschäftigten.

Als der Wissenschaftler Gregory Pincus mit Kollegen zu Beginn der 50er Jahre mit Forschung an einem hormonellen Verhütungsmittel begann, waren ihnen diese Publikationen natürlich bekannt. Sie experimentierten deshalb lieber mit Gestagenen, künstlichen, dem Gelbkörperhormon ähnlichen Hormonen, die nicht mit dem Ruf belastet waren, krebserregend zu sein. Gestagene waren damals schon als orale Präparate, also „Pillen", erhältlich.

Schon nach kurzer Zeit wechselten die Forscher von Versuchs-Kaninchen zu Versuchs-Frauen, um die Wirkung der Hormone zu überprüfen. Bei einem Großversuch mit der Pille auf Puerto Rico zeigte sich, daß die Wissenschaftler einen Fehler gemacht hatten: das Präparat enthielt mysteriöserweise, neben dem erwünschten Gestagen, auch kleine Anteile von Östrogen. Das nun sofort hergestellte neue Gestagen erwies sich aber als weniger wirksam. Die am Versuch beteiligten Frauen hatten Durchbruchblutungen; es erschien zweifelhaft, ob der Eisprung unterdrückt wurde. Also setzte man stillschweigend bei den folgenden Untersuchungen wieder Östrogen zu...

ENOVID – die erste Pille

Das erste hormonelle Verhütungsmittel, das dann 1960 unter dem Namen „Enovid" auf den Markt kam, war natürlich ein Kombinationspräparat, d.h. es enthielt sowohl Gestagen als auch Östrogen. Die mögliche krebserregende Wirkung hatte man eben ‚vergessen'.

Der Hersteller gab sich Mühe, den Eindruck zu erwecken, Enovid sei vor seiner Vermarktung in den Vereinigten Staaten an Tausenden von puertorikanischen Frauen getestet worden. In Wahrheit hatten 132 (!!) Frauen das Medikament regelmäßig für ein Jahr oder länger eingenommen. Die anderen brachen ab und wurden nicht weiter untersucht. Drei Frauen starben. Niemand hielt es für nötig, sie zu autopsieren.

Enovid wurde auch auf seine Wirksamkeit bei Männern untersucht. Man fand, daß es zwar als Verhütungsmittel zu gebrauchen wäre, kam aber davon ab, weil sich bei einem (!!) Mann Nebenwirkungen zeigten, die seine Potenz beeinträchtigten.

Tatsächlich wußte man 1960 also kaum etwas über die möglichen Nebenwirkungen der Pille; und von dem heute gern von der Pharmaindustrie vertretenen Grundsatz, daß ein Medikament erst lange und bei möglichst vielen angewendet werden sollte, bevor es auf den Markt kommt, kann bei der Pille gar keine Rede sein. Man hat alle Grundsätze einer einigermaßen vertretbaren Pharmaforschung außer acht gelassen!

Einer der Ecksteine der Pharmaforschung ist der Grundsatz, daß das mit

der Einnahme verbundene Risiko nicht größer sein dürfe als der Nutzen.

Hochwirksame Medikamente werden normalerweise zur Bekämpfung schwerer Krankheiten gegeben. Mit dem oralen Kontrazeptivum „Pille" wurde zum ersten Mal ein hochwirksames Medikament für gesunde Frauen verschrieben. Eine Schwangerschaft vermeiden zu wollen, kommt danach einer schweren Krankheit gleich, obwohl es gleichzeitig sichere und unschädliche Alternativen gibt.

- Die Pille ist zur Langzeitanwendung bestimmt, nicht wie z.B. Antibiotika nur für einige Tage oder Wochen.
- Die Cancerogenität von Östrogenen war bereits bekannt, als Enovid entwickelt wurde.
- Das Feedback-System, die Zusammenwirkungsprinzipien der weiblichen Hormone, war so gut wie überhaupt nicht erforscht.
- Welche Wirkungen die künstliche Zufuhr von Hormonen überhaupt haben könnte, war gar nicht absehbar.

Enovid kam also fast unerforscht auf den Markt und wurde eben an all den Millionen Pillennehmerinnen ausprobiert, die übrigens über ihre Funktion nicht aufgeklärt wurden. Später stellte man fest, daß Enovid das Zehnfache der Östrogenmenge enthielt, die noch verhütungswirksam ist und heute noch in den Kombinationspräparaten enthalten ist. Daß Enovid aber mehr Östrogen als erforderlich enthielt, scheint gar nicht so unbekannt gewesen zu sein; als Schering 1962 seine erste Pille „Anovlar" auf den Markt brachte, versuchte man da schon, mit weniger Östrogenen auszukommen; Enovid dagegen blieb unverändert auf dem Markt.

1963 lagen in den Vereinigten Staaten dann so viele Berichte über Nebenwirkungen von Enovid vor, daß ein Verbot nicht auszuschließen war, obwohl alles versucht wurde, die Meldungen herunterzuspielen. Um einem Verbot vorzubeugen, berief der Pharmakonzern, der Enovid herstellte, selbst eine Konferenz ein. Bekannte Ärzte sollten über die „Sicherheit" der Pille beraten: es lagen Berichte über 132 Thrombosen und Embolien, darunter auch 11 Todesfälle von Pillennehmerinnen, vor. Die meisten der beteiligten Ärzte scheinen an dem Problem nicht sehr interessiert gewesen zu sein. Sie setzten sich selbst ein Zeitlimit und standen also plötzlich unter großem Zeitdruck. Die Berichte wurden heruntergespielt, lächerlich gemacht. Die Thrombosen, so wurde vorgeschlagen, seien doch möglicherweise auf zu enge Korsetts zurückzuführen.

So ganz konnte man den Zusammenhang zwischen Blutgerinnselbildung und Pille jedoch nicht leugnen. In der abschließenden Presseerklärung hieß es denn auch, ein Zusammenhang sei zwar denkbar, aber keinesfalls beunruhigend. Man müsse eben weiter daran forschen.

Die Pille blieb auf dem Markt.

Der Nachweis, daß zwischen oralen Kontrazeptiva und Blutgerinnseln sehr wohl ein Zusammenhang besteht, wurde schließlich 1968 veröffentlicht.

Das Kleingedruckte wird immer länger

Zu welchen Manipulationen die Pharmakonzerne bei ihrer Forschung imstande sind, zeigte sich u.a. am Fall des Arzneimittelkonzerns Searle. Als das FDA (Food and Drug Administration) 1972 eben dort eine Hausdurchsuchung machte, stellte es sich heraus, daß Wissenschaftler bei Tierversuchen mit der Pille „Ovulen" die „günstigen" Ergebnisse manipuliert hatten. Einem Versuchstier war heimlich ein Bauchtumor entfernt worden; dann wurde es in die unbehandelte Kontrollgruppe getauscht...

Dies war nur eine der entdeckten Unregelmäßigkeiten. Die Kontrolleure der FDA kamen damals zu dem Schluß, daß diese Beobachtungen bei Searle die Glaubwürdigkeit aller Arzneimittelsicherheitstests in Zweifel ziehen. Dies gelte für alle Pharmaproduzenten.

Die Untersuchung bei Searle zeigte auch intime Verbindungen zwischen Konzern und Ärzten. Als es 1976 wegen dieser Manipulationen zum Prozeß gegen Searle kam, verkauften sich die verdächtigen Pharmapräparate besser denn je, obwohl die Ergebnisse der Durchsuchung veröffentlicht worden waren! Ein Searle-Sprecher fand dafür eine interessante Erklärung: „Viele Ärzte sind auf unserer Seite. Sie mögen das FDA genauso wenig wie wir. Sie wissen, was gut für ihre Patienten ist".

Grundsätzlich macht das FDA übrigens gar keine besonderen Anstrengungen, die Pharmakonzerne zu kontrollieren. Zu Skandalen wie solchen kommt es nur selten. Vielleicht hängt das damit zusammen, daß ein gewisser Prozentsatz von FDA-Untersuchungsbeamten zufällig in besser honorierte Positionen in diesem Industriezweig wechselt...

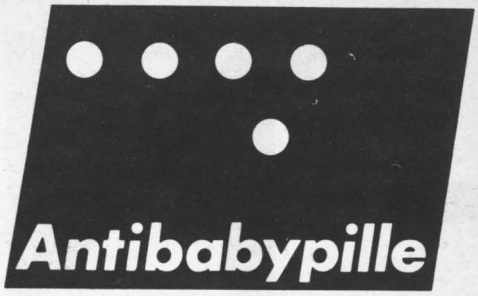
Die großen amerikanischen Pharmakonzerne machen ihre Politik mit Hilfe der Massenmedien. Die Pillenhersteller werben zwar außer in Fachzeitschriften nicht direkt für ihre Arzneimittel, aber diese Zeitschriften sind meist Teile großer Konzerne, die für andere Produkte in den Medien Werbung betreiben lassen. Diese sind von solchen Einnahmen abhängig und hüten sich deshalb, die Pille allzusehr zu kritisieren.

1969/70 waren die Beweise für die Gefährlichkeit der Pille so schlagkräftig geworden, daß sich das FDA entschied, Packungsbeilagen drucken zu lassen, die jeder Frau als Information zur Verfügung stehen sollten. Der amerikanische Ärzteverband legte dagegen Widerspruch ein mit dem Argument, die Frauen würden verängstigt und das Arzt-Patient-Verhältnis würde untergraben. FDA und Ärzteschaft einigten sich auf einen Kompromiß: die jeder Frau, die die Pille einnahm, zugängliche Packungsbeilage enthielt nur einen kurzen Hinweis auf mögliche Nebenwirkungen. Gleichzeitig wurde eine Broschüre veröffentlicht: „Was Sie über die Pille wissen sollten". Die Exemplare sollten von den Ärzten an ihre Patientinnen verteilt werden. Sechs Millionen Stück wurden bisher an die Ärzte verschickt, von denen die meisten wohl in den Papierkörben der Mediziner gelandet sind. Im gleichen Zeitraum wurden ca. 100 Millionen Pillenpackungen verschrieben.

Unzählige Untersuchungen sind seitdem erschienen, die die Gefährdung der Frauen durch die Pille beweisen. Sie werden zwar in Fachzeitschriften und Büchern veröffentlicht, in der Presse z. B. schlagen sie sich aber gewöhnlich nur als kleine Meldungen nieder. Schon die Form der Meldungen führt oft zu Zweifeln an ihrer Richtigkeit. Vor allem aber finden sich immer wieder Ärzte, die bereit sind, die für die Frauen bedrückenden Ergebnisse öffentlich in Zweifel zu ziehen.

Wir haben uns bei dieser „Pillen-Geschichte" bislang sehr auf die USA bezogen. Zum einen liegen auch nur von dort Berichte vor. Zum andern sind diese Zustände vorbehaltlos übertragbar. Viele Pillen auf dem deutschen Markt werden von amerikanischen Unternehmen direkt oder von deutschen in Lizenz hergestellt. Gibt es etwa Anhaltspunkte, daß deutsche Hersteller, die ihre eigenen Produkte herstellen, besser sind? Auch diese eigenen Produkte haben dieselben Wirkstoffe und Konzentrationen. Und das Bundesgesundheitsamt, das in der BRD die Pharmakonzerne und ihre Produkte überwachen soll, hat sich als noch viel langsamer als das FDA erwiesen. ●

Die Hormone in der Pille und wie sie wirken



PROGESTERON

Natürliches Progesteron wird vom Gelbkörper produziert. Es regt die Veränderung der Gebärmutterschleimhaut an, so daß sich ein befruchtetes Ei dort einnisten kann. Falls dies geschehen ist, produziert der Gelbkörper weiter, um die Schwangerschaft aufrechtzuerhalten. Lag keine Schwangerschaft vor, stirbt der Gelbkörper ab, es wird also kein Progesteron mehr produziert.

GESTAGEN

Gestagene sind eine synthetisch hergestellte Hormongruppe und sind neben Östrogenen in allen sogenannten „Kombinationspillen" enthalten. Lediglich die Minipille enthält allein Gestagene. Chemisch gesehen sind die Gestagene dem männlichen Hormon Testosteron verwandt.

Gestagen erhält den Schleimpfropf vor dem Muttermund zäh und damit undurchlässig für Samenzellen. Es gibt mehrere Gestagene mit unterschiedlich hoher Wirksamkeit:

- Norethisteron (acetat)
- Levonorgestrel
- Lynestrenol
- Etynodiol-diacetat

Am stärksten in seiner Wirksamkeit ist Levonorgestrel, am schwächsten wirkt Norethisteron. Das bedeutet, daß eine Pille, die weniger Milligramm eines Gestagens enthält, nicht unbedingt schwächer sein muß als eine, die mehr, aber anderes Gestagen enthält. So beträgt z.B. die relative Wirksamkeit von einem Milligramm Ethynodiol-diacetat 15, während die von einem Milligramm Norethisteron bei 1, die bei Levonorgestrel aber sogar bei 30 liegt! Manchmal gaukeln uns also die Pharmakonzerne eine niedrige Dosierung nur vor...

Es kommt vor, daß der Körper die aufgenommenen Gestagene in Östrogene umwandelt. Fest steht dies bisher bei Norethisteron und bei Levonorgestrel. Daraus kann geschlossen werden, daß für Frauen, die eine Pille wegen deren hohem Östrogenanteil nicht vertragen, u.U. auch eine Pille mit hohem Gestagenanteil nicht besser sein dürfte, von der Mini-Pille, die allein mit Gestagen arbeitet, ganz zu schweigen.

Eine Besonderheit ist noch zu dem Gestagen 17 Azetoxyprogesteron anzumerken: bei ihm und seinen chemischen Abkömmlingen steht fest, daß sie bei Beagle-Hündinnen krebserregend wirken. In der Bundesrepublik ist einer dieser Stoffe noch auf dem Markt, nämlich Cyproteronacetat, das in der Schering-Pille „Diane" und in „Androcur" enthalten ist.

ÖSTROGEN

Durch die künstliche Zufuhr von Östrogenen wird die Ausschüttung des Gelbkörperhormons FSH unterbrochen, der Eifollikel kann nicht heranwachsen. Es findet kein Eisprung statt.

Wie die Gestagene haben auch die verschiedenen Östrogene verschieden hohe Wirksamkeit. Die Wirkung von Äthinylöstradiol ist z.B. 1,7 bis 2 mal so stark wie die von Mestranol. Wissenschaftler nehmen daher an, daß 0,05 mg Äthinylöstradiol einer Menge von 0,08 mg Mestranol entsprechen. Also nehmen Frauen, deren Pille 0,03 mg Äthinylöstradiol enthält, mindestens genausoviel wirksames Östrogen auf wie diejenigen, die eine Pille mit 0,05 mg Mestranol nehmen!

Kein Wunder, daß die meisten Hersteller für die Produktion sogenannt „niedrig dosierter" Pillen lieber Äthinylöstradiol verwenden. Eine schöne Augenwischerei!

-"Neben"

Nebenwirkungen

Fast alle Berichte, die wir in den letzten Jahren in den Tageszeitungen lesen konnten, waren sehr vorsichtige und milde Andeutungen dessen, was die Pille bei uns Frauen angerichtet hat und noch anrichtet! Ein gutes Beispiel für die Darstellung in der Presse ist die Veröffentlichung der Ergebnisse einer britischen Untersuchung.

Das „British Royal College" veröffentlichte 1974 einen Zwischenbericht seiner Untersuchungen zu Nebenwirkungen der Pille. 46.000 Frauen waren untersucht worden, die Hälfte davon Pillennehmerinnen. Das mit großem Aufwand veröffentlichte Ergebnis der Studie, die von sechs Pillenproduzenten mitfinanziert wurde, lautete schlicht: „Es scheint, daß das Risiko, das eine Frau mit der Einnahme der Pille auf sich nimmt, so gering ist, daß jede Frau es gerne auf sich nehmen wird."

Eine andere Auswertung der Studie, von V. Beral in der angesehenen englischen Medizinerzeitschrift „Lancet" veröffentlicht, kommt zu einem weitaus häßlicheren Schluß: „Die Ex-Pillennehmerinnen und Pillennehmerinnen weisen eine 40 % höhere Sterblichkeitsrate auf als die Frauen in der Kontrollgruppe." Besonders erschreckend ist dieses Ergebnis, wenn man bedenkt, daß die Pillennehmerinnen vor Beginn der Studie besonders gesund waren, währenddessen in der Kontrollgruppe Frauen waren, die die Pille nicht nehmen durften, weil sie unter Diabetes oder Bluthochdruck litten. Daten aus aller Welt beweisen, daß auch niedrigdosierte Pillen die Nebenwirkungen nicht im erhofften Maße senken.

Die im folgenden beschriebenen Nebenwirkungen gelten für alle Pillen, es ist jedoch noch ungeklärt, welche Schäden durch Östrogen und welche durch Gestagen oder welche durch Kombination der beiden Stoffe verursacht werden. Auf diesem Gebiet werden ständig neue Erkenntnisse gewonnen. Glaubte man bis vor kurzem, daß für Blutdruckerhöhungen bei Pilleneinnahme allein das Östrogen verantwortlich sei, weiß man inzwischen, daß dies auch bei der Minipille, die nur Gestagen enthält, genauso auftritt.

Die folgenden Krankheiten sind Nebenwirkungen der Pillenhormone Östrogen und Gestagen.

Blutgerinnsel

Die Pille begünstigt die Entstehung von Blutgerinnseln. Sie bewirkt, daß sich die Venen weiten und der Blutfluß verlangsamt wird. Sie verändert die Zusammensetzung des Blutes, so daß spontan entstehende Blutpfropfen nicht mehr aufgelöst werden können.

Diese Zusammenhänge hatte man schon 1962 vor der ersten „Searle" Pillenkonferenz vermutet, aber erst 1976 wurden Beweise dafür veröffentlicht.

Bei circa 16 % aller Pillennehmerinnen treten diese Veränderungen auf.

Blutgerinnsel sind sehr gefährlich. Sie verstopfen die Blutgefäße – es entstehen Thrombosen. Die Blutpfropfen können sich auch von der Aderwand lösen und ins Gehirn wandern, wo sie einen Schlaganfall auslösen. Schlaganfälle bei Frauen vor der Menopause waren vor der Pillenära selten. Seit es hormonelle Kontrazeptiva gibt, häufen sich die Meldungen von Schlaganfällen bei ansonsten gesunden, jungen Frauen.

Wenn sich ein Blutpfropf löst und eine Herzader verstopft, erleidet die Frau einen Herzinfarkt. Die Pille nimmt Frauen einen der letzten „Vorteile", die sie vor den Männern hatten – ihre geringere Anfälligkeit für Herzinfarkt.

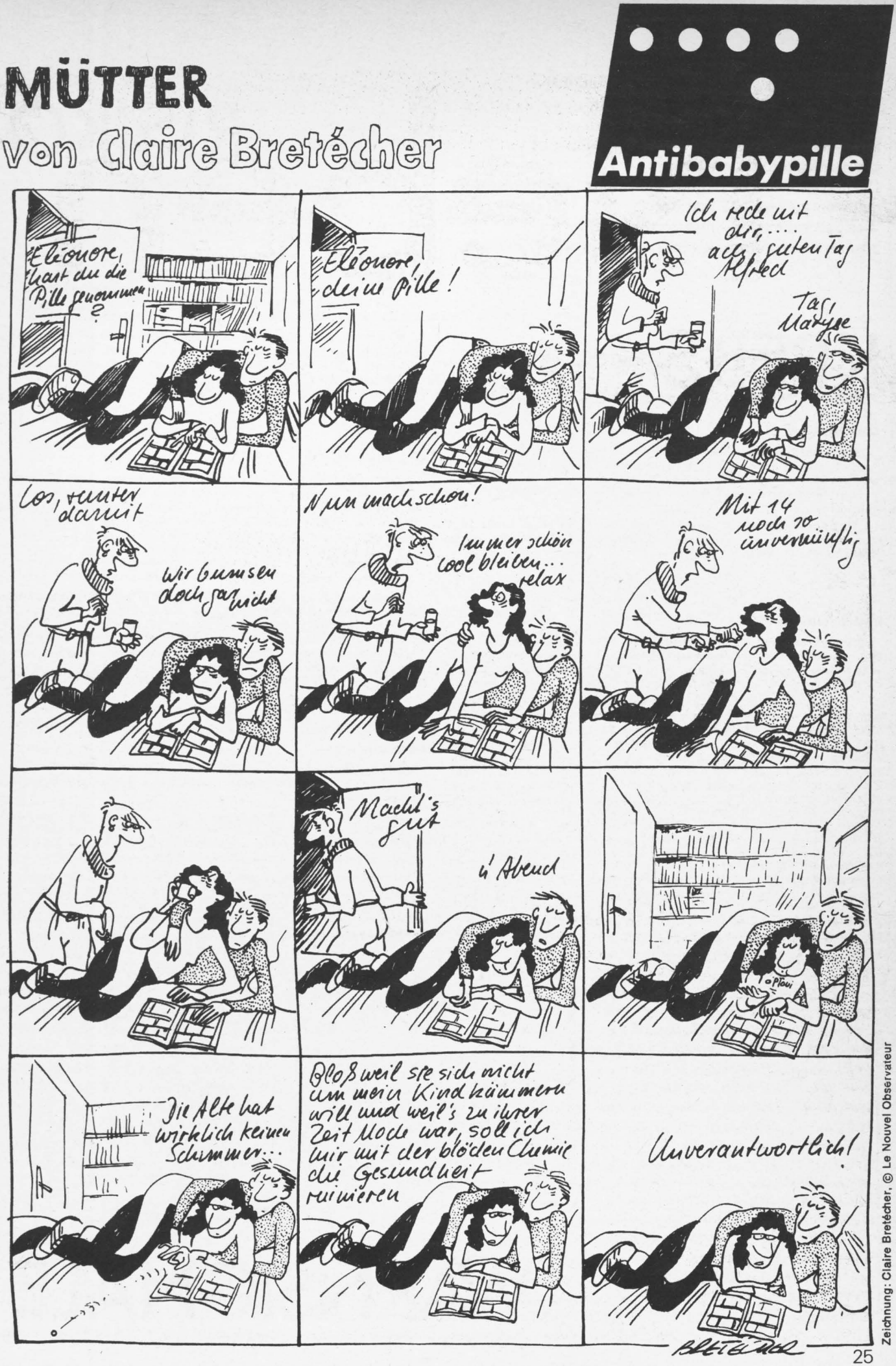
Setzt sich ein Blutgerinnsel in der Lunge fest, entsteht eine Lungenembolie. Die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA gibt zu, daß in den USA jedes Jahr mindestens 300 bis 500 Frauen an pillenverursachten Lungenembolien sterben. Diese Zahlen sind wahrscheinlich viel zu niedrig angesetzt, denn bei vielen Embolien wird der Zusammenhang nicht erkannt oder nicht gemeldet. Vor allem schließen sie die Todesfälle durch Pillen – Embolien in anderen Organen nicht ein.

Besonders gefährdet sind Pillennehmerinnen bei und nach Operationen. Das FDA rät, die Pille vor einem Eingriff mindestens einen Zyklus lang auszusetzen. Unfälle, Notoperationen kann man aber nicht vorhersehen; da hilft nur noch, die Pille überhaupt abzusetzen!

Die Hoffnung, daß Pillen mit niedrigeren Östrogendosierungen (0,05 mg oder weniger) die Blutgerinnselhäufigkeit senken würde, hat sich nicht erfüllt.

MÜTTER

von Claire Bretécher



Zeichnung: Claire Bretécher, © Le Nouvel Observateur

Jede Frau, die eines dieser hier aufgeführten Pillenpräparate zu sich nimmt, kann sich anhand der Risikobefunde ausrechnen, wie krebsgefährdet sie lebt, wenn sie weiter mit der Antibabypille verhütet.
Die in der Tabelle dargestellten künstlichen Hormone gehören zu den 142 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammengestellten krebserregenden Arzneimitteln.

KREBS –

RISIKO

Diethylstilboestrol

Diethylstilboestrol wirkt krebserregend bei Mäusen, Ratten, Hamstern, Fröschen, Hunden und Affen. In einer epidemiologischen Studie wurde eine Zunahme von Vaginal-, Gebärmutter- und Drüsenkrebs bei Frauen festgestellt, deren Mütter während der Schwangerschaft DÄS einnahmen.

Diethylstilboestrol *ist in den Präparaten Cyren-A (3) von Bayer und Honvan (Inj., T) von Asta enthalten. Beide Mittel kommen bei Krebs zur Behandlung.*

Ethinyloestradiol

Ethinyloestradiol wirkt krebserregend bei Mäusen und Ratten. Über Ethinyloestradiol allein sind keine Krankenberichte und epidemiologische Studien verfügbar. In Kombination mit Progesteronen ist über die Zunahme von gutartigen Geschwulsten der Leber berichtet worden.

Ethinyloestradiol *ist in folgenden hormonalen Empfängnisverhütungsmitteln enthalten: Alfames E (T) von Kade, Anacyclin (T) von Ciba, Anacyclin 28 (T) von Ciba, Anovlar 21 (D) von Schering, Conceplan 21 mite (T) von Grünenthal, Douluton (D), Edioval 21 (D) von Schering, Etalontin 21 (D), Etalontin 28-Fe (T) von Parke-Davis, Eugynon 21 (D), Eugynon 28 (D) von Schering, Lyndio (T), Lynestrenol 2,5 mg von Organon, comp.-ratiopharm (T), Lynestrenol 2,5 mg sequenz-ratiopharm (T) von Ratiopharm, Marvelon (T) von Organon, Microgynon 21 (T), Microgynon 28 (T), Neogynon 21 (D), Neogynon 28 (D) von Schering, Neorlest 21 (D), Neorlest 28-Fe (D/T) von Parke-Davis, Neo-Stediril (D) von Wyeth, Noracyclin (T) von Ciba, Orlest 21 (D), Orlest 28-Fe (D/T) von Parke-Davis, Ovanon (T) von NouryPharma, Ovoresta (T), Ovoresta M(T) von Organon, Ovysmen 0,5/35 (T), Ovysmen 1/35 (T) von Cilag-Chemie, Perikursal 21 von Wyeth, Pregnon 28 NouryPharma (T) von NouryPharma, Promosiston (T), Progylut (D), Prosiston (T), Sequilar 21/28 (D) von Schering, Sinovula (D) von Asehl, Steridil (D), Stediril-d (D), Stediril-d 30/150 (D), Trinordial 21 (D) von Wyeth, Triquilar (D) von Schering.*

Mestranol

Mestranol wirkt krebserregend bei Mäusen und weiblichen Ratten. Über Mestranol allein sind keine Krankenberichte und epidemiologische Studien verfügbar. In Kombination mit Progesteronen ist über die Zunahme von gutartigen Geschwulsten der Leber berichtet worden.

Mestranol *ist in folgenden Antibabypillen enthalten: Conceplan 21 (D), Conceplan 28 (D), Eunomin (D) von Grünenthal, Gestamestrol (D) von Hermal, Kontrazeptivum 63-ratiopharm (T) von Ratiopharm, Ortho-Novum 1/50 (T), Ortho-Novum 1/80 (T), Ortho-Novum 2 mg (T) von Cilag-Chemie, Ovulen (D) von Boehringer Mannheim.*

Oestradiol-17 ß

Oestradiol-17 ß wirkt krebserregend bei Mäusen, Ratten und Hamstern. Über Oestradiol-17 ß allein sind keine Krankenberichte und epidemiologischen Studien verfügbar. In zahlreichen epidemiologischen Studien wird auf eine Zunahme von Uterusschleimhautkrebsen nach Verabreichung von Oestrogenen berichtet: somit kann für Oestradiol-17 ß eine ähnliche Wirkung nicht ausgeschlossen werden.

Oestradial-17 ß ist in folgenden Antibabypillen enthalten und in Präparaten aus anderen Anwendungsbereichen vorhanden:

Ablacton (Inj) von Schering, Estradurin (7) von Bastian-Werk, Gravibinon (Inj) von Schering, Östrogynal (D) von Thomae, Östrogynal sine (D) von Asche, Primodian Depot (Inj), Primosiston (T), Progynon Boleosum (Inj), Progynon Depot 10 mg (Inj), Progynon Depot 40 mg (Inj), Progynon Depot 100 mg (Inj), Progynova (D Tr), Progynova 21 mite (D) von Schering, Trimetriphim comp.-ratiopharm (T), Trimetriphim Sa. f. Erw./f. Kinder, Trim forte ratiopharm (T) von Ratiopharm.

Testosteron

Testosteron wirkt krebserregend in Mäusen und Ratten. Über Testosteron allein sind keine Krankenberichte und epidemiologischen Studien verfügbar.

Testosteron *kommt zur Anwendung bei funktionellen Störungen der männlichen Keimdrüse und Folgeerkrankungen und bei der Frau als Zytostatikum bei Brust- und Uterusschleimhautkrebs sowie in anderen Anwendungsbereichen. Es ist in folgenden Mitteln enthalten:*

Ablacton (Inj) von Schering, Andriol (K) von Organon, Primodian Depot (Inj) von Schering, Testosteron Depot Thilo (8) von Thilo, Testosteron propionat „Eifelfango" (A) von Eifelfango, Testosteron Suppositorien von Ferring (9) von Ferring, Testoviron (A), Testoviron Depot 100/150/250 mg (A) von Schering.

Ungefähr 60 % aller Schlaganfälle kündigen sich vorher durch Warnsignale an: Kopfschmerz, Erbrechen, Krämpfe, Schwindel, Sehstörungen und Erhöhungen der Körpertemteratur.

Andere Warnzeichen für eine Thrombose oder Embolie können sein: Schmerzen und Schwellung an der betroffenen Stelle, Sehstörungen, Kopfschmerzen, Brustschmerzen, Gefühllosigkeit oder Pulsieren in den Gliedmaßen, Kurzatmigkeit.

Pillennehmerinnen, bei denen diese Beschwerden auftreten, müssen die Pille sofort absetzen und zum Arzt gehen.

WARNSIGNALE

Pillenverursachte Blutpfropfe sind weder von der Dosis abhängig noch von der Einnahmedauer. Schlaganfälle treten oft schon nach kurzer Einnahmezeit auf.

Es gibt Frauen, die für pilleninduzierte Blutveränderungen anfälliger sind. Diese Frauen könnten durch Tests herausgefunden werden, die es schon seit längerer Zeit gibt. Bisher haben sich aber weder die Pharmaindustrie noch die Ärzteschaft für diese Tests interessiert. Stattdessen amputieren sie Beine, behandeln Schlaganfälle und Lähmungen, die auf die Pilleneinnahme zurückzuführen sind.

Bluthochdruck

Bluthochdruck ist inzwischen als weitverbreitete Pillennebenwirkung allgemein anerkannt. Über 5 % aller Pillennehmerinnen entwickeln Bluthochdruck, das ist mindestens eine von 20!

Bluthochdruck spielt in irgendeiner Form bei fast allen Kreislauferkrankungen eine Rolle.

Bei der überwiegenden Anzahl der Pilleneinnehmerinnen tritt eine Blutdruckerhöhung auf, die aber (noch) nicht krankhaft ist.

Ob eine Frau bei Pilleneinnahme Bluthochdruck oder „nur" eine ungefährlichere leichte Blutdruckerhöhung entwickeln wird, ist u.a. abhängig von der Krankengeschichte der Frau: ob sie selbst schon einmal unter Blutdruckerhöhung oder z.B. einer Nierenerkrankung gelitten hat, oder ob diese Erkrankungen in ihrer Familie aufgetreten sind. Da aber fängt die Vorspiegelei schon an: welcher Arzt fragt die Frau vor dem Verschreiben der Pille nach Kranken- und Familiengeschichte, und wenn: welche Frau weiß da so genau Bescheid? Außerdem muß man auch individuelle Faktoren bei der Frage der Gefährdung hinzuziehen. Was, wenn die Pillennehmerin an einer (nicht festgestellten) angeborenen Deformierung der Aderwände leidet? Bei ihr kann schon eine leichte Blutdruckerhöhung fatale Folgen haben.

Augenerkrankungen

Schon in den frühen 60er Jahren entdeckte man einen Zusammenhang zwischen Pilleneinnahme und Augenkrankheiten.

Viele der beobachteten Erkrankungen entstehen durch Blutgerinnselbildungen im Gehirn, die die Augen in Mitleidenschaft ziehen und zu verschwommener Sicht, zeitweiliger Erblindung oder Einschränkung des Sichtfeldes führen können.

Andere Augenerkrankungen, die durch Pilleneinnahme verursacht werden können: Entzündungen des Sehnervs, Linsenschwellung, Doppelsichtigkeit, Verstopfung der Augenvenen und Arterien, Blutungen der Netzhaut, Entzündungen der Hornhaut und der Iris, Kontaktlinsenunverträglichkeit. Labortests haben gezeigt, daß die Pille bei Tieren grauen Star verursachen kann. Ob dieses Ergebnis auch auf die Frauen übertragbar ist, ist nicht bekannt.

Epilepsie

Bei Frauen mit einer Veranlagung für Epilepsie kann die Pilleneinnahme zum Ausbruch der Krankheit führen. Veranlagung bedeutet nicht unbedingt, daß die Krankheit in der Familie offen aufgetreten sein muß. Die Neigung zu Krämpfen und Migräne können auf eine Gefährdung hindeuten. Das Auftreten von epileptischen Anfällen aufgrund von Pilleneinnahme bedeutet oft, daß die Frau in Zukunft mit der Krankheit leben muß. Zudem beeinträchtigen gerade Medikamente, die zur Bekämpfung der epileptischen Anfälle verschrieben werden, die Wirksamkeit der Pille, d.h. es besteht eine geringere oder gar keine verhütende Wirkung mehr. Das muß gesagt werden, weil beim Auftreten von Epilepsie bei deutschen Ärzten nicht einmal das Absetzen der Pille selbstverständlich zu sein scheint.

Lebererkrankungen

Gelbsucht ist immer ein Zeichen für eine beginnende Leberschädigung. Schon seit Beginn der 60er Jahre kennt man den Zusammenhang zwischen Pille und Gelbsucht, und inzwischen weiß man, daß die Pille das Risiko von gut- und bösartigen Lebergeschwülsten erhöht, und zwar schon nach relativ kurzzeitiger Anwendung. Bis die Pille auf

Antibabypille

den Markt kam, war diese Art von Tumoren eine wahre medizinische Seltenheit. Inzwischen hat sich die Zahl vervielfacht.

Bei der Gruppe der 26- bis 30jährigen Frauen, die einen gutartigen Lebertumor haben, sind bis zu 90 % Pillennehmerinnen. Auch gutartige Lebertumore können zu tödlichen Blutungen führen.

Lebergeschwülste sind besonders tückisch, weil sie keine eindeutigen Symptome verursachen. Die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA hat gut- und bösartige Lebertumore inzwischen auf die offizielle Liste der Pillennebenwirkungen gesetzt.

Die Pillenhormone beeinflussen insgesamt die chemische Zusammensetzung des Gallensaftes. Diese Veränderungen können zu einem verstärkten Auftreten von Gallensteinen bei Pilleneinnehmerinnen führen.

Dysplasien

Pillennehmerinnen haben ein stark erhöhtes Risiko, an Zellveränderungen des Gebärmuttermundes, an sogenannten cervikalen Dysplasien zu erkranken, die von vielen Ärzten als bösartig eingestuft werden. Fast doppelt so häufig erkranken Pillennehmerinnen an diesen z. T. bösartigen Veränderungen als Frauen, die nicht die Pille nehmen. Das wurde im April 1979 in Heidelberg bei einem internationalen Symposion über „Morphologische Veränderungen weiblicher Genitalorgane unter dem Einfluß exogener Hormone" bekannt. Es war dies das erste Ergebnis einer im Auftrag des Bundesforschungsministeriums laufenden gemeinsamen wissenschaftlichen Untersuchung der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg und des Deutschen Krebsforschungszentrums.

Andere Veränderungen durch die Pille an den Fortpflanzungsorganen von Frauen sind Eierstockzysten, Vergrößerungen des Uterus, Vernarbungen an Eierstöcken und Eileitern.

Diabetes

Die Pille bewirkt Veränderungen im Zucker- und Fettstoffwechsel des Körpers.

Bei 80 % aller Frauen, die die Pille für ein Jahr oder länger eingenommen haben, verringert sich die Möglichkeit des Körpers, mit zugeführten Kohlenhydraten fertig zu werden, die sogenannte Glucosetoleranz verringert sich. Ein großer Teil der Pillennehmerinnen zeigt zusätzlich eine erhöhte Ausschüttung von Wachstumshormonen. Beides Anzeichen für eine beginnende Diabetes.

13 % aller Pillennehmerinnen haben tatsächlich chemische Diabetes, d.h. ihre Blutwerte ähneln denen von Diabetikern, obwohl sich die Symptome der Krankheit noch nicht zeigen. Bei Frauen, die bereits zuckerkrank sind, kann die Pilleneinnahme zu einer Verschlechterung führen, d.h. zu Erblindung.

Besondere Diabetesgefahr besteht bei Pillennehmerinnen, wenn in deren Familie Diabetes aufgetreten ist, wenn die Frauen Kinder mit besonders hohem Geburtsgewicht zur Welt gebracht haben, wenn die Frauen über 40 Jahre alt sind, wenn sie fettsüchtig sind, wenn die Menstruation sehr früh eingesetzt hat...

Die Veränderungen im Fettstoffwechsel werden mit Bluthochdruck, Blutgerinnselbildungen, Schlaganfällen und Herzinfarkten in Zusammenhang gebracht.

Krebs

Mit dem Beweis, ob ein Stoff krebserregend ist, ist das so eine Sache: krebserzeugende Wirkung ist immer chronisch, d.h. es liegen oft Jahre und Jahrzehnte zwischen dem Zeitpunkt, an dem eine Frau dem carzinogenen Stoff ausgesetzt war, und dem, an dem die Krankheit ausbricht. Nun, solche Untersuchungen, aus denen die krebserregende Wirkung der Pille eindeutig hervorgeht, gibt es nicht, aber eine bestimmte krebsbeschleunigende Wirkung ist leider sicher: die von der Pille auf Brustkrebs.

Eine Studie, die bereits 1975 veröffentlicht wurde, stellte bei Frauen, die die Pille sechs Jahre oder länger eingenommen und vorher gutartige Brustveränderungen gehabt hatten, eine um das elffache erhöhte Brustkrebsrate fest. Eigentlich hätte das gar nicht so sehr überraschen sollen. Schließlich ist schon seit Beginn dieses Jahrhunderts bekannt, daß Östrogene Krebswachstum zumindest beschleunigen können. Bestimmte Tumore wachsen z.B. langsamer, wenn man bei den betroffenen Frauen den Herstellungsort der natürlichen Östrogene, die Eierstöcke, entfernt.

Die Autoren der oben genannten Studie gingen auf „Nummer sicher" und faßten ihr Ergebnis so zusammen: „Unsere Ergebnisse indizieren, daß orale Kontrazeptiva Krebs nicht erzeugen, aber das Wachstum von bereits bestehenden Karzinomen beschleunigen." Auch bereits bestehende gutartige Veränderungen erhöhen das Krebsrisiko stark. Es wird empfohlen, daß Frauen, die unter solchen Veränderungen leiden, die Pille auf keinen Fall nehmen sollten.

Eine weitere Untersuchung ermittelte für Frauen, die die Pille länger als zwei Jahre genommen haben, ein um 38 % erhöhtes Risiko für Brustkrebs.

Auch das Risiko, an anderen Krebsarten zu erkranken, steigt bei Pilleneinnahme: bereits nach dreijähriger Anwendung ist das Risiko für Gebärmutterhalskrebs bei Pillennehmerinnen fünfmal höher als das von Frauen, die z.B. das Diaphragma verwenden.

Die Pille erhöht das Risiko, an gut- und bösartigen Lebertumoren zu erkranken und zwar bereits nach relativ kurzzeitiger Anwendung.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Pilleneinnahme und bösartigen Hauttumoren.

Bei Krebs wird besonders deutlich: es genügt nicht, Frauen, die unter bestimmten Krankheiten leiden, zu empfehlen, die Pille einfach abzusetzen. Niemand kann genau sagen, welche furchtbaren Wirkungen der Pille erst nach Jahren oder Jahrzehnten auftreten!

Depressionen

Eine außerordentlich interessante Tatsache: bei vielen Frauen wirkt die Pille wie eine Psycho-Droge: sie macht sie lethargisch oder überaktiv. Eine grosse Anzahl Pillennehmerinnen macht eine völlige Persönlichkeitsänderung durch. Oft treten die Veränderungen schnell auf, bei anderen dauert es über Zyklen, die Änderung ist meist nur für die Menschen ihrer nahen Umgebung sichtbar.

Typisch sind z.B. anhaltende Müdigkeit und Gereiztheit. Symptome, die man sicher nicht auf ein Verhütungsmittel zurückführen würde. Normalerweise. Aber die Pille ist eben kein „normales Verhütungsmittel", sondern ein hochwirksames Medikament, das man unter anderen Umständen sicher nur bei einer schweren Krankheit anwenden würde.

Schon 1969 hatten britische Forscher festgestellt, daß 1/3 aller Pillennehmerinnen Anzeichen von Depressionen entwickelten, 6 % seien selbstmordgefährdet.

Die ebenfalls britische Royal-College-Untersuchung weist noch erschreckendere Zahlen auf: doppelt so viele Pillennehmerinnen wie Nichtnehmerinnen nahmen sich das Leben. Das gleiche Verhältnis gilt für Unfallopfer. Dies ist deshalb signifikant, weil viele Unfälle verschleierte Selbsttötungen sind.

Pillennehmerinnen, die unter Depressionen leiden, beschreiben sich selbst als: hysterisch, einem Nervenzusammenbruch nahe, hilflos, hoffnungslos, schuldig, wertlos, unwichtige Entscheidungen würden zu unüberwindlichen Hürden.

(Nun, dafür gibt es wissenschaftliche Erklärungen, die den betroffenen Frauen sicher keine Hilfe sind: Depressionen unter Pilleneinnahme entstehen möglicherweise durch Veränderungen im Gehirnstoffwechsel. Der Umsatz verschiedener Aminosäuren ist verändert, der Vitamin B-Komplex-Level ist verringert. Dies könne, so die Wissenschaftler, die beschriebenen Auswirkungen haben.)

Nicht bei allen Frauen führt eine Vitamintherapie und/oder das Absetzen der Pille zu einem Verschwinden der Symptome. Dann hilft nur noch eine psychiatrische Behandlung. Wie bei anderen Krankheiten (z.B. Diabetes, Epilepsie) kann die Pille eine bereits bestehende Depression verschlimmern oder auch die Krankheit überhaupt erst zum Ausbruch kommen lassen.

Wenn zusätzlich zur Pille Anti-Depressiva und Beruhigungsmittel verschrieben werden, können Symptome von Parkinsonismus auftreten: Zittern der Gliedmaßen (tremor), Steifheit, Hyperaktivität, Verzerren der Körpers und enorme Gewichtszunahme.

Unfruchtbarkeit

Die vollkommene Verhütungssicherheit und die absolute „Reversibilität"

sind die Eigenschaften, die die Pille über alle anderen Verhütungsmittel hinausheben sollen. Wie wir gesehen haben, ist schon die 100 %ige Verhütungswirkung anzuzweifeln. An die Möglichkeit, die Wirkung bei allen Frauen wieder rückgängig zu machen, hat aber wohl kein Wissenschaftler je so richtig geglaubt.

Die Behauptung mancher Pharmakologen und Ärzte, die Pille mache superfruchtbar, ist wohl eher in dem Zusammenhang zu sehen, daß man bereits in den frühen 60er Jahren den Verdacht hatte, viele Frauen blieben auch nach dem Absetzen der Pille unfruchtbar. Seit 1966 die erste große Studie zu diesem Thema veröffentlicht wurde, kann man dies auch als bewiesen ansehen.

Man nennt es das „oversuppression Syndrom", die Tatsache, daß bei vielen Frauen nach dem Absetzen der Pille der Eisprung ausbleibt. Bei den meisten für einige Monate, bei einigen für immer.

Natürlich hat die Pharmaindustrie auch hier Abhilfe geschaffen: fruchtbarkeitsfördernde Mittel, die zum einen nicht bei allen Frauen wirken, zum anderen eine ganze Latte gefährlicher Nebenwirkungen haben: von Übelkeit über Glatzenbildung und Mehrlingsgeburten bis zu Vergrößerung der Eierstöcke und Wassereinlagerung in Bauch und Brusthöhle.

Kindesmißbildungen

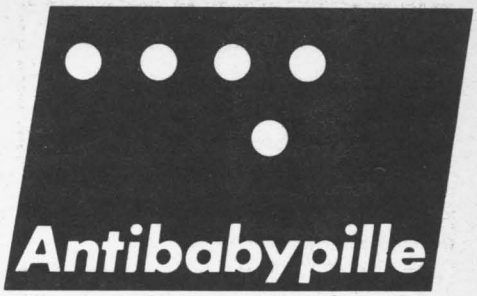
Andere Frauen dagegen werden schwanger, während sie die Pille nehmen. Es fragt sich, welche Auswirkungen die Hormone auf den Embryo haben, wenn die Schwangerschaft ausgetragen wird.

Schon 1960 wurde bekannt, daß Gestagene, wenn sie während der Schwangerschaft eingenommen werden, zur körperlichen Vermännlichung weiblicher Föten führt.

Inzwischen vermutet man, daß Pilleneinnahme den Intelligenzquotienten der Kinder negativ beeinflußt.

Jedenfalls weist die stark erhöhte Zahl von Fehlgeburten bei Frauen, die die Pille nehmen oder genommen hatten, auf pillenverursachte Mißbildungen hin. Denn die meisten Fehlgeburten kommen durch Mißbildungen der Föten zustande.

Eine Studie kam zu folgendem Ergebnis: Frauen, die die Pille zwei Jahre oder länger eingenommen hatten und innerhalb eines Monats nach Absetzen der Pille schwanger wurden, hatten eine um das doppelte erhöhte Fehlgeburtenrate. Diese Studie stellt auch eine deutlich erhöhte Mißbildungsrate bei Kindern fest, die kurz nach dem Absetzen der Pille empfangen wurden.



Die hohe Fehlgeburtenrate, so wird vermutet, könnte auf die Mangelerscheinungen an Vitaminen und Mineralien zurückzuführen sein, unter denen viele Pillennehmerinnen leiden. Diese Stoffe sind für die normale Entwicklung einer Schwangerschaft notwendig. Die Mangelerscheinungen, und das würde die erhöhte Fehlgeburtenrate trotz Absetzen der Pille vor der Empfängnis erklären, heben sich nicht von selbst auf, sondern müßten behandelt werden.

Wenn die Pille nicht wirkt...

In den letzten Jahren ist immer häufiger festgestellt worden, daß andere Medikamente, die die Frau einnimmt, die Wirksamkeit der Pille aufheben oder einschränken können.

Die unten abgedruckte Liste ist sicher nur die Spitze eines Eisbergs. Sie wird ständig ausgedehnt.

Diese Mittel können die Pille unsicher machen

Medikamentengruppe	wirksame Substanz	Handelsname (Beispiele)
Antibiotika	Ampicillin	Ambolsin Ampi-Tablinen Binotal Cymbl
	Tetracyclin-HCL	Achromycin Hostacyclin Supramycin
Beruhigungsmittel	Chlordiazepoxid Diazepam Meprobamat	Librium Valium Aneural Cyrpon Miltaun
	Phenobarbital*	Seda-Tablinen
Epilepsie-Mittel	Carbamazepin	Tegretal Timonil
	Phenytoin	Epanutin Phenhydan Zentropil
	Phenobarbital Primidon	Luminal Liskantin Mylepsinum Resimatil
Grippemittel	Phenobarbital	Grippinon Pertussin
Herzmittel	Phenobartital	Pulsnormä Seda-Intensain Sedapersantin
Magenmittel	Phenobarbital	Mazur-A Ulcumel Ulcumel-S Retard Ulgastrin-S
Migränemittel	Amobarbital Phenobarbital	Ergo-Lonarid Ergo-Kranit
Rheumamittel	Phenylbutazon	Butazolidin Elmedal Demoplas
Schlafmittel	Cyclobarbital Phenobarbital	Phanodorm Eusedon Sklerodormal
Schmerz- und Erkältungsmittel	Phenobarbital	Dolviran Gentarol Veralgit
	Phenacetin	Gelonida Thomapyrin Treupel
Tuberkulosemittel	Rifampicin	Rifa Rimactan

* Phenobarbital ist insgesamt in rund 200 Kombinations-Präparaten enthalten.

Quelle: Sternliste vom 29.1.1981

Relative Sterblichkeit bei Benutzung unterschiedlicher Verhütungsmittel

Dr. Christopher Tietze und seine Mitarbeiter beim amerikanischen Population Council (P.C.) haben versucht, die mit unterschiedlichen Verhütungsmethoden verbundenen Sterblichkeitsraten zu analysieren. Sie verglichen sechs Verhütungsmethoden bei unterschiedlichen Altersgruppen.

Ihre Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Erklärung der Zeichen:

1. Keine Verhütung: Todesfälle, die zu erwarten sind, wenn keine Verhütungsmethode angewandt wird und bei Schwangerschaft kein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird.
2. Abtreibung: Todesfälle bei einer Bevölkerung, die als einzige Geburtenkontrollmethode frühen Schwangerschaftsabbruch benutzt.
3. Nur orale Kontrazeptiva, also die Pille: erwartete Todesfälle bei einer Population von Frauen, die nur orale Kontrazeptiva, ohne Rückgriff auf Abbruch im Falle des Versagens benutzt.
4. Verhütung nur durch Spirale: zu erwartende Todesfälle bei eingesetzter Spirale, bei Schwangerschaftsabbruch.
5. Traditionelle Verhütungsmethoden: erwartete Todesfälle bei einer Population von Frauen, die Diaphragma oder Kondom ohne Rückgriff auf Schwangerschaftsabbruch benutzt.
6. Traditionelle Verhütungsmethoden und Abbruch: erwartete Todesfälle bei einer Population von Frauen, die Kondom oder Diaphragma benutzt und bei Versagen dieser Kontrazeption einen frühen Schwangerschaftsabbruch hat.

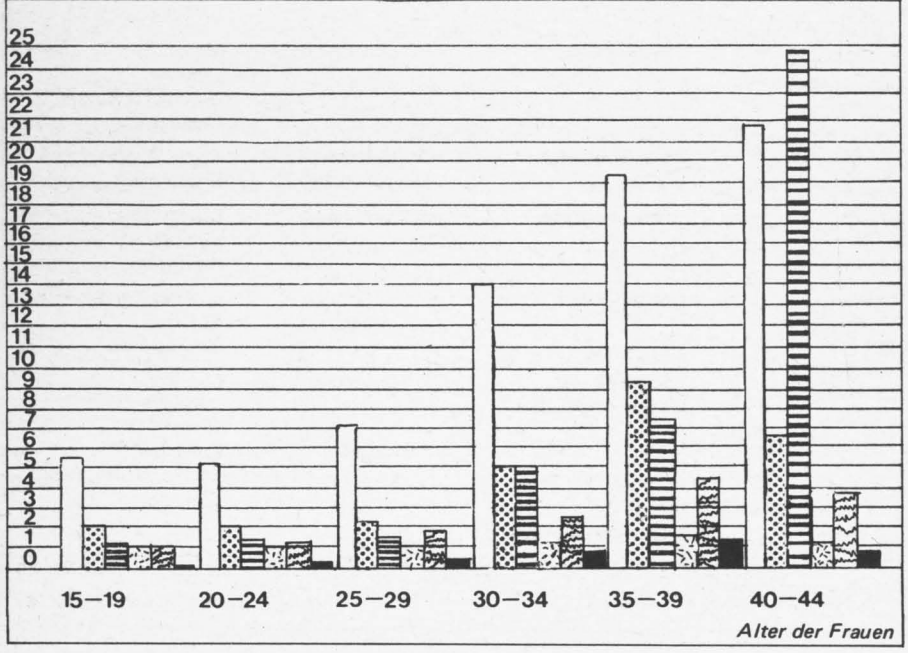
Bei der Auswertung dieser Tabelle des P.C. muß man bedenken, daß nicht einmal alle Todesursachen durch die Pille, die heute bekannt sind, miteinbezogen wurden. Die tatsächliche Rate liegt noch höher.

Dennoch kommt die Tabelle zu wesentlichen Aussagen:

1. Die Pille und IUPs sind relativ sicher, wenn man ihr Risiko mit dem einer Schwangerschaft vergleicht, wenn keine Geburtenkontrolle angewendet wurde.
2. Das Sterblichkeitsrisiko bei Pilleneinnahme steigt nach dem 40. Lebensjahr signifikant an.
3. Die traditionellen Verhütungsmethoden wie z.B. Diaphragma und Kondom, wenn nötig verbunden mit einer frühen Abtreibung, sind die sichersten Verhütungsmethoden.

Alles nach: Tietze, C., Bongarts, J. Schearer, B.: Mortality associated with the Control of Fertility. Family Planning Perspectives, 8:6 – 14, 1976, zitiert nach: Birthcontrol Book S. 69f

Jährliche Todesfälle



Harmlos

Pillenarten

Es gibt für keine Frau die „beste", „geeignetste" Pille, wenn dieses Medikament generell ein schädliches Verhütungsmittel ist... Deshalb haben wir hier nur kurz das Wichtigste zusammengetragen, um die unterschiedlichen Pillen-Bezeichnungen etwas zu erklären.

Die meisten Pillen sind Kombinationspräparate, d.h. sie enthalten sowohl Östrogen als auch Gestagen. Es gibt sie in drei verschiedenen Formen:

Einphasenpräparat

Sie enthält für die ganze Dauer der Einnahme während eines Zyklus Östrogen und Gestagen. Es gibt sie gestagen- oder östrogenbetont. Die theoretische Zuverlässigkeit beträgt 99,7 %. In Wahrheit liegt die Zuverlässigkeit in der praktischen Anwendung zwischen 90 und 96 %.

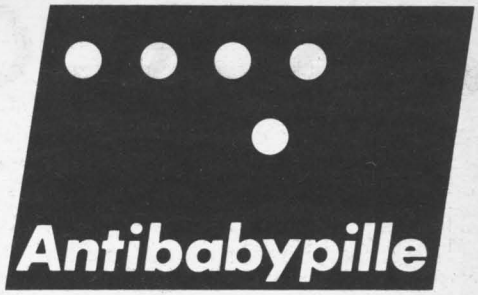
Zwei-Phasen-Pille (Sequenzpille)

Sie hat schon in der Theorie eine weit geringere Sicherheit als die Einphasenpille. Sie enthält in der ersten Phase des Zyklus nur Östrogen. Wenn also doch ein Eisprung stattfindet, was bei ganz niedrig dosierten Pillen leicht der Fall sein kann, ist kein zusätzlicher Schutz durch einen undurchdringlichen Schleimpfropf vor dem Muttermund da. Denn das Gestagen kommt erst in der 2. Phase des Zyklus hinzu. Es ist auch weitaus gefährlicher, in der Mitte des Zyklus eine solche Pille zu vergessen, da sehr schnell ein Eisprung stattfinden kann.

In den USA wurden die Sequenzpillen vom Markt genommen weil sie, um die Sicherheit zu erhöhen, große Mengen Östrogens in der ersten Phase enthielten, dies hatte zu einer starken Erhöhung des Risikos für Blutgerinnselbildung und Thrombose geführt. Außerdem erkannte man eine Verbindung zwischen der Sequenzpille und der Entstehung von Gebärmutterkrebs bei den Nehmerinnen.

sind die alle nicht

Minipille



Sie enthält nur Gestagen; die theoretische Versagerquote ist 1-1,5 %, in der praktischen Anwendung jedoch 5-10 %. Die Minipille muß jeden Tag um die gleiche Zeit eingenommen werden.

Über die Nebenwirkungen der Minipille ist weit weniger bekannt, als über die der Kombinationspräparate. Sicher auch, weil sie wegen ihrer relativ großen Versagerquote seltener verschrieben wird. Da seit einiger Zeit bekannt ist, daß Gestagene im Körper auch in Östrogene umgewandelt werden können, kann man, wie viele Ärzte das tun, die Minipille auch nicht als „Alternative" zu Kombinationspräparaten mit Östrogenen sehen, denn es sind alle Nebenwirkungen des Östrogens auch hier zumindest möglich.

Zum anderen ist noch nicht bekannt, welche Nebenwirkungen der Kombinationspräparate auf das Östrogen und welche auf das Gestagen zurückzuführen sind. Daher kann man sich bei der Minipille auf Überraschungen gefaßt machen. Mit folgenden Nebenwirkungen muß frau aber jedenfalls rechnen:

- Akne, fettige Haut;
- verstärkte Gesichtsbehaarung, Glatzenbildung;
- Gewichtszunahme:
- Brustverkleinerung;
- größere Anfälligkeit für Pilzerkrankungen;
- Veränderungen in der Kohlenhydrattoleranz und erhöhter Cholesterinspiegel;
- Müdigkeit, verringerter Sexualtrieb (!), Depressionen;
- Durchbruchblutungen, unregelmäßige Blutungen, Ausbleiben der Regel;
- Verursacht möglicherweise Lebertumore ;
- Verursacht möglicherweise Eierstockzysten;

Bei Einnahme der Minipille kommt es zu einer stark erhöhten Zahl von Eileiterschwangerschaften. Wie dies zu erklären ist, weiß man noch nicht genau, man nimmt aber an, daß das Gestagen die Geschwindigkeit des Eitransports im Eileiter herabsetzt, so daß sich das Ei u.U. schon im Eileiter einnistet.

Das ist besonders gefährlich, weil Eileiterschwangerschaften schwerer feststellbar sind. Wenn bei einer bestehenden Schwangerschaft die Gestagene jedoch weiterhin genommen werden, kann es zu Mißbildungen beim Embryo kommen (z.B. hat man bei weiblichen Kindern, die im Mutterleib Gestagen ausgesetzt waren, vermännlichte Geschlechtsorgane gefunden: Klitoris und Schamlippen waren stark vergrößert und ähnelten Hoden.)

Tübinger § 218-Gruppe

Die Minipille	
Wirksubstanz: (nur Gestagene!)	Handelsname
Lynestrenol 35 Tabl. a 0,5 mg	Exlutona (Organon)
Norethisteron 35 Tabl. a 0,35 mg	Conceplan Micro (Grünenthal)
	Micronovum (Cilag)
Levonorgestrel 35 Tabl. a 0,03 mg	Microlut (Schering)
	Mikro-30 (Wyeth)

Von welcher Pille auf welche andere umsteigen?

An dieser Tabelle ist zu ersehen, bei welchen Nebenwirkungen das Verhältnis von Östrogenen und Gestagenen geändert werden sollte. Unsere grundsätzlichen Einwände gegen jegliche Einnahme der Pille kennt ihr. Wir wollten den Pillennehmerinnen unter euch aber diese Informationen nicht vorenthalten!

Nebenwirkung	wahrscheinliche Ursache	Wechsel auf
Libidoverlust	zuviel Gestagen	gestagenärmeres Präparat (Nortestosterone bevorzugen?)
Mastopathie, Spannen in der Brust	zuviel Östrogen	östrogenärmeres Präparat
Müdigkeit	zuviel Gestagen	gestagenärmeres Präparat
Myohyperplasie	zuviel Östrogen	östrogenärmeres Präparat
Ödeme	zuviel Östrogen	östrogenärmeres Präparat
Pseudo Amenorrhoe („silent menstruation")	zuwenig Östrogen	östrogenreicheres Präparat
Schmierblutung mitten im Zyklus	zuwenig Östrogen	östrogenreicheres Präparat
Übelkeit	zuviel Östrogen	östrogenärmeres Präparat
Varikosis „schwere Beine"	zuviel Östrogen	östrogenärmeres Präparat
Akne	Nortestosteroneffekt	Präparat ohne Nortestosteronanteil
Ausfluß, schleimiger	zuviel Östrogen	östrogenärmeres Präparat
Blutung zu stark	2-Phasen-Präparat (Gestagenmangel)	Kombinationspräparat mit reichlich Gestagen

Nebenwirkung	wahrscheinliche Ursache	Wechsel auf
Blutung zu schwach	zuwenig Östrogen	östrogenreicheres Mittel, evtl. 2-Phasen-Präparat
Chloasma	zuviel Östrogen (Nortestosteron?)	östrogenärmeres Präparat (nortestosteronfrei)
depressive Verstimmungen	zuviel Gestagen	gestagenärmeres Präparat
Durchbruchsblutungen	zuwenig Östrogen	östrogenreicheres Präparat
Gewichtszunahme, langsame (zu viel Appetit)	zuviel Gestagen	gestagenärmeres Präparat
Gewichtszunahme rasche	zuviel Östrogen	östrogenärmeres Präparat
Hitzewallungen	zuwenig Östrogen (zuviel Gestagen)	östrogenreicheres Präparat (gestagenärmeres Präparat)
Hypertrichosis	Nortestosteronanteil	nortestosteronfreies Präparat (mehr Östrogene)
Kohabitations beschwerden, trockene Vagina	zuwenig Östrogen	östrogenreicheres Präparat, evtl. 2-Phasen-Präparat

Quelle: Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 65, 1976. Dort könnt ihr ebenfalls eine Tabelle finden, welche Laboruntersuchungen durch die Pille wie beeinflußt werden...

ANDROCUR *Hormone schon für Mädchen*

Durch den Brief einer Frau erfuhren wir von Androcur (Cyproteronacetat): ein Hormonpräparat, das die Produktion von Sexualhormonen (Androgene) hemmt bzw. einstellt. Der Höhe der Dosis entsprechend wird dadurch die Lust auf Sexualität und die Potenz verringert bzw. eingestellt. Man spricht auch von „chemischer Kastration". Der Anwendungsbereich bezog sich von daher vor allem auf Sexualdelinquenten (Triebverbrecher). Dieses „von Männern für Männer" entwickelte Medikament wurde 1963 in der Schweiz und in der BRD auf den Markt geworfen.

Was für die Herstellerfirma zum Problem hätte werden können, der in erster Linie auf Sexualdelinquenten begrenzte Absatzmarkt, konnte gelöst werden. In reibungsloser Zusammenarbeit mit Medizinern hat es die Pharmaindustrie von jeher verstanden, sich den Absatzmarkt „Frau" zunutze zu machen. So auch im Falle Androcur; nur eins ist neu: nicht nur Frauen, sondern auch Mädchen sind vor Androcur nicht mehr sicher.

Zu erwähnen ist noch, daß Androcur ebenso aggressionshemmend, beruhigend, dämpfend wirkt wie Psychopharmaka. Hier einige Beispiele in verkürzter Form. Sie sprechen für sich:

„Frau Hambach-Uldall, praktizierende Ärztin in Flensburg, berichtete... über die Hormonbehandlung von 4 Mädchen, im Alter zwischen 2.1/2 bis 18 Jahren...

„Die erste Patientin war ein gesundes sechsjähriges Mädchen, welches mir von der Mutter in die Sprechstunde gebracht wurde, weil das Kind bis zu dreimal täglich in aller Unbefangenheit .. bis zum Orgasmus onanierte... Das Kind wurde fünf Wochen lang mit 50 mg Cyproteronacetat behandelt. Bereits am zweiten Tag hörte das Masturbieren auf. Es schien zunächst vergessen. Als die Mutter 14 Tage später einmal versehentlich die halbe Tablette zu geben vergaß, fand sie noch am gleichen Tag das Kind onanierend im Kinderzimmer. Die Weitergabe des Medikaments brachte weiterhin den guten Behandlungserfolg... Während der Behandlungszeit hat das Mädchen 4 kg zugenommen...

Der dritte Fall betraf wiederum ein sechsjähriges Mädchen, das ebenso wie vorhin beschrieben, mehrmals täglich im Kindergarten oder im Kreise der Familie bis zum Orgasmus onanierte... In diesem Fall half das Cyproteronacetat nicht. Vielmehr meldete die Mutter, daß das Kind häufiger denn je onanierte, möglicherweise aber weniger intensiv, oder wie ein vergebliches Bemühen. Die 50 mg Cyproteronacetat/die wurden nach zehn Tagen auf Bitten der Mutter hin abgesetzt...

Die vierte Patientin war erst 2.1/2 Jahre alt und wurde wegen der gleichen Störung von der Mutter in meine Sprechstunde gebracht, also wegen täglichen mehrmaligen Onanierens bis zum Orgasmus... Das Kind erhielt etwa 10 Tage 50 mg Cyproteronacetat/die, ohne daß eine Besserung eintrat..." („Schering Symposium", S. 127, zitiert nach Sigusch (Hrsg.), Therapie sexueller Störungen, 1975, S. 210 f.)

Auch von medizinischer Seite wird bezüglich der Behandlung der Mädchen Kritik vorgebracht, „da das Hormonpräparat nicht vor dem abgeschlossenen Knochenwachstum und bei Frauen... nicht vor und während der Geschlechtsreife verabreicht werden darf." (Sigusch, S. 211).

Was die Beispiele jedoch deutlich zeigen, ist die Tatsache, wie jeglicher Ansatz zu einer eigenen Sexualität bereits in frühem Alter massiv unterbunden wird. Es ist bekannt, daß durch die Entfernung der Klitoris in mehreren arabischen und afrikanischen Ländern heute noch, und in den USA bis 1948, jegliche sexuelle Regung von Mädchen bereits im Keim erstickt werden soll und sollte. Bei uns, so scheint es, werden zum gleichen Zweck subtilere Methoden, nämlich Medikamente, bevorzugt.

Hüten wir uns und unsere Töchter vor Androcur und ähnlichem!

aus: Clio Aug./Sept. 1976

TRIQUILAR *Meinem Typ angepaßt?*

Ich nahm seit meinem 18. Lebensjahr mit den angeratenen regelmäßigen Unterbrechungen zuerst „Eugynon", das mir meine Mutter zum 17. Geburtstag ohne vorherige Befragung eines Frauenarztes schenkte, dann circa sechs Jahre „Ovanon 22". Vor zwei Jahren begannen dann die bei den meisten Frauen, welche die Pille nehmen, auftretenden Veränderungen in der Zusammensetzung des Schleims der Gebärmutter, damit also auch leichte Infektionen. Die Zäpfchen, die ich daraufhin einführen sollte, fand ich zwar eklig, doch diesen Preis bezahlte ich noch für ein unbeschwertes Liebesleben.

Aus bislang noch ungeklärten Gründen bekam ich dann vor einem halben Jahr Pubertierungsgefühle der unangenehmen Art, nämlich Spannungen und Berührungsschmerzen in den Brüsten. Außerdem stellte ich mit Überraschung fest, daß meine Brüste zu wachsen begannen. Wenn frau jahrelang mit einem kleinen Busen versehen ist und stellt plötzlich ein Wachstum fest, bei dem sie nicht weiß, wann es aufhört, so ist dies gleichzeitig vergnüglich und verunsichernd. Ich renne also gleich zu „meinem" Frauenarzt, zu dem ich bis dahin ein vorsichtiges Vertrauen hatte. Der rät mir (Nov. 1979), auf eine andere Pille, nämlich „Triquilar", umzusteigen. Als ich Bedenken äußere, das altvertraute Ovanon gegen etwas Neues, Unbekanntes einzutauschen, zieht er eine Liste hervor, aus der ersichtlich ist, daß „Triquilar" sowohl weniger Gestagen als auch weniger Östrogen (bzw. Levonorgestrel und Ethinylestradiol) enthält als „Ovanon". In dem Bestreben, möglichst wenig Hormone und Schadstoffe zu mir zu nehmen, und auf die Versicherung des Arztes, daß dieses Präparat meinem Frauentyp besser angepaßt sei, lege ich meine Bedenken beiseite und verlasse mit einer „geschenkten" Dreierpackung seine Praxis. Zuhause angekommen neh-

me ich mir das beiligende Informationsblatt vor und lese folgendes:
Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: „Vereinzelt kann es zu Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, zur Beeinflussung des Körpergewichts und des Geschlechtstriebes sowie zu depressiven Verstimmungen kommen. Nach Langzeitanwendung treten gelegentlich bei besonders dafür empfänglichen Frauen bräunliche Flecken im Gesicht auf..."

Als Gründe für das sofortige Absetzen von „Triquilar" gelten „erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen (...), erste Anzeichen von Venenentzündungen mit Blutgerinnselbildung (...), stechende Schmerzen beim Atmen oder Husten unklarer Ursache, Schmerz- und Engegefühl im Brustraum..." (Schering-Arzneimittel, Ergebnisse verantwortungsbewußter Forschung).

Natürlich bin ich zunächst einmal geschockt, denn auch wenn ich über den schädlichen Einfluß, den die Pille auf den ganzen Körper ausübt, schon viel gehört und gelesen hatte, so doch nie in so komprimierter Form, zumal ich das Zeug jetzt auch nehmen soll. Doch dann denke ich mir, wenn „Triquilar", wie ich es auf der Liste beim Frauenarzt gesehen hatte, weniger Gestagen und Östrogen enthält als „Ovanon", auf dessen Begleitzettel die Anhäufung schädlicher Begleiterscheinungen wesentlich weniger kenntlich gemacht ist (bzw. vor sechs Jahren, als ich mit „Ovanon" begann, überhaupt noch nicht klar ersichtlich war), und bei dessen Einnahme ich kaum negative Nebenwirkungen bemerkt hatte, so kann diese Diskrepanz zwischen den Pillenzutaten und der Beschreibung ihrer Auswirkungen nur durch eine größere Gewissenhaftigkeit des Verfassers des Triquilarzettels zu erklären sein und nicht durch schlimmere Begleiterscheinungen bei „Triquilar". Außerdem hatte ich gelesen, daß ein Zwei- bzw. Dreiphasenpräparat wie „Triquilar" wenn auch weniger Sicherheit, so doch auch weniger Schädlichkeit mit sich bringt als ein Einphasenpräparat wie „Ovanon". Diese Gedanken beruhigen mich soweit, daß ich das Zeug in die Tasche stecke und mich frohgemut in den Urlaub begebe.

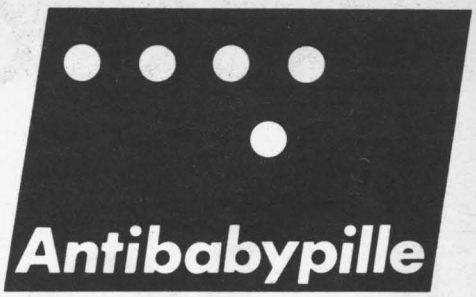
Als es nun soweit ist, daß ich mit der neuen Pille beginne, bin ich für ein paar Tage zu Besuch bei meinem älteren Bruder, bei dem ich mich eigentlich wohlfühle, doch haben wir unser altes Konkurrenzverhalten noch nicht ganz aufgegeben, so daß ich mich doch meiner Haut bzw. Meinung ganz schön wehren muß. Unter der Einwirkung von „Triquilar" führt es dazu, daß ich übelgelaunt bin und am letzten Tag (d.h. nach vier Tagen „Triquilar") meinen Mund kaum noch aufkriege. Auch mein Bruder stellt fest, daß er mich in so einer Stimmung überhaupt nicht kennt. Am nächsten Morgen fahre ich mit dem Bus weg. Während der zweistündigen Fahrt muß ich mit Tränen kämpfen, die sich zu einem festen Knoten in meinem Hals zusammenschnüren. Irgendwie dämmert es mir, daß ein Zusammenhang zur Pille bestehen muß, doch bin ich mehr geneigt, die Schuld bei mir selber zu suchen, und überhaupt ist mir eigentlich nur nach einem 1000jährigen Dauerschlaf in einem Erdloch zumute. Als in den nächsten Tagen die Depression dann langsam nachläßt, beschließe ich dennoch, die Pille weiterhin zu nehmen, denn unter den Gründen für das sofortige Absetzen von „Triquilar" sind Depressionen nicht aufgeführt. Und außerdem sollen ja auch beim nächsten Mal die Nebenwirkungen nachlassen. Dummerweise war mein Vertrauen in Ärzte und Medizin größer als in meine eigenen Gefühle.

Doch beim nächsten Mal wird es noch schlimmer. Nach einer siebentägigen Pause beginne ich wieder mit der Einnahme von „Triquilar", und damit beginnen auch wieder die Depressionen. Ich finde es immer schwieriger, Entscheidungen zu treffen – seien sie eigentlich auch banal –, muß mit Tränen kämpfen und würde am liebsten keiner Menschenseele begegnen. Am Abend des vierten Tages, einem Tag, der eigentlich Erfolg gebracht hat, bekomme ich einen Heulkrampf und sitze dann stundenlang bewegungs- und gedankenlos auf meinem Bett. Im Erfolg sehe ich einen Mißerfolg. Am liebsten wäre ich tot; und könnte ich mich bewegen, würde ich wohl auch etwas dahingehend unternehmen. Ich habe Hunger und Durst und bekomme nichts hinunter. Die Nacht kriege ich mit weiteren Weinkrämpfen und unter der Unterstützung meines Freundes rum, der mir, die ich nicht in der Lage bin, irgendetwas zu entscheiden, die Pille wegnimmt.

Am nächsten Morgen fühle ich mich wie zerschlagen. Ich tu automatisch, was man mir sagt, und wundere mich doch bei jedem Schritt, daß ich nicht auf der Stelle tot umfalle.

Allmählich, gegen Abend, läßt die Wirkung von diesem Teufelszeug endlich nach. Ich kann langsam wieder fühlen und denken. Plötzlich muß ich lachen, und damit ist die Wirkung von „Triquilar" endlich wie weggeblasen.

Britta Arste



Aus der Sicht des Freundes

Erfahrungen mit Psychopharmaka habe ich in der Psychiatrie gemacht, wo ich viele Frauen und Männer, etikettiert als „Depressive", kennengelernt habe. Nicht wenige, die weitaus geringere (wenn auch länger anhaltende) Symptome als meine Freundin B. hatten, haben Selbstmordversuche angekündigt, versucht oder gar „erfolgreich" abgeschlossen.

Als ich B's irrsinnige Angst bemerkte und ihre zerstörerischen Gedanken und Äußerungen wahrnahm, war ich nicht nur entsetzt von der Horrorwirkung von „Triquilar", sondern auch vor meinem eigenen inkonsequenten Verhalten. Es ist schizophren, alle Welt vor den möglichen negativen Wirkungen chemischer Präparate zu warnen, die „eigene" Freundin jedoch nicht nachdrücklich in die Warnungen mit einzubeziehen. Wenn es mir als „Fach"-Mann noch einigermaßen leicht fiel, die Gefahr abzuwenden und B. aufzufangen: nicht jede gefährdete Frau ist in dieser relativ „günstigen" Situation.

Kurzschlußreaktionen werden durch solcherlei Pillen wie „Triquilar" geradezu hervorgerufen; nicht nur ein medizinischer Laie könnte versucht sein, einen Menschen mit diesen Symptomen zu dessen eigener Sicherheit vor selbstzerstörerischen Tendenzen in eine geschlossene Station in der Psychiatrie zu verfrachten.

Ich appelliere als nunmehr verantwortungsbewußterer Mann an die Courage lesenden Männer, in diesem Bereich Frauen mal ausnahmsweise nicht alleine die Initiative zu überlassen, was doch so bequem ist. Mitschuldig macht sich auch derjenige, der tatenlos zuschaut, wie andere, z.B. Frauen – damit auch die „eigene" Frau oder Freundin, Tochter oder Schwester – kaputtgemacht werden. Ja, auch Du, der Du das liest und (noch) nichts tust.

Peter Lehmann

Der Tod

Eine akademische

Ob der Tod der 28jährigen Anita Lindström durch die Pille Anovlar herbeigeführt worden ist, darüber hatte das Tinggericht in Stockholm zu urteilen.

A. Lindström hatte die Antibabypille Anovlar vier Jahre lang regelmäßig eingenommen. Am 3.12.1968 war sie plötzlich zusammengebrochen und wurde mit lallender Sprache und Lähmungserscheinungen ins Krankenhaus eingeliefert. Dort starb sie am 10.12.

Der Anwalt verklagte die Firma Schering AG als Hersteller von Anovlar im Namen der Hinterbliebenen auf Schadensersatz: für die beiden Kinder der Toten eine jährliche Rente von DM 2.150,– bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Dieser Prozeß ist ein Testfall in einer Reihe von ähnlichen Verfahren gegen vier weitere internationale renommierte Pillenproduzenten: gegen Astra und Pharmacia aus Schweden, Searle aus England und Organon aus Holland, in denen derselbe Anwalt 25 pillengeschädigte Frauen vertritt... Darunter sind die Angehörigen von zehn Frauen, die die Pille eingenommen hatten und gestorben sind. Die anderen erlitten schwere Gesundheitsschäden, Lähmungen und Sehstörungen.

Von dem schwedischen Arzneimittelunternehmen Recip erstritt er bereits 1975 einen Millionenbetrag für fünf pillengeschädigte Frauen. Dieser Vergleich fand an Stelle eines Prozesses statt, weil es – so der Recip-Direktor – „billiger ist, von vornherein Schadensersatz zu zahlen als einen Prozeß zu führen". Über eine ähnliche Einigung war vor kurzem im Berliner Tagesspiegel berichtet worden. 13 Frauen, die durch die Antibabypille an Sprachschwierigkeiten litten, erhielten rund DM 215.000 Schadensersatz. Diese außergerichtliche Regelung hat den Vorteil für die Hersteller, daß das Pillenpräparat weiter im Handel bleibt.

In dem Verfahren gegen Schering ist das Urteil vom 16.10.1979 im wesentlichen von der zweiten Instanz bekräftigt worden. Da Revision beim Höchsten Schwedischen Gericht eingelegt worden ist, ist das Verfahren rechtskräftig noch nicht abgeschlossen. Ob der Revision überhaupt stattgegeben wird, soll im Frühjahr dieses Jahres bekanntgegeben werden.

Courage dokumentiert hier die Urteilsbegründung, die der Argumentation der Schering AG gefolgt ist, nach der der Tod von Anita Lindström „ein seltenes Vorkommnis" sei, das nicht auf die Einnahme der Pille Anovlar ursächlich zurückzuführen ist.

Der Streit über die Todesursache von A. Lindström

Die Kläger (der Vater und die beiden Söhne der Toten): „Die Todesursache war ein Verschluß der rechten mittleren Hirnschlagader, der mit großer Wahrscheinlichkeit durch einen dort gebildeten Thrombus hervorgerufen wurde. Der Infarkt der linken Großhirnhälfte war eine sekundäre Folge des Infarkts der rechten Großhirnhälfte. Alternativ hierzu wurde als Ursache der beiden Infarkte ein Embolismus genannt, d.h. Wanderung kleiner Blutpfropfen von einer nicht nachzuweisenden Stelle zu den Hirnschlagadern. Der Thrombus ist auf die Einnahme von Anovlar zurückzuführen.

Seit 1962 versah die Beklagte (Schering) das Werbematerial für diese Pillen mit dem Vermerk, daß sie Frauen, die früher an Thrombose oder Embolie er-

Sprachschwierigkeiten durch Pille

Stockholm (dpa). Ein schwedisches Arzneimittelunternehmen (Kabi/Vitrum) hat 13 Frauen zusammen umgerechnet rund 215 000 DM Schadensersatz gezahlt, die nach Einnahme von Antibabypillen unter Sprachschwierigkeiten litten. Der außergerichtliche Vergleich wurde nach längeren geheimgehaltenen Gesprächen zwischen den Rechtsvertretern beider Beteiligten in Stockholm erzielt. Der Rechtsanwalt der Frauen weigerte sich, weitere Auskünfte zu geben. Nach Angaben des schwedischen Fernsehens wäre ein Prozeß für den Hersteller wesentlich teurer geworden. Das Mittel, das über einen beträchtlichen Marktanteil in Schweden verfügt, ist nach wie vor im Handel.

Frage ?

krankt waren, nicht verschrieben werden sollten, bis geklärt sei, ob zwischen der Pilleneinnahme und der Entstehung von Thrombosen ein Ursachenzusammenhang bestehe.

Seit 1963 aber fing Schering an, einen solchen Ursachenzusammenhang zu bestreiten. In einem an schwedische Frauenärzte verteilten Zusatzblatt wird zwar nach wie vor vor einer Verschreibung an Frauen, die schon Thrombose oder Embolie hatten, gewarnt, aber dort heißt es auch: „Weder statistische Erhebungen noch wissenschaftliche Untersuchungen ergeben eine Verbindung zwischen einer Verschreibung von Anovlar und einer Thrombose. Diese Behauptung ist falsch oder wenigstens irreführend. Gegenteilige Statistiken oder wissenschaftliche Untersuchungen gab es nicht. In dem seit dem 5. Juni 1964 ausgegebenen Werbematerial fehlt eine solche Warnung gänzlich, obwohl es damals bereits Untersuchungen gab, in denen man einen Ursachenzusammenhang vermutete. In dem am 23. Mai 1966 ausgegebenen Werbematerial heißt es: „Bisher sprechen sowohl statistische Berechnungen als auch wissenschaftliche Untersuchungen gegen eine erhöhte Thrombosegefahr in Verbindung mit der Einnahme von Anovlar Mite." Diese Behauptung entbehrt jeglicher Grundlage. Im übrigen enthalten die Rundschreiben an die schwedischen Ärzte nur noch sporadische Verweise auf die erhöhten Risiken bei Patientinnen, die thrombosegefährdet sind. Und die an die Allgemeinheit gerichteten Informationen enthalten lediglich Aussagen wie, daß die Präparate im allgemeinen „gut vertragen" werden.

Die Beklagte: Schering bestreitet nicht, daß es Statistiken gibt, die eine Verbindung zwischen der Einnahme von Antibabypillen und erhöhter Thrombosegefahr aufzeigen. Zwar ist es an und für sich richtig, daß der Östrogengehalt eine gewisse Veränderung der Viskosität des Blutes herbeiführt, jedoch geschieht dies erst bei der Einnahme grosser Mengen. Die geringe Dosierung in der Pille ist bedeutungslos in Verbindung mit der Entstehung von Thrombose. Schering bestreitet, daß der Östrogengehalt Gefäßschäden verursacht.

Im Vortrag der Sachverständigen ging es überwiegend darum herauszufinden, welche Ursache für den Infarkt, an dem A. Lindström immerhin gestorben ist, wahrscheinlicher ist: ob eine Thrombose oder ein Embolismus die Todesursache war.

Das liest sich wie ein akademischer Streit um die richtige Theorie, von dessen Klärung jedoch der Ausgang des Prozesses entschieden wurde. Bei Embolismus, worauf Schering bestand, entsteht plötzlich ein Blutgerinnsel, bei der Thrombose entwickelt sich das Blutgerinnsel allmählich. Dafür hätten im Körper der Toten Anzeichen vorhanden sein müssen.

Da der Pathologe, der die Todesursache von A. Lindström bescheinigte, sich gewöhnlich nicht die Mühe macht, die verschiedenen Ursachen für bestimmte Herzinfarkttheorien zu erforschen, fehlten im Prozeß einfach Informationen, die von sehr großer Bedeutung gewesen wären. Hinzu kommt, daß die Nieren, an denen sich nachträglich noch die Ursachen hätten feststellen lassen, nicht mehr untersucht werden konnten, weil sie zu Transplantationszwecken entfernt worden waren – ein in Schweden eher übliches Verfahren.

Es hat eher den Anschein, daß der Unterschied zwischen Embolismus und

Stockholmer Schering-Prozeß

Thrombosebildung selber ein Artefakt ist, mit dem es unmöglich wird, die Ursache des Todes eindeutig zu klären.

Die wichtigsten Argumente der Sachverständigen zu den Positionen von Kläger und Beklagter werden hier wiedergegeben, wie sie in der Urteilsbegründung des Tinggerichtes zusammengefaßt werden.

Die Kläger machen geltend, daß die Umstände, unter denen Anita Lindström erkrankt ist, und die klinischen Befunde der Embolietheorie widersprechen. Weiterhin sind die pathologischen Beobachtungen sehr wohl mit der Vermutung in Einklang zu bringen, daß Hirnthrombose der auslösende Grund war.

- Die Untersuchung hat ergeben, daß der akute Krankheitsverlauf nur einige Minuten dauerte.
- Die Professoren E.A.-U. und J.D. vertreten beide die Ansicht, daß Anita Lindström eine Hirnthrombose erlitt. Vor dem Hintergrund der äußeren Umstände ihrer Erkrankung haben sie betont, daß eine Thrombose graduell, während eine Embolie sehr schnell verläuft.
- Das Gericht ist der Ansicht, daß nicht eindeutig zu entscheiden ist, ob Frau Lindström an einer Hirnthrombose oder einer Embolie erkrankt ist.

Sollte man nicht zu dem Schluß kommen, daß eine Thrombose in der rechten mittleren Hirnschlagader mit großer Wahrscheinlichkeit die Todesursache war, sondern eine Embolie, deren Ursache unbekannt ist, machen die Kläger geltend, daß eine Embolie lediglich eine mobilisierte Thrombose ist. Die Herkunft der Embolie muß aus Mangel an anderen Erklärungen Frau Lindströms Pilleneinnahme zugeschrieben werden.

Die Beklagte stützt ihre Behauptung, Anita Lindström sei infolge einer Embolie unbekannter Ursache verstorben, führt darüberhinaus an: Die Symptome, die bei einer Embolie in einer Hirnschlagader entstehen, sind auf Umstände zurückzuführen, die sich nachträglich nicht feststellen lassen – besonders die Lokalisierung der Blutpfropfen und die Grösse des Gebiets, das nicht mit Blut versorgt wurde. Daß Anita Lindström laut Krankenbericht bereits am 5. Dezember 1968 auf beiden Seiten Babinskische Zeichen aufwies, spricht für die Behauptung der Beklagten.

Zwar ist es richtig, daß eine Embolie normalerweise auch zu Blutpfropfen in der Milz und in den Nieren führt. Die Beklagte kann jedoch nicht mit Gewißheit sagen, ob eine genaue Untersuchung der Milz vorgenommen wurde, die das Vorhandensein von Blutpfropfen ausschließt. Die Nieren konnten nicht untersucht werden, da sie bereits zu Transplantationszwecken entfernt waren. Nicht bekannt ist, ob sie hierfür auch verwendet wurden.

Gerichtsurteil (Zusammenfassung)

Obwohl die klinischen Befunde die Ansicht der Sachverständigen – Anita Lindström sei an den Folgen einer Embolie gestorben – gewissermaßen in Frage stellen, so reichen sie nicht aus, sie zu widerlegen, zumal sie durch keine pathologischen Befunde bekräftigt werden.

Weiter wird darauf hingewiesen, daß allerdings eine eingehende pathologische Untersuchung auch nicht stattgefunden hat.

Der Pathologe bekräftigt also nur die bereits als Todesursache angegebene Diagnose.

Darüberhinaus wird im Urteil ausdrücklich darauf hingewiesen, daß „die Ursache von Embolien, die einen Hirninfarkt auslösen, trotz sehr genauer Untersuchung häufig nicht lokalisierbar sind".

Das Gericht muß daher davon ausgehen, daß die Infarktursache eine Embolie war.

Wie bereits erwähnt, macht das Sachverständigengutachten geltend, daß die Ursache der Embolie unbekannt ist, aber in erster Linie in der – seinerzeit nicht hinreichend untersuchten – linken Herzseite zu suchen wäre.

Die Kläger führen zugunsten ihrer Behauptung – auch eine solche Embolie werde durch die Pilleneinnahme verursacht – an, daß Anita Lindström vor der akuten Erkrankung völlig gesund gewesen sei. Außerdem verweisen sie auf eine Äußerung A.-U.s, derzufolge die Frage, ob Anita Lindström infolge einer Hirnthrombose oder einer Embolie starb, eine „akademische Frage" ist.

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes von Frau Lindström vor der akuten Erkrankung wurde im Sachverständigengutachten geäußert, daß besonders junge Menschen unterschiedliche Herzerkrankungen aufweisen. Auch die Kläger machten eine solche Aussage.

Das Gericht ist daher der Ansicht, daß aus der Tatsache, daß Frau Lindström vor der akuten Erkrankung keine äußeren Anzeichen einer Krankheit zeigte, keine Schlußfolgerungen gezogen werden können.

Die von den Klägern eingebrachten statistischen Untersuchungen hinsichtlich einer Verbindung zwischen der Pilleneinnahme und thromboembolischen Krankheiten verweisen auf Krankheiten teils allgemeiner Art, teils besonderer Art, wie Venenthrombosen, Lungenembolien, Hirnthrombosen und Thrombosen der Herzkranzgefäße. Keine der Untersuchungen beschäftigt sich ausdrücklich mit einer vermeintlichen Verbindung zwischen der Pilleneinnahme und einer Hirnembolie. Es darf zwar angenommen werden, daß sich unter den als Hirnthrombosen bezeichneten Fällen in Wirklichkeit auch Embolien befinden; doch die Schwierigkeiten bei der Erstellung einer sicheren Diagnose haben sich nicht zuletzt im Laufe der Verhandlungen gezeigt.

Die Untersuchungen erlauben jedoch keine Schlußfolgerung, derzufolge die Pille Embolien, ausgehend vom Herzen oder von einer sonstigen zentralen Quelle im arteriellen Gefäßsystem verursachen kann.

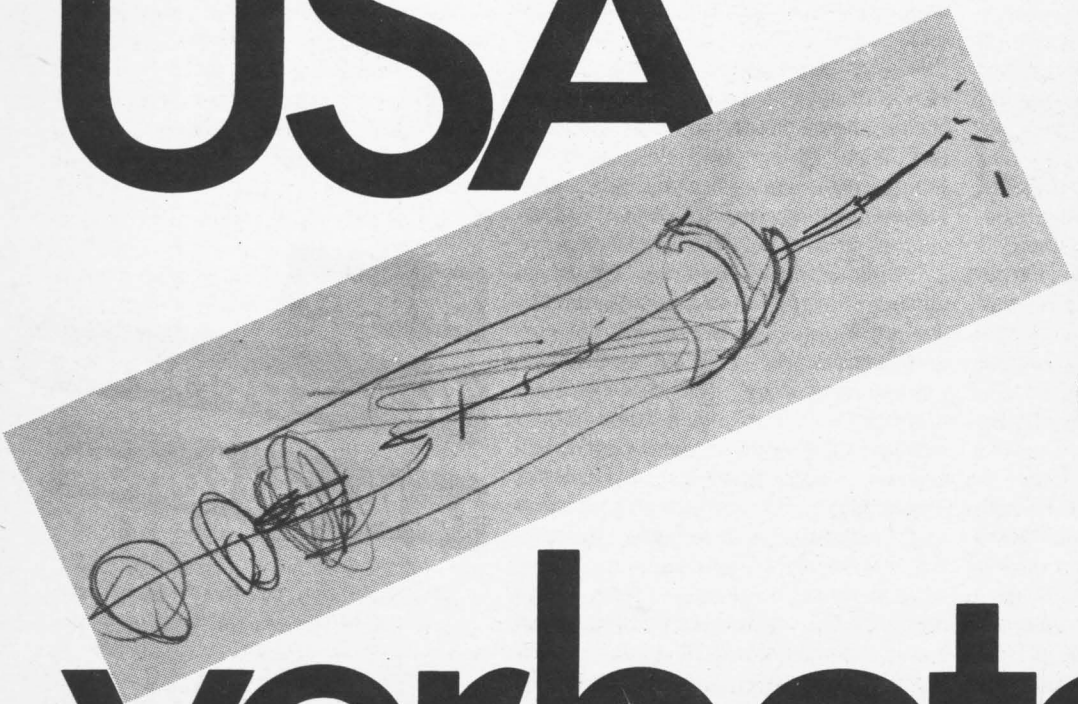
Was endlich die Behauptung der Kläger betrifft, die in der Pille enthaltene Östrogenkomponente beeinflusse im allgemeinen die Hämostase derart, daß thromboembolische Krankheiten dadurch gefördert werden, wurde im wesentlichen durch die Aussage von B.A. gestützt. A. hat angegeben, daß Untersuchungen in den letzten zehn Jahren ergeben haben, daß einige Frauen – etwa 4 % – zur Thrombose neigen, weil ihre Abwehr gegen eine Blutpfropfenbildung herabgesetzt ist. Davon ausgehend darf angenommen werden, daß eine Östrogenzufuhr in größeren Mengen bei solchen Frauen einen Blutpfropfen hervorrufen kann. Er fügte hinzu, daß Östrogene – Substanzen, wie sie in der fraglichen Pille enthalten sind – bei einer geringen Anzahl von Frauen Thrombose verursachen können. Diese Frauen weisen eine derart herabgesetzte Fibrinolysaktivität (Auflösungsfaktor) auf, daß auch eine geringe Steigerung des Gehalts an Koagulationsfaktoren (Gerinnungsfaktor) den gleichen Effekt haben könnte. Nur eine der statistischen Untersuchungen, auf die sich die Kläger berufen, bekräftigt die Behauptung, daß eine erhöhte Östrogendosierung erhöhte Thrombosegefahr zur Folge haben kann.

Das Gericht sieht es daher als nicht erwiesen an, daß Anita Lindström infolge der Pilleneinnahme erkrankt ist.

Aus dem Schwedischen von
Renate Schein

Die Dreimonatsspritze

In den USA bereits verboten



„Die Spritze", Dreimonatsspritze, Depo-Clinovir, Depo-Provera – dies sind die vier gebräuchlichsten Namen, unter denen die 3-Monatsspritze zur Empfängnisverhütung bekannt geworden ist. In der Bundesrepublik und Berlin (West) ist sie als Droge zur Empfängnisverhütung erlaubt, in den USA nur mit Einschränkung. Sie gilt dort als Versuchsdroge. Dort wird der Name „Depo-Provera" benutzt, bei uns ist die Bezeichnung Depo-Clinovir geläufiger. Eine weitere Verhütungsspritze, die die Firma Schering entwickelt hat, trägt den Namen Noristerat, ist jedoch weniger bekannt und verbreitet als Depo-Clinovir. Diese beiden chemischen Verhütungsmittel haben gemeinsam, daß sie aus künstlichen Gestagenen hergestellt werden und 1958 auf den Markt kamen. Die Nebenwirkungen sind ähnlich, obwohl jeweils andere Chemikalien benutzt werden. (Noristerat – Norethisteronönanthat). Deshalb und weil sich die meisten Untersuchungen auf Depo-Clinovir beziehen, beschränke ich mich hier auf die Darstellung und Beschreibung von Depo-Clinovir.

Was ist Depo-Clinovir

Der chemische Name lautet „Medroxprogesteronacetat". Da es ca. alle drei Monate verabreicht wird, wird oft nur von der „3-Monatsspritze" geredet. Soweit bekannt, wirkt es auf das Hypophysen-Hypothalamus-System (Hormonsteuerungssystem im Gehirn) und unterdrückt den Eisprung. Dies ist die

Version der amerikanischen Firma Upjohn, die die Droge herstellt. Es wird angenommen, daß die anfängliche Konzentration von Depo-Clinovir im Blut hoch genug ist, um eine Schockwirkung auf den Hypothalamus zu produzieren. Dieser Schock bewirkt eine Unterbrechung des Zyklus für drei Monate oder länger. Trotz der Versuche der Herstellungsfirma, negative Erkenntnisse über Depo-Clinovir zu verharmlosen, entsteht langsam mehr Öffentlichkeit darüber, daß Depo-Clinovir in Experimenten an Menschen und Tieren Veränderungen der Eierstöcke, der Gebärmutter, der Brüste, der Clitoris, des Blutes, von Drüsen und Gewebe in der Funktion oder in der Erscheinung gezeigt hat.

Es wird geschätzt, daß etwa 5 Millionen Frauen „die Spritze" im Verlauf der letzten 15 Jahre erhalten haben. Sie wird in mehr als 82 Ländern benutzt und verbreitet, denn nach Ansicht der Herstellerfirma handelt es sich bei Depo-Clinovir um ein relativ sicheres und wirksames Verhütungsmittel. Dagegen gab die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA 1978 eine Warnung aus, daß Depo-Clinovir nicht als normales Verhütungsmittel benutzt werden dürfe, daß es noch in der Erprobung stecke und der besonderen Zustimmung jeder Frau bedürfe, d.h. nach gründlichen Informationen über mögliche Nebenwirkungen die Unterschrift als Zeichen der Einwilligung. Eine Studie des Institutes für Medizinische Ethik in Los Angeles zeigte jedoch, daß 85 % der Frauen, die Depo-Clinovir bekamen, nichts von dieser Warnung wußten. Weniger als 5 % wußten von möglichen Risiken und Nebenwirkungen. Im März 1978 wies die amerikanische Gesundheitsbehörde den Antrag der Firma Upjohn auf Zulassung von Depo-Clinovir als Verhütungsmittel zurück, weil Versuche an Beagle-Hunden ein vermehrtes Auftreten von Brustkrebs zeigten. Da es jedoch als „begleitende Therapie und lindernde Behandlung von nicht mehr operierbaren Gebärmutterschleimhautkrebsen" erlaubt blieb, umgehen viele Ärzte und Ärztinnen die Entscheidung der amerikanischen Gesundheitsbehörde und verschreiben Depo-Clinovir weiterhin als Verhütungsmittel. Ähnlich verhält es sich in Großbritannien, wo Depo-Clinovir nicht als längerfristiges Verhütungsmittel zugelassen ist. 1976 wurden in Großbritannien 18.000 Rezepte über Depo-Clinovir eingelöst. 1977 waren es 33.000 und in den ersten sechs Monaten von 1978 19.000 Stück.

In der Bundesrepublik und Berlin (West) gibt es keine Beschränkungen für Depo-Clinovir

Umsatzzahlen für die Dreimonatsspritze in der BRD

Noristerat (Schering) 25.000 Packungen = 300.000 DM
Depo-Clinovir (Upjohn) 150.000 Packungen = 2 Mio. DM

Neben-wirkungen

Die am häufigsten genannte körperliche Nebenwirkung sind unregelmäßige Blutungen, die gering sein können (Schmierblutungen), die jedoch auch so stark sein können, daß Ausschabungen und Krankenhausaufenthalte nötig werden. In der Tom-Lane-Studie wird aus Los Angeles berichtet, daß die schwersten Blutungen auftraten, als die Frauen die Spritze absetzten. Eine Frau blutete länger als ein Jahr. Blutungen von 1-2monatiger Dauer waren nicht ungewöhnlich. Insgesamt 37 % der Frauen klagten über unregelmäßige Blutungen. 32 % der Frauen berichteten Gewichtsveränderungen und Wasseransammlungen im Körper. Besonders häufig wurden Depressionen (bei 43 %) und Gemütsschwankungen (34 %) genannt. Weitere Nebenwirkungen waren: Haarausfall, Anfälligkeit für Infektionen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Brustspannen, Verlust sexueller Bedürfnisse, Krämpfe, Hautausschlag, Hitzewellen, Haarwuchs im Gesicht.

Von den 74 befragten Frauen litten drei unter Eierstockzysten, drei hatten gut- oder bösartige Knoten in der Brust, eine hatte Brustkrebs. Eine Frau entwickelte eine Zyste an der Gebärmutter und ebenfalls bei einer Frau wurde Gebärmutterhalskrebs festgestellt. Da diese Studie sehr wenige Frauen umfaßt, kann sie nicht den Anspruch erheben, repräsentativ zu sein. Jedoch decken sich die Aussagen größtenteils mit Berichten von Frauen aus Großbritannien. Bei den Befunden „Brustknoten", „Brustkrebs" und „Gebärmutterhalskrebs" kann eingewandt werden, daß ihnen andere Ursachen zugrunde liegen könnten. Ich weiß nicht, wie lange die befragten Frauen Depo-Clinovir bekommen haben und in welchem Alter sie zur Zeit der Untersuchung waren, deshalb will ich die Ergebnisse nicht überbewerten, sondern sie als vorläufige Anhaltspunkte verstanden wissen.

Eine wichtige, häufig genannte Nebenwirkung bzw. Nachwirkung von Depo-Clinovir besteht in Unfruchtbarkeit über drei Monate hinaus und eventueller Sterilität.

Die Erfahrung mit der Pille, die jahrelang an Frauen ausprobiert worden ist, hat gezeigt, daß es wichtig ist, selbst auf Nebenwirkungen zu achten, anstatt Ärzten und Ärztinnen kurzsichtig abzunehmen, was sie von Pharmavertretern übernehmen. Wir kennen außerdem die Tendenz, daß die Erfahrungen von Frauen nicht ernst genommen werden, sondern als individuelle Verrücktheit beiseite gelegt werden. In Großbritannien gab ein Vertreter der Zulassungsbehörde von Medikamenten zu, daß die meisten negativen Berichte von Ärzten und Ärztinnen und Patientinnen nicht als Hinweise auf tatsächliche Nebenwirkungen ernstgenommen würden, sondern mit der Neuheit der Droge und den öffentlichen Informationen über mögliche Nebenwirkungen in Zusammenhang gebracht würden. Deshalb, Frauen – schickt Erfahrungsberichte an das FFGZ oder meldet Euch telefonisch!

Einige Tierexperimentelle Befunde

1. Depo-Clinovir bewirkte Brustkrebs bei Hunden mit hohen und niedrigen Dosen von Depo-Clinovir (7jährige Studie). Kaum bekannt ist, daß Leberkrebs bei niedrigen Dosen auftrat. Auffällig bei den Hunden und Rhesusaffen war die stark verringerte Widerstandskraft gebenüber Krankheiten und krebsverursachende Viren. Einige Hunde starben an Diabetis, die auf Depo-Clinovir zurückgeführt werden konnte. Innerhalb von 3,5 Jahren starben alle Hunde mit der hohen Dosis und die Hälfte mit der geringen Dosis an Entzündungen oder Krebs in der Gebärmutter.
2. Depo-Clinovir bewirkte Gebärmutterschleimhautkrebs bei Rhesusaffen (10jährige Studie). Diese Krankheit war nach bisherigen Erkenntnissen nie zuvor bei diesen Affen aufgetreten.

Upjohn informierte weder die amerikanische Gesundheitsbehörde noch Regierungen in anderen Ländern, daß bei den getesteten Affen anomale Wirbelsäulenverkrümmungen – teil-

weise in Verbindung mit Muskelschwund an den Beinen bei allen verabreichten Dosen auftraten. Bei allen Dosierungen traten verstärkt Knoten in der Brust auf.

3. Bei Frauen in Ägypten wurden Leberfunktionsschwächen festgestellt, nachdem sie Depo-Clinovir bekommen hatten.
4. Depo-Clinovir wird mit dem Risiko von Mißbildungen an Neugeborenen in Verbindung gebracht, wenn die Mütter während der Schwangerschaft mit dem Medikament in Kontakt gekommen sind.

Das Gefährliche an Depo-Clinovir ist, daß bestimmte Krebsarten – z.B. Gebärmutterschleimhautkrebs – erst nach 20 und mehr Jahren bei Frauen auftreten werden, die Depo-Clinovir im Alter von 20 Jahren bekommen haben, weil diese Krebsarten sich gewöhnlich erst nach der Menopause entwickeln. Deshalb wirkt eine Kurzstudie der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) und Upjohn an 22 Frauen aus Thailand, die Depo-Clinovir seit 8-13 Jahren bekommen hatten und keine krebsartigen Veränderungen zeigten, nicht beruhigend. Zumal etwa 50.000 Frauen die Spritze bekommen haben. Die Fragwürdigkeit dieser Studie wird selbst von Sprechern der WHO zugegeben. Dennoch unterstützt die WHO bisher die Verabreichung von Depo-Clinovir.

Erpressung mit Lebensmitteln

Die größte Menge Depo-Clinovirs wird in Ländern der 3. Welt vertrieben. Mit der Begründung, daß Nahrung und Platz für eine wachsende Weltbevölkerung nicht ausreiche, wird Depo-Clinovir in großem Stil eingesetzt und zwar so gut wie ohne Vor- und Nachuntersuchungen. Aus Thailand wurde bekannt, daß sogenannte „mobile Einheiten" bis zu 500 Frauen pro Morgen „versorgen". Dadurch bekommen auch Frauen Depo-Clinovir, die gerade schwanger geworden sind. Dabei ist bekannt, daß Depo-Clinovir zu der Kategorie von Medikamenten gehört, die Geburtsschäden bewirken kann. Das angebliche Bemühen von Bevölkerungsplanern, die Armut und die Not von Frauen zu beseitigen, kann aus mehreren Gründen als Propaganda eingestuft werden.

1. Wird Depo-Clinovir als Mittel gerade für „unmotivierte Frauen" verstanden. D.h., daß Frauen nicht freiwillig verhüten, weil die Kinder als Arbeitskräfte und Altersversorgung wichtig sind. Zur Beseitigung von Armut müßten strukturelle Veränderungen stattfinden, die den Reichtum gleichmäßiger verteilen. Stattdessen müssen Frauen, da Nahrung sowieso schon knapp ist, die Spritze sogar im Tausch gegen Nahrungsmittel in Kauf nehmen.
2. Upjohn gab 1976 vor einer Untersuchungskommission zu, von 1971-1976 über 4 Millionen Dollar Bestechungsgelder an Beschäftigte in ausländischen Regierungen gezahlt zu haben. Zum Teil werden Nahrungsmittelprogramme an den Aufbau einer Familienplanung und den Kauf von Depo-Clinovir geknüpft. Z.B. Weizenlieferungen werden von der Abnahme bestimmter Mengen Depo-Clinovir abhängig gemacht.

Durch die bevölkerungspolitischen Maßnahmen wird sichergestellt, daß die Ausbeutung der 3. Welt weitergehen kann, ohne daß das Potential der Armen zu bedrohlich wird. Gleichzeitig hat Upjohn hervorragende Absatzmärkte gefunden. Die Firma macht auch nicht vor stillenden Müttern halt. So lautet der Werbetext eines Plakates mit dem Bild einer stillenden Mutter in Kenia: „Now, when she most desires dependable contraception" – jetzt wenn sie sich zuverlässige Empfängnisverhütung am meisten wünscht. Es ist bekannt, daß die Konzentration von Depo-Clinovir in der Muttermilch ähnlich wie im Blut der Mutter ist. Die Schäden können äußerst schwerwiegend sein, schon aufgrund der Erfahrung mit gemischten Hormonpräparaten wie der Pille.

In Gesprächen mit Frauen in Berlin und Hamburg wurde deutlich, daß Depo-Clinovir vor allem Frauen aus ökonomisch schwachen Verhältnissen, z.B. Sozialhilfeempfängerinnen, Behinderten und Ausländerinnen gegeben wird, natürlich ohne die entsprechenden Informationen. Ebenso sieht es in Großbritannien und den USA aus. Depo-Clinovir stellt neben der Sterilisation eine Möglichkeit dar, bestimmte „unerwünschte" Bevölkerungsgruppen zu dezimieren, weil das Risiko dauernder Sterilität und schwerer gesundheitlicher Schädigung einkalkuliert wird. Ihnen wird die Kontrolle über ihre Fruchtbarkeit fast vollständig aus der Hand genommen.

Es gibt sicherlich Frauen, die sich aufgrund besonderer individueller Umstände trotz Informationen über mögliche Folgen für Depo-Clinovir als Verhütungsmittel entscheiden. Doch solange Depo-Clinovir nicht vollständig vom Markt verschwindet, bleiben zu viele Möglichkeiten, um Mißbrauch damit zu betreiben.

Wiederstand gegen Depo-Clinovir

Der Rassismus, der mit der Verbreitung von Depo-Clinovir verbunden ist, kommt in folgendem Beispiel zum Ausdruck: Der Arzt einer Familienplanungsklinik sagte zu den Bedenken einer Frau gegenüber der „Spritze": „Die angeblichen Nebenwirkungen der „Spritze" kommen nur bei weißen Frauen vor". In den USA, wo Depo-Clinovir hauptsächlich hergestellt wird, gehen Aktivitäten gegen Depo-Clinovir zum größten Teil von dem Nationalen Frauen Gesundheits-Netzwerk aus, das bisher erfolgreich verhindern konnte, daß Depo-Clinovir als Verhütungsmittel zugelassen wird. In den Ländern, wo Informationen über Nebenwirkungen eher geheimgehalten werden wie in der BRD, ist der Widerstand dementsprechend schwächer.

Es gibt auch Erfahrungen, wie die „Spritze" ohne Gegenkampagnen vom Markt verschwinden kann. In Bangladesh haben Frauen erhebliche Schwierigkeiten durch die unregelmäßigen Blutungen bzw. permanenten Schmierblutungen infolge der „Spritze". Der Hinduismus verbietet ihnen, während einer Blutung den Tempel zu betreten. Weil die meisten Frauen dies als untragbar empfanden, lehnten sie die „Spritze" ab. Von einer Frau aus Zimbabwe erfuhr ich, daß die Verbreitung der „Spritze" seit der Revolution eher zurückgehe, weil in der Bevölkerung genügend Mißtrauen gegenüber der westlichen Medizin vorhanden ist und weil Frauen sich mehr um traditionelle Verhütungsmethoden bemühten.

Brigitte Kramp

Wenn die Blut

„Als ich Duogynon verschrieben bekam, war ich 20 und mitten in der Lehre. Ich wohnte damals in C.. Am 40. Tag nach meiner letzten Regel war ich das erste Mal beim Frauenarzt. Er verschrieb mir Duogynon und ich nahm es ein.

Das war kurz vor dem großen Artikel im „Stern" über dieses Thema. Ich wußte nichts darüber.

Zwischen dem 50. und 60. Tag ging ich das zweite Mal zum Arzt. weil sich nichts tat. Er sagte, ich wäre nicht schwanger und ich solle in 2 bis 3 Wochen noch mal wiederkommen. Ich sagte ihm bei diesem Besuch, daß ich zu dieser Zeit kein Kind austragen könne. Ich war eigenartigerweise völlig beruhigt, mein Freund aber nicht.

Eine Woche später bin ich zu einer Frauenärztin gegangen und hörte, daß ich in der 10. Woche schwanger sei. Als ich ihr erzählte, von welchem Arzt ich kam, sagte sie, daß dieser Arzt jede Abtreibung ablehne und nur die Zeit hinausschieben wolle, bis es nicht mehr ginge. Wenn es nach diesem Arzt gegangen wäre, hätte ich wohl ein schwerbehindertes Kind zur Welt bringen sollen, mit 20 (!), ohne Ausbildung, ohne Geld oder Wohnung und allein!"

Es ist nicht zu fassen!

Schon wieder ein neuer Fall in Sachen Duogynon/Cumorit – Östro-Primolut.

In Österreich bekam Anfang 1982 eine junge Frau zum Nachweis ihrer Schwangerschaft Östro-Primolut von einem Wiener Chefarzt verschrieben. Dieser Arzt hätte laut Waschzettel erstmal eine Schwangerschaft durch mindestens zwei Urintests ausschließen müssen, die im Abstand von vier Wochen vor der Gabe von Östro-Primolut hätten gemacht werden müssen.

Diese Vorgehensweise wäre in der BRD inzwischen ein ärztlicher Kunstfehler, da sich die Pharma-Industrie durch Warnungen auf den Beipackzetteln vor Hormongaben in der Schwangerschaft neuerdings ihrer Verantwortung gegenüber der Schwangeren und dem ungeborenen Leben entzieht.

Heute wird Östro-Primolut – ebenso wie die in der Zwischenzeit vom Markte gezogenen Präparate Duogynon/Cumorit dann angewendet, wenn die Regelblutung ausbleibt (sekundäre Amenorrhöe) oder unregelmäßig ist. Aufgrund der Möglichkeit, mit Hilfe von Hormongaben eine Abbruchsblutung hervorzurufen, wurde früher Duogynon auch für die Feststellung einer vorhandenen Schwangerschaft eingesetzt.

Zum Glück war der Wienerin bekannt daß allein in der BRD mehr als 500 Eltern vermuten, daß die Mißbildungen ihrer Kinder oder Fehlgeburten auf die Einnahme von Duogynon-Dragees oder auf eine Duogynon-Spritze als Schwangerschaftstest zurückzuführen sind. Darum hatte sie die verordneten Pillen nicht eingenommen.

Als 1978 die vermuteten Zusammenhänge zwischen Einnahme und Schädigung an die Öffentlichkeit drangen, hatten sich in kürzester Zeit über 500 Eltern zu einer Interessengemeinschaft zusammengeschlossen um gegen die gefährliche Anwendung von Duogynon zu protestieren und gegen die zuständigen Behörden und den Pharmakonzern Schering (Hersteller von Duogynon/Cumorit und Östro-Primolut, mit Sitz in Berlin) auf Schadensersatz zu klagen.

Die in der Fallsammlung der Interessengemeinschaft am häufigsten vorkommenden Mißbildungen sind folgende: Wasserkopf, Verkrüppelung der Extremitäten, Lippen-Kiefer Gaumen-Spalte, Herzmißbildungen und Fehlbildungen im Genitalbereich (Vermännlichungserscheinungen bei weiblichen und Verweiblichungserscheinungen bei männlichen Kindern). Die Vielfalt der Mißbildungen scheint zwar eher gegen als für einen Zusammenhang zu sprechen. Wenn man jedoch weiß, daß in der Mehrzahl dieser Fälle Erbkrankheiten als Ursache durch entsprechende Untersuchungen ausgeschlossen werden konnten, sieht das schon anders aus. Hinzu kommt, daß es sich bei allen drei Formen von Duogynon (Tabletten, Duogynon-Spritze und Duogynon-Simplex) um Hormonpräparate handelt, die den schwangeren Frauen zu einem Zeitpunkt verabreicht wurden, zu dem sich beim Embryo die wichtigsten Organe wie Herz Hirn, Augen, aber auch die Gliedmaßen auszuformen beginnen (also in den ersten drei Monaten). Sichere wissenschaftliche Erkenntnisse über die Wirkungen von Hormonen auf den Embryo besitzen jedoch Seltenheit. Beweiskräftiger ist indessen die Tatsache, daß sich alle drei Duogynon-Formen in verschiedenen Tierversuchen (Ratten, Mäuse, Kaninchen und Affen) als hochgiftig für den Embryo erwiesen haben.

Die ersten Verdachtsäußerungen nahmen ab 1967 ständig zu. Der britischen Ärztin Dr. I. Gal, die 1967 begann, die Fachwelt besonders nachhaltig auf diesen Verdacht aufmerksam zu machen, warf Schering methodische Fehler vor, und damit war für die Firma der Fall erledigt. Dr. Gal ist heute arbeitslos!

In den darauffolgenden Jahren belegten viele Beispiele die Haltung Scherings zu diesem „Problem": als verantwortliche Mitarbeiter der britischen Tochtergesellschaft einen statistischen Zusammenhang zwischen den Verkaufsziffern und der Mißbildungsrate meldeten und sich für die Einstellung des Verkaufs in Großbritannien einsetzten, schien der Berliner Firmenleitung auch das belanglos, – solche Zusammenhänge seien in Deutschland nicht erkennbar. Kunststück!

Entsprechende Statistiken werden in der BRD nicht geführt. In den Fragebögen, die den Frauen in deutschen Geburtskliniken vorgelegt werden, sind keine Fragen über die Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft enthalten!

Schering verkaufte Duogynon im In- und Ausland auch dann noch, als mehrere ausländische Gesundheitsbehörden den Verkauf von Duogynon verboten, die Lagerbestände beschlagnahmten und keine Importgenehmigungen mehr erteilten. Selbst als der französische Pharmakonzern Russell (Mehrheitsaktionär der Hoechst AG) das Konkurrenzpräparat „Amenorrone Forte" aus dem Handel nahm, verkaufte die Firma Schering – verantwortungslos – ihre Duogynon-Präparate weiter. Da Schering jeglichen Verdacht bezüglich einer Verbindung zwischen der Einnahme von Duogynon-Präparaten und Mißbildungen von sich wies, wurden auch die einheimischen Ärzte darüber nicht informiert.

Das Bundesgesundheitsamt (BGA), wie Schering in Berlin ansässig (!), und vom „Spiegel' als „industriefreundlich" bezeichnet, weiß von dem Verdacht spätestens seit Ende der sechziger Jahre. Die Mitarbeiter des Amtes kannten nicht nur die Veröffentlichungen zu Duogynon und ähnlichen Produkten in den Fachzeitschriften, sie wußten auch, daß Duogynon im Rahmen der Contergan-Untersuchung in Verdacht geraten war.

Der Contergan-Schock saß offenbar nicht tief genug, denn Schering und das BGA ließen Arzneimittelverbraucher und Ärzteschaft Jahr für Jahr in der Unwissenheit, obgleich die „verantwortlichen Herren" genau wußten, daß der therapeutische Nutzen von Duogynon bestenfalls so groß war, wie derjenige von gewinnbringenden Kosmetika.

Im Herbst 1973 kamen die ersten „Zugeständnisse" von Schering: die Indikation (Anwendungsgebiet) für Duogynon-Dragees wurde abgeändert, d.h., Duogynon durfte nicht mehr als Schwangerschaftstest verwendet werden.

Für die Duogynon-Spritze jedoch

ung ausbleibt

wurde diese Indikation erst 1978 abgeändert! Mangels hinreichender Information von Schering und dem BGA an die Ärzteschaft, verschrieben Ärzte und Ärztinnen Duogynon-Dragees und -spritzen als Schwangerschaftstests munter weiter.

1978 begann die bundesdeutsche Presse (spät, aber immerhin!!) Alarm zu schlagen: die Nachrichten häuften sich über Fehlverschreibungen von Duogynon.

Was machte Schering?

Duogynon erhielt einen neuen Namen: Cumorit – bei sekundärer Amenorrhöe. Da sich die Zusammensetzung nicht geändert hat, konnte die Firma davon ausgehen, daß es weiter als Schwangerschaftstest benutzt würde, zumal die Pharmareferenten darauf geschult wurden, dem Arzt bestimmte Tatsachen zu verschweigen . Auf jeden Fall hat Schering aus Cumorit als Schwangerschaftstest noch erheblichen Profit gezogen [3].

Zur gleichen Zeit zog die Firma Boehringer das Vergleichspräparat „Gynäkosid" stillschweigend aus dem Handel und ersetzte es nicht durch ein neues. Warum wohl!?

Nach langem Gezeter in der Öffentlichkeit, im BGA, im Bundesgesundheitsministerium (BGM), entschloß sich Schering offiziell dazu, die Produktion von Cumorit Ende 1980 einzustellen. Das bedeutete jedoch, daß die Restbestände noch bis zu zwei Jahren danach weiterverkauft werden konnten.

chemische Zusammensetzung	Duogynon/Cumorit	Östro-Primolut/Anovlar
17 Äthinyl 19 nortestosteron-acetat:	2 x 10 mg = 20 mg	12 x 4 mg = 48 mg
Äthinylöstradiol:	2 x 0,02 mg = 0,04 mg in 2 Tagen	12 x 0,05 mg = 0,6 mg in 12 Tagen

Duogynon = Cumorit = Östro Primolut = Anovlar

Hier stehen einige Umsatzzahlen, die die Firma Schering normalerweise geheimhält. Doch es gibt Mitarbeiter, bei denen sich ab und zu das schlechte Gewissen meldet, so daß wir erfahren konnten: Cumorit, dessen Produktion im September 1980 angeblich von Schering eingestellt wurde, verkaufte im Januar und Februar 1981 noch ca. 30.000 Packungen. Das ist ein Apothekenumsatz von DM 100.000 in zwei Monaten.

Die seit dem Schering-Prozeß umstrittene Antibabypille Anovlar 21, deren Umsatz in den letzten Jahren stetig zurückgegangen ist, wurde 1981 ca. 50.000 mal verkauft. Das ist ein Apothekenumsatz von DM 500.000. Das waren 10 % weniger als im Jahr davor. Aber als Ersatz für Duogynon = Cumorit hatte Schering ja Östro-Primolut = Anovlar auf den Markt gebracht und dadurch den Umsatz für die wirkstoffidentischen Präparate (Anovlar = Östro-Primolut) sogar wieder erhöht. Östro-Primolut wurde 1981 mehr als 200.000 mal verkauft.

1981 hatte Schering in der Bundesrepublik und in Berlin West allein bei den Hormonpräparaten einen Apothekenumsatz von ca. 90 Millionen DM. Wir und die Krankenkassen müssen aber dafür das Doppelte bezahlen.

Mit knapp 40 % des gesamten Verkaufs für Hormonpräparate nimmt Schering eine fast marktbeherrschende Stellung ein.

Die Interessengemeinschaft gab sich mit diesem Ergebnis nicht zufrieden und erwirkte durch Öffentlichkeitsarbeit, daß Schering sämtliche Lagerbestände aus Großhandel und Apotheken zurückrief und damit den Verkauf ganz einstellte.

So, und nun kommt der Hammer!

Was machte Schering?

Der Konzern nimmt eine seiner ältesten und wissenschaftlich überholten Antibabypillen „Anovlar", die dem Wirkstoff nach mit Duogynon/Cumorit identisch ist, und bietet sie den Frauen unter dem Namen Östro-Primolut zur Beseitigung der sekundären Amenorrhöe an, wie vorher Duogynon/Cumorit.

Die Zauberformel heißt aus zwei mach zwölf, d.h., sollten Frauen beim Ausbleiben der Regelblutung früher zwei Duogynon-Pillen schlucken, so müssen sie heute nach neuestem Stand der Wissenschaft zwölf Östro-Primolut-Tabletten einnehmen. Und das sieht so aus:

Frauen schlucken also mehr als das Doppelte an Hormonen über einen längeren Zeitraum hinweg. Wenn die Menge des Östro-Primolut-Wirkstoffes mit 21 multipliziert wird, erhalten wir die Menge an Hormonen, die eine Frau schluckt, wenn sie Anovlar als Verhütungsmittel nimmt!

Daran läßt sich ganz gut zeigen, daß der Schering-Konzern uns für dumm verkaufen will, indem er uns seine alten Ladenhüter im neuen Gewande anzudrehen versucht, daß wir das Doppelte der früheren Menge an Hormonen bekommen, und die Pharmaindustrie von der Symptombehandlung nicht abweichen will, weil sie so - schnell und gut – daran verdienen kann. Außerdem, daß sich eine vage „Krankheit" bestens dazu eignet, mit Pillen kuriert zu werden: die Wirkung setzt schnell ein, nach Ursachen wird nicht mehr gefragt. Ob Verbraucherin oder Ärzte, alle sind, bzw. wurden daran gewöhnt, Unregelmäßigkeiten des Körpers mit Tabletten und Pillen zu regulieren.

Wenn uns die Pharmaindustrie durch den sogenannten „Segensreichtum" der Pille davon überzeugt hat, daß unser Körper nur dann richtig funktioniert, wenn er alle 28 Tage eine Abbruchsblutung produziert, so sollte es ihr ein leichtes sein (wie die hohen Umsatzzahlen beweisen), unseren natürlichen Zyklus in den Bannkreis des Berechenbaren zu ziehen.

Frauen, die nun an die künstlich gesteuerte Regelmäßigkeit glaubten, ließen

sich nur allzu schnell davon überzeugen, daß das Ausbleiben der Regelblutung Gefahr bedeute und diese durch sofortige Behebung des Symptoms gebannt wäre! Wie kurzsichtig, und wie profitabel für den Medikamentenproduzenten!

Wie lange wird es noch dauern, bis wir merken, daß wir in der Mehrzahl der Fälle für Verkaufsstrategien benutzt werden?

Wenn wir davon ausgehen, daß die Einnahme von Medikamenten immer mit Nebenwirkungen verbunden ist (insbesondere in der Schwangerschaft zu nicht absehbaren Schädigungen des Embryos führen kann), und wir weiterhin wissen daß das Ausbleiben unserer Menses immer Ursachen hat (Schwangerschaft, Streß, organische Störungen, Medikamente, seelische Konflikte u.ä.), müssen die Frau und ihr(e) behandelnde(r) Arzt/Ärztin die Ursachen beseitigen. Sie sollten nicht davon ausgehen, daß schon das Ausbleiben der Regelblutung eine Krankheit ist, sondern eben eine Folgeerscheinung, ein Signal. Selbst wenn die Ursachen nicht feststellbar sind und frau größten Wert auf die Regelmäßigkeit der Menses legt, stehen immer noch hormonfreie Therapien zur Verfügung.

Denn welche göttliche Eingebung brachte die Pharma-Herren eigentlich dazu, den Zeitpunkt des Wiedereinsetzens der langersehnten Menstruation auf den 12. Tag und nicht z.B. auf den 50. Tag festzulegen?

Wer sagt denn, daß unser Zyklus regelmäßig sein muß? Welchem Diktat der Industrie ordnen wir uns unter, wenn wir uns mit Pillen abspeisen lassen?

Duogynon/Cumorit und Östro-Primolut sind jedoch nur einige Beispiele von beliebig vielen dafür, in welcher unsicheren Situation wir uns hierzulande als Arzneimittelkonsumenten befinden. Frauen sind davon ganz besonders betroffen, weil sie sehr viele Arzneimittel konsumieren: Frauen nehmen im Vergleich zu Männern dreimal so viel Arzneimittel gegen Übergewicht ein, dreimal so viele Abführmittel und rund doppelt so viele Schlafmittel. „80 bis 90 % der Frauen nehmen während der Schwangerschaft irgendein Medikament zu sich!" Bedenklich ist vor allem der Verbrauch von Beruhigungsmitteln in den ersten Schwangerschaftswochen[5].

Bisher gibt es keinerlei Langzeituntersuchungen über die Wirkung von Hormonpräparaten (Pille, Pille danach, Duogynon...) auf den weiblichen Körper. Mehr oder weniger spielt der Zufall eine große Rolle: so auch, als in den USA festgestellt werden konnte, daß ein sehr selten vorkommender Gebärmutterhalskrebs bei Mädchen im Alter zwischen 7 und 17 Jahren darauf zurückzuführen war, daß ihre Mütter schwangerschaftserhaltende Hormone eingenommen hatten.

Abgesehen davon,gibt es noch keine Erfahrungen mit den verschiedenen Wechselwirkungen von Medikamenten, die gleichzeitig eingenommen werden.

Treten nun Nebenwirkungen mit weitreichenden Folgen oder Mißbildungen bei Neugeborenen auf, steht der Verbraucher den Pharmakonzernen und staatlichen Institutionen machtlos gegenüber. Dafür mag der Einstellungsbescheid der Staatsanwaltschaft in Offenburg und in Berlin (zur strafrechtlichen Klage gegen Verantwortliche des Schering Konzerns) ein Beispiel liefern.

Betroffene Eltern erhielten von der Staatsanwaltschaft folgende lapidare Begründung für die Einstellung des Verfahrens: , Die Strafbestimmungen des StGB (Strafgesetzbuches) unterscheiden zwischen dem Schutze der menschlichen Leibesfrucht und dem des Menschen. Der Strafrechtsschutz durch die Vorschriften der §§ 223 ff StGB bezieht sich allein auf Angriffe gegen den Körper und die Gesundheit des Menschen, d.h eines menschlichen Lebewesens ab Beginn der Geburt.

Für die Zeit davor wird der strafrechtliche Schutz des menschlichen Lebens allein durch die §§ 218 ff StGB gewährleistet" . „Einwirkungen auf die ‚Leibesfrucht' sind also nur dann strafbar wenn dadurch entweder die Schwangerschaft abgebrochen wird oder es aber beim versuchten Schwangerschaftsabbruch bleibt Indem durch das ‚Duogynon' auf die Leibesfrucht schädlich eingewirkt wurde, ist aber keine Schwangerschaft abgebrochen worden. Nur der Abgang einer lebensunfähigen Frucht oder die Geburt eines Kindes, das von vornherein nicht leben kann und stirbt, ist ein (vollendeter) Schwangerschaftsabbruch. Ein körperlich behindertes Kind ist in diesem Sinne aber lebensfähig.

In der Einwirkung auf die ‚Leibesfrucht' vor Geburtsbeginn, die einen Dauerschaden bewirkt sieht die überaus herrschende Meinung im strafrechtlichen Schrifttum zu Recht aber keine Verletzung des später geborenen Menschen'. Verletzungsobjekt (!) war eben nicht ein ‚Mensch' sondern die ‚Leibesfrucht'."

Mit dieser Argumentation und der Unmöglichkeit eines eindeutigen Nachweises des Zusammenhangs zwischen der Einnahme von Duogynon/Cumorit – Östro-Primolut und der Schädigung beim Embryo, wurde dieses vierjährige Verfahren im Juni 1982 endgültig eingestellt.

Die Hoffnung, daß sich etwas ändern wird, hin zu einer Verbraucher-Kontrolle des Arzneimittelmarktes, kann nicht auf den Schultern jener ruhen, die das Gesetz wenden und drehen, wie es ihnen gerade paßt: Wurde den Frauen bei der § 218-Diskussion ständig klargemacht daß der Staat (sprich: die namentlichen und unnamentlichen Herren und auch die in ihren Dienst genommenen Damen) das Recht geltend macht, Zugriff über den weiblichen Körper und die „Unversehrtheit" des ungeborenen Lebens zu erlangen, so kann im umgekehrten Fall, das Kind keinen Anspruch auf „Unversehrtheit" im von allen so gepriesenen Geborgenheitsraum, der Gebärmutter, anmelden.

* * *

Die Konzeption dieses Paragraphen führte also nicht zu einem verantwortlicheren Umgang mit Medikamenten (aufgrund von Strafandrohung, etc.), sondern zwang die Mutter, ihr Kind – selbst bei Gefahr einer Schädigung – auszutragen, da die Einnahme von Duogynon jahrelang nicht als Grund für eine medizinische Indikation galt!

Jede Schwangerschaft (wie auch jede Krankheit) bietet heute der Pharmaindustrie einen gewinnbringenden Ansatzpunkt, ihren „schützenden Verkaufs-Arm" über Mutter und Kind zu breiten.

In der Gegenwart und Zukunft wird es also darum gehen, Entscheidungsabläufe aufzudecken, die heiligen Kühe samt ihrem „Segensreichtum" zu entmystifizieren, politische und wirtschaftliche Zusammenhänge wirklich durchsichtig zu machen und letztlich uns nicht unsere Probleme „vorführen" zu lassen, sondern unser doch sehr verschiedenes und persönliches Unbehagen zu formulieren.

Wir werden nicht mehr jenen Glauben schenken, die sagen, sie seien es allein, die die Verantwortung für unser Leben tragen. Nur über Bewußtwerdung der möglichen Risiken werden wir den „Pillen-Hahn" zudrehen, unsere Ärzte kontrollieren und der Maßlosigkeit des Medikamentenverbrauchs Einhalt gebieten.

Christine Scholz
Helma Nastali

Anmerkung

(1) „Die Einnahme von je einem Dragee an zwei aufeinanderfolgenden Tagen führt bei kurzdauernder sekundärer Amenorrhöe meist innerhalb von 3 bis 6 Tagen – in einzelnen Fällen auch noch nach 10 Tagen – zu einer menstruationsähnlichen Blutung. Wenn innerhalb von 10 Tagen nach Einnahme der Duogynon-Dragees keine Blutung auftritt, liegt wahrscheinlich eine Schwangerschaft vor. Die Diagnose muß durch eine spätere Untersuchung gesichert werden." (Zitat aus dem Waschzettel von Duogynon aus den Jahre 1970).

So schon gar nicht

SPIRALENSCHWANGERSCHAFT

Schwangerschaft trotz Intrauterinpessar (IUP) hielt ich früher immer für eine Seltenheit. Mittlerweile kenne ich aber schon mehrere Frauen, die mit der Spirale schwanger geworden sind und das, obwohl der Pearl-Index sehr niedrig ist, d.h. 0,5-1,6 % Frauen von hundert werden während eines Jahres schwanger. Die Pille rangiert, was die Sicherheit der Verhütung angeht, immer noch an erster Stelle, gefolgt von der Spirale.

In letzter Zeit sind immer mehr Frauen zur Spirale übergegangen, weil sie keine Lust mehr hatten, sich mit Hormonen vollzupumpen – die berühmte „Pillenmüdigkeit". Zur Zeit kommen in der BRD auf zehn Frauen, die die Pille nehmen, eine, die sich die Spirale hat einsetzen lassen. Es wird geschätzt, daß weltweit 15 Millionen Frauen ein Intrauterinpessar tragen. D.h. es könnten 150.000 bis 450.000 ungewollte Schwangerschaften auftreten. So stellte sich auch den Ärzten allmählich die Frage, was passiert denn nun eigentlich mit diesen Frauen? Und es wurde geforscht. Die meisten Frauen entschliessen sich wohl zu einem Abbruch. Genaue Prozentangaben dazu konnte ich nicht finden. An den Frauen, die die Schwangerschaft austragen wollten, wurden Beobachtungen gemacht, die nicht gerade erfreulich sind.

Der Prozentsatz der Spontanaborte bei diesen Frauen liegt in Mittel bei 38 %. Wird das Pessar allerdings in der Gebärmutter belassen, so steigt die Zahl der Spontanaborte auf bis zu 54 % an. Bei circa 10 % der Frauen wird durch das Ziehen der Spirale selbst eine Fehlgeburt eingeleitet.

„Vorsicht bei Schwangerschaften trotz liegendem Intrauterinpessar" lautet eine Warnung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Und das allerdings zu Recht. In den USA wurde ein spezielles Pessar auf den Markt geworfen, das Dalkon-Shield-Pessar. Unter den 2,5 Millionen Benutzerinnen sind 209 septische, also durch Blutvergiftung ausgelöste Aborte bekannt geworden mit elf Todesfällen der Schwangeren. Über den Faden des Intrauterinpessars sind Keime in den Uterus der Schwangeren aufgestiegen und haben zu derartigen Infektionen geführt, daß der Körper von den Keimen überschwemmt wurde und sich dagegen nicht mehr wehren konnte.

Es ist ja bekannt, daß ein Intrauterinpessar das Auftreten aufsteigender Genitalinfektionen begünstigt. Nach Angaben der Deutschen medizinischen Wochenschrift vom 24.11.78 haben Frauen mit Intrauterinpessar eine dreifach höhere Rate an Eileiterentzündungen. Wenn sie noch nicht geboren haben, steigt die Rate sogar auf das siebenfache an. Eine Gefährdung wie bei den beschriebenen schwangeren Frauen, die das Dalkon-Shield-Pessar trugen, liegt allerdings nicht vor. Diese entsteht speziell aufgrund der Umstellung des weiblichen Körpers während einer Schwangerschaft.

Die Gefahr einer Extrauterinschwangerschaft ist auch nicht zu vernachlässigen. Sie liegt fünffach höher als im Durchschnitt. Vor allem sind Frauen betroffen, die das Intrauterinpessar schon länger als ein Jahr benutzt haben. Extrauterine Schwangerschaft heißt, daß sich das Ei nicht in der Schleimhaut der Gebärmutter einnistet, sondern sich einen anderen Ort sucht, also zum Beispiel den Eileiter. Das ist auch leicht zu verstehen, wenn wir uns den Wirkungsmechanismus der Spirale angucken. Das Pessar verursacht eine lokale nicht bakterielle Entzündung der Uterusschleimhaut. Und in solch einer Umgebung nistet sich natürlich kein „vernünftiges" Ei ein. Entschließt sich das Ei aber, in dem Eileiter zu bleiben, kann das für die betreffende Frau unangenehme Folgen haben. Das Ei teilt sich und wächst. Da der Eileiter dafür nicht angelegt ist, geht das nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt gut. Der Eileiter kann platzen, und es kommt zu lebensbedrohlichen Blutungen in die Bauchhöhle. Das passiert natürlich nicht oft. Eine Extrauterinschwangerschaft kann auch zu einer teilweisen oder völligen Entfernung des Eileiters führen. Die Konsequenz liegt auf der Hand: die Möglichkeit, schwanger zu werden, nimmt ab.

Inzwischen werden wahrscheinlich alle Frauen, die eine Spirale tragen, schon

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gibt bekannt:

Vorsicht bei Schwangerschaften trotz liegendem Intrauterinpessar!

Tritt bei liegendem Intrauterinpessar (IUP) eine Schwangerschaft ein (Sicherheitsindex 1-3), ist mit einer vom Uterus ausgehenden systemischen Infektion und damit dem seltenen Risiko eines unter Umständen letalen septischen Spontanaborts zu rechnen.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hält deshalb im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsamt folgendes Vorgehen für ratsam:

1. Bei gesicherter intrauteriner Schwangerschaft sollte das IUP sofort entfernt werden. Die Patientin ist darauf hinzuweisen, daß es dabei häufig zum Schwangerschaftsabbruch kommt.
2. Kann das IUP wegen nicht mehr sichtbarem Markierungsfaden nicht gezogen werden, ist aus den oben genannten Gründen ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zu ziehen. Im Zweifelsfalle bietet sich an, das IUP durch Ultraschall nachzuweisen. Da hierbei ein falsch negativer Befund nicht auszuschließen ist, ist auch dann 3. zu beachten!
3. Besteht die Patientin darauf – trotz eingehender Unterrichtung über die oben genannten Risiken –, die Schwangerschaft fortzusetzen, ist auch ohne Anzeichen eines drohenden Abortes besonders sorgfältig auf Frühzeichen einer lokal uterinen beziehungsweise allgemeinen Infektion zu achten.

Fabrikate:
Biograviplan (Grünenthal)
Dana Cuprim, Dana Super (Intertechnik)
Gravigard (Searle)
Gyne T (Cilag Chemie)
Kupfer-T 200 (Schering)
Lippes Loop (Cilag Chemie)
Multiload Cu 250 (Nourypharma)

Diese Zusammenstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Heft 2 vom 12. Januar 1978

EINE SELTENHEIT ?

den Horror gekriegt haben vor all den Möglichkeiten, die eine Spirale bietet. Das wollte ich eigentlich nicht erreichen. Ziel könnte vielleicht eher sein, daß sich jede nochmal überlegt, ob es für sie verhütungsmäßig nicht doch eine andere Lösung gibt z.B. die Basaltemperaturmessung.

Doch jetzt wieder zurück zu den Gefahren einer in der Gebärmutter belassenen Spirale im Falle einer Schwangerschaft. Die Frühgeborenenhäufigkeit steigt von 4,3 % auf 17,4 %. Auch die Totgeburtenrate erhöht sich von 0,9 % auf 1,9 % bzw. von 1,6 % auf 6,8 %. Die Mißbildungsrate soll angeblich im Normalbereich liegen. Ein Artikel in der englischen Fachzeitschrift British Medical Journal weist allerdings daraufhin, daß die möglichen Zusammenhänge zwischen einem liegengebliebenen Intrauterinpessar und bestimmten Mißbildungen noch gar nicht in ausreichendem Maße untersucht und dokumentiert worden sind. Der Autor beschreibt zwei Fälle,

Verhütungsmethode	Sicherheitsindex
Pille	0,2-2/100
IUP	0,5-5/100
Basaltemperaturm.	1-10/100
Präservativ	4-10/100
Diaphragma	7/100
Schaum	10-30/100

in denen sich die Mißbildungsarten sehr ähnelten. Es waren zwei Frauen, die mit Kupfer-T-Pessar schwanger wurden und diese Schwangerschaften mit dem im Uterus verbliebenen Intrauterinpessar austrugen. Die Kinder wiesen Mißbildungen am Skelettsystem auf. Zum Teil waren Waden- und Schienbein nicht angelegt Finger fehlten oder waren zu klein.

Ähnliche Fehlbildungen können im Tierversuch mit bestimmten Substanzen erreicht werden z.B. mit Vitamingegenspielern oder Zellgiften. Die Ärzte empfehlen u.a. auch deswegen bei gesicherter intrauteriner Schwangerschaft, die Spirale zu ziehen. Ist dies nicht möglich, so soll durchaus ein Schwangerschaftsabbruch in „Erwägung" gezogen werden.

Frauen, die unter diesen Bedingungen ein Kind doch lieber austragen wollen, müßten in jedem Fall den Streß einer Risikoschwangerschaft durchmachen. Sie würden dauernd in der Angst leben, das Kind zu verlieren oder, daß es mißgebildet sein könnte. Und aufgrund der erhöhten Infektionsgefahr stünden auch häufigere Arztbesuche auf der Tagesordnung. Zu einer solchen Schwangerschaft hätte ich keine Lust, und es käme wohl nur ein Abbruch infrage.

Cornelia Gewandt

Aus „Die Gynäkologen"

Eine Erfahrung

LAUT STATISTIK SIND SIE EBEN FÄLLIG

...„Laut Statistik sind Sie eben fällig" ... ist der Kommentar des Frauenarztes angesichts meiner Hilflosigkeit und Verzweiflung, weil ich trotz Verhütungsspirale schwanger geworden bin. Und dann füllt er das Indikationsformular für den Abbruch aus, während ich stumm vor seinem Schreibtisch sitze und warte, unfähig, darauf zu reagieren und mein inneres Chaos zu ordnen. Als er mir dann die Bescheinigung in die Hand drückt und genau sagt, was ich als nächstes tun

muß, kommt es dazu, daß ich mich sogar bei ihm bedanke, weil er mir plötzlich so hilfsbereit erscheint.

Angefangen hat alles gut drei Jahre vorher. Ich lasse mir auf Empfehlung einer Freundin und meines damaligen Frauenarztes in Hamburg meine erste Spirale (ein Kupfer-T) einsetzen und mache mit ihr das, was sich „gute Erfahrungen" nennt. Das Einsetzen tut kaum weh, die Krämpfe während der Menstruation sind nur unerheblich stärker, ich habe keine Infektionen, und schwanger werde ich auch nicht. Und so genieße ich es, meine optimale Verhütungsmethode gefunden zu haben und verschließe erstmal die Ohren vor den negativen Berichten anderer Frauen.

Eine neue Spirale einsetzen

Ich gehe regelmäßig zu den halbjährlichen Kontrolluntersuchungen, bei denen festgestellt wird, daß die Spirale richtig in der Gebärmutter liegt, und ich lasse mich regelmäßig daran erinnern, daß nach 2-3 Jahren aus Gründen der Verhütungssicherheit ein Austausch nötig ist.

Nach ungefähr zwei komplikationsfreien Jahren mit der Spirale suche ich also — inzwischen nach Berlin umgezogen — diesmal eine Frauenärztin, um mit ihr zu besprechen, ob sie bereit ist, die Spirale zu ziehen und eine neue einzusetzen. Und so frage ich, auf der Suche nach einer sogenannten guten Frauenärztin, befreundete Frauen, lasse mir Namen nennen und muß feststellen, daß alle empfohlenen Ärztinnen keine neuen Patientinnen mehr annehmen.

Rückschauend und mit dem heutigen Abstand bin ich sicher, daß zu diesem Zeitpunkt zwei wichtige Dinge ablaufen: Durch die vielen vergeblichen Bemühungen wird mir die Suche nach einer Frauenärztin, die noch freie Termine hat, so lästig und mühselig, daß ich der Ärztin, die mich als Patientin nimmt, erstmal mit viel Wohlwollen gegenübertreten werde – was dann auch prompt geschieht.

Gleichzeitig spüre ich zum ersten Mal, daß ich in meiner Zufriedenheit mit der Spirale unsicher werde. Ich habe in den Gesprächen mit meinen Freundinnen erzählt, daß ich meine Spirale auswechseln lassen will, und ihre Bedenken bleiben mir im Gedächtnis haften. Ich erinnere mich an ihre Geschichten über andere Frauen, die mit Krämpfen und ständigen Blutungen, chronischen Entzündungen auf die Spirale reagiert haben oder trotzdem schwanger geworden sind, und ich kann mich zum ersten Mal nicht mehr so erfolgreich wie bisher gegen die Nachteile der Spirale verschließen. Ich fühle mich unruhig, überlege, ob ich nicht Konsequenzen daraus ziehen müßte und, wenn ja, welche. Und obwohl ich hilflos bin, spreche ich mit niemandem darüber. Ich beruhige mich damit, daß ich selbst ja keine nachteiligen Auswirkungen spüre.

Als ich dann endlich einen Termin bei einer Ärztin habe, bin ich, wie erwartet, erfreut. Und als sie mir in dem ersten Gespräch ungewöhnlich viel Zeit und Aufmerksamkeit widmet und mich außerdem noch in meiner Entscheidung für die Spirale positiv bestätigt, erzähle ich überall gern, wie zufrieden ich mit meiner neuen Frauenärztin bin.

Ich werde von ihr gelobt, weil ich mich gegen die Pille und für die unbedenklichere Spirale entschieden habe; sie rät mir, nach dem Ziehen der Spirale einige Monate mit dem Einsetzen einer neuen zu warten, damit sich die Gebärmutterschleimhaut vollständig regenerieren kann; ich erfahre, daß sie vorher selbstverständlich einen Abstrich und eine Blutuntersuchung machen wird; und auch die Verhütung in der Zeit ohne Spirale kommt zur Sprache. Und so verlasse ich ihre Praxis mit dem angenehmen Gefühl, bei ihr gut aufgehoben und in kompetenten Händen zu sein. Daß weder sie noch ich über die Nachteile und das Verhütungsrisiko der Spirale gesprochen haben, fällt mir zu dem Zeitpunkt gar nicht auf.

Ich lasse mir bei meiner nächsten Periode ohne nennenswerte Schmerzen die Spirale ziehen und nehme sie als „Andenken" mit nach Hause, was mir jetzt albern erscheint — trotzdem habe ich sie immer noch.

Es kommt, es kommt nicht

Nach einigen Monaten ist der Zeitpunkt gekommen, die neue Spirale einsetzen zu lassen. Die Ärztin erzählt mir, daß sie nicht zum Kupfer-T raten würde, sondern eine neue Form, das Multiload, vorzieht, weil es der Form der Gebärmutter mehr entspricht. Sie bzw. die Frauen, bei denen sie es einsetzt, haben damit gute Erfahrungen gemacht. Ich glaube ihr, das Einsetzen verläuft wieder ohne Komplikationen, die Spirale paßt sich offensichtlich gut in meine Gebärmutter ein, und nach einer abschließenden Kontrolluntersuchung einige Wochen später habe ich jetzt erstmal keine Probleme mehr mit der Verhütung — denke ich.

Als Wochen später, nach einem Urlaub, meine Periode einige Tage überfällig ist, mache ich mir keine Sorgen. Sie war schon häufiger nach dem Urlaub unregelmäßig und ich habe mich jedesmal aufgeregt und gesorgt, um dann später festzustellen, daß es blinder Alarm war. Außerdem habe ich ja meine Spirale, die mich beschützt vor einer Schwangerschaft, die ich nicht will.

Ich bin abgelenkt durch meine Arbeit und habe nach der Trennung von meinem Freund andere Gedanken im Kopf. Und als ich dann nach einem Waldlauf, den ich zu der Zeit regelmäßig mache, leichte Schmierblutungen habe, denke ich, jetzt geht es los.

Und es geht los, aber anders, als ich's mir denke. Die Schmierblutungen hören wieder auf, obwohl ich das vertraute Druckgefühl im Bauch spüre, bisher sicheres Zeichen für mich, daß die Periode beginnt. Nach einer Woche kann ich meine Angst und Unruhe nicht mehr abwehren und ich beschäftige mich mit nichts anderem mehr als mit meinem Bauch. Die Waldläufe mache ich nicht mehr zu dem Zweck, mich fit und wohlzufühlen, sondern um „es" in Bewegung zu bringen. Ich bade anschließend so heiß wie möglich, und wenn ich danach wieder Schmierblutungen und Krämpfe habe, freue ich mich über die Schmerzen.

Ich bin gefangen in dem ständigen Auf und Ab des „Es kommt, es kommt nicht" und halte es nicht mehr aus. Auch spannt meine Brust, ist druckempfindlich und fühlt sich mir fremd an. Und immer noch halte ich dagegen, daß doch die Spirale da ist, daß ich doch gar nicht schwanger sein kann.

Nach einem Wochenende bin ich zermürbt und will Gewißheit haben. Ich bringe Urin für einen Schwangerschaftstest in die Praxis, bezahle und gehe zur

Wie ein gefährdeter Fall

Arbeit. Das Ergebnis kann ich mittags telefonisch erfragen.

Als ich anrufe, klopft mir das Herz bis in den Hals. Mir wird gesagt, daß ich warten soll, weil das Gespräch zur Ärztin durchgestellt wird, und ich ahne, was das bedeutet: Ich bin schwanger. Zunächst denke und fühle ich nichts. Ich weiß jetzt, daß ich schwanger bin , und ich weiß sicher, daß ich abtreiben werde. Andere Gedanken sind nicht in meinem Kopf. Ich gehe zu meiner Freundin, erzähle und entspanne mich. Sie tröstet mich und wird mir helfen; ich bin nicht allein.

Doch meine Ruhe und Zuversicht halten nicht lange vor. Meine Frauenärztin hat wenig Zeit, weil ich ja eigentlich keinen regulären Termin habe, und so sagt sie mir, daß wir es eben schnell zwischendurch besprechen müssen. Ich fühle mich wie geprügelt, wütend werde ich nicht. Sie hört, daß ich die Schwangerschaft abbrechen will und sagt mir knapp und deutlich: Ich mache es nicht, darf es aus rechtlichen Gründen auch gar nicht. Und verpaßt mir so den nächsten Hieb, weil ich sicher angenommen hatte, daß „wir" es zusammen durchstehen würden.

Dafür bietet sie mir formale Hilfe an. Sie nennt mir einen Kollegen, der mir ohne Zögern eine medizinische Indikation bescheinigen wird, und dann soll ich zur Abtreibung in ein Krankenhaus gehen. Durch die Spirale besteht die Möglichkeit einer Bauchhöhlenschwangerschaft, die nicht ambulant unterbrochen werden kann. Von dieser Gefahr höre ich zum ersten Mal.

Bei dem Gedanken an Krankenhaus bricht alles in mir zusammen. Ich war noch nie in meinem Leben im Krankenhaus, habe Angst davor und will zur Abtreibung auf keinen Fall dahin. Meine Ärztin wiederholt ständig die möglichen Gefahren, ich weigere mich immer verzweifelter. Sie beruhigt mich nicht, sondern verstärkt meine Panik. Als ich anfange zu weinen, schickt sie mich erstmal zu ihrem Kollegen und gibt mir einen Termin für den nächsten Tag.

Die Indikation erhalte ich ohne Schwierigkeiten, Verständnis für meine Verzweiflung dagegen nicht. „Sie sind laut Statistik eben fällig", meint er.

Meine Frauenärztin bestellt mich eine Woche lang fast täglich zur Untersuchung und ich fühle mich schnell wie ein gefährdeter Fall, der jeden Tag akut werden kann. Bei den Untersuchungen hat sie immer nur soviel Zeit, meinen Bauch abzutasten und mir eindringlich zum Gang ins Krankenhaus zu raten. Zeit, meine Angst anzuhören und nach einem anderen Weg zu suchen, hat sie nicht. Dafür wird sie ungeduldig und sauer, weil ich so uneinsichtig und leichtsinnig bin. Ich kapsele mich ab, weigere mich weiterhin, ins Krankenhaus zu gehen. Es besteht doch nur eine geringe Wahrscheinlichkeit, daß eine Bauchhöhlenschwangerschaft vorliegt und ich sehe nicht ein, daß ich auf jeden Fall ins Krankenhaus muß.

Ich bin inzwischen zu einem Bündel Angst und Verzweiflung geworden. Ich weine viel. Ich fühle, daß ich erst wieder richtig leben kann, wenn ich meine Schwangerschaft – diese drohende Gefahr in meinem Bauch – losgeworden bin, und ich weiß nicht, wie ich mich entscheiden muß. Als meine Freundin vorsichtig ihr Befremden über das Verhalten der Frauenärztin äußert und mich fragt, ob ich bei ihr in den richtigen Händen bin, verteidige ich sie gegen meinen eigenen Zwiespalt. In meiner Verfassung ist es mir unmöglich, gerade die Person zu kritisieren, von der ich unhinterfragt glauben will, daß sie mir die beste Hilfe geben kann. Außerdem hat sie mir für das Wochenende ihre Privatnummer für den „Notfall" gegeben und damit auch das Gefühl, doch für mich dazusein und für mich zu sorgen.

Trotzdem muß etwas passieren. Ich halte die Situation nicht länger aus, und bestärkt durch meine Freundinnen werde ich endlich handlungsfähiger. Ich bestehe vor der nächsten Untersuchung darauf, daß ich erst ins Krankenhaus gehe, wenn sicher festgestellt wurde, daß eine Bauchhöhlenschwangerschaft vorliegt. Und diesmal verlasse ich die Praxis mit einem Überweisungsschein zur Ultraschalluntersuchung. Durch Beharrlichkeit kriege ich einen Termin am nächsten Tag. Die schriftliche Diagnose – eine normale Schwangerschaft bei nach unten verrutschter Spirale – nehme ich gleich mit und bringe sie sofort anschließend zur Ärztin. Dafür nennt sie mir, wie vorher besprochen, einen weiteren Kollegen, der Schwangerschaftsabbrüche mit der Absaugmethode macht – alles in allem ein gut eingespieltes Kollegenteam.

Ansonsten bereden wir nichts mehr. Weder besprechen wir, wer den Abbruch bezahlt oder ob es eine Möglichkeit gibt, ambulant abzutreiben auf Kosten der Krankenkasse, noch sprechen wir darüber, wie ich zu der verrutschten Spirale gekommen bin, ob eine von uns beiden etwas falsch gemacht hat. Ich will es nicht, denke nicht mal daran. Ich werde den Abbruch selbst bezahlen, wie ich auch die Spirale selbst bezahlt habe.

Ich habe jetzt nur noch ein Interesse: möglichst für morgen noch einen Termin für den Abbruch zu kriegen und es gelingt mir durch Ausdauer und Nachdruck. Abends bin ich erschöpft von den Laufereien der letzten zwei Tage. Ich habe immer noch Angst vor der Abtreibung. Gleichzeitig bin ich wie befreit, weil ich meine Lähmung und Passivität abgeschüttelt habe und aktiv geworden bin. Ich fühle genug Kraft, den Eingriff durchzustehen.

Der Termin

Am nächsten Tag holt meine Freundin mich zuhause ab, wartet mit mir. Dabei sein darf sie nicht. Der Eingriff tut weh und scheint mir ewig zu dauern. Als der Arzt die Spirale zieht, höre ich ihn murmeln: „Die wäre ja fast von allein rausgefallen. Was ist das überhaupt für eine Form?"

Ich bin selbst überrascht, daß ich sofort nachfrage, was er damit meint, ob die Spirale vielleicht ungünstig sei oder falsch eingesetzt und ich deshalb schwanger wurde. Aber da wimmelt er mich ganz schnell ab, und ich hab keine Nerven, um mit ihm jetzt eine Diskussion anzufangen.

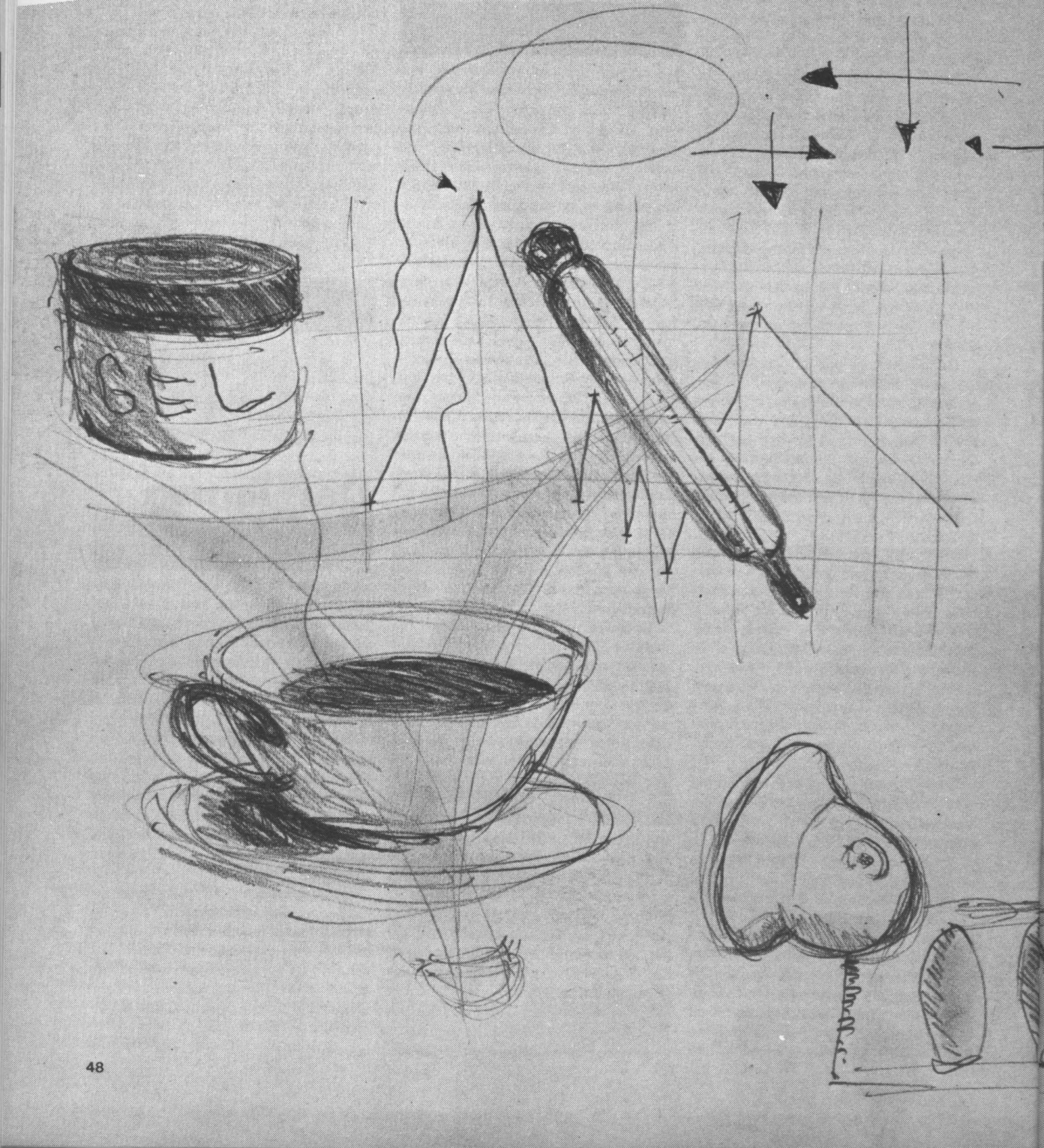
Ansonsten kann ich mich nicht beklagen, er ist nett bemüht. Draußen nimmt meine Freundin mich in die Arme. Wir schlucken beide an unseren Tränen und sie spricht das aus, was ich fühle, aber noch nicht sagen kann:

„Ich bin so froh, daß es vorbei ist."

Gudrun Blankenburg

Natürliche Verhütungsmethoden

So geht's vielleic



In aller Ruhe lernen

Das Diaphragma ist ein Verhütungsmittel, das nicht in den Hormonhaushalt der Frau eingreift – wie die Pille – und es verursacht keine Entzündung der Gebärmutterschleimhaut – wie die Spirale. Die Frau braucht es nicht jeden Tag zu nehmen – nur dann, wenn sie Geschlechtsverkehr hat. Sie verhütet also nicht tage- oder wochenlang „umsonst". Sie kann sich bewußter entscheiden, ob sie mit ihrem Partner schlafen will oder nicht.
Das heißt natürlich nicht, daß das Diaphragma es auf jeden Fall leichter macht, „nein" oder „ich will lieber weiter schmusen" zu sagen.
Das Diaphragma ist eine Gummikappe, die vor dem Gebärmuttermund schräg in der Vagina liegt. Es funktioniert als mechanische Barriere, die die Spermien daran hindert, in die Gebärmutter und weiter in den Eileiter zu schwimmen, wo sie ein Ei befruchten könnten.
Das Diaphragma wird mit einem Gel verwendet und vor dem Geschlechtsverkehr eingesetzt. Es muß jedesmal benutzt werden, wenn wir mit jemandem schlafen – nicht nur während der „fruchtbaren Tage"!

Immer wieder kommen Frauen zu uns in die Beratung, die einen langen Weg hinter sich haben – den Weg von Arzt zu Arzt, auf der Suche nach einem Verhütungsmittel, das für sie nicht schädlich ist. Ärzte, so berichten sie, würden immer noch darauf beharren, daß es außer Pille und Spirale kein sicheres Verhütungsmittel gibt. Wenn Frauen aber darauf bestehen, ein Diaphragma zu bekommen, hören sie oft die Antwort, „Na, dann wollen wir gleich den Termin für die Abtreibung machen!" Es gibt nur wenige Ärzte/innen und Beratungsstellen, die bereit sind, Frauen das Diaphragma zu empfehlen und anzupassen.

Wir Frauen im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum (FFGZ) in Berlin wissen, daß das Diaphragma, richtig angepaßt sowie richtig und immer verwendet, eine zuverlässige Verhütungsmethode ist (98 % Sicherheit). Die Beratung und die Anpassung des Diaphragmas kann jedoch nicht in fünf Minuten abgehandelt werden.

Fast jede Frau, die verhüten will, kann ein Diaphragma ohne große Schwierigkeiten benutzen. Es ist weder „zu kompliziert", noch „zu unsicher" oder „zu umständlich", wie behauptet wird. Vorausgesetzt, die Frau kann alles, was die Handhabung des Diaphragmas betrifft, in aller Ruhe lernen. In der Beratung soll sie Fragen stellen können, das Einsetzen und Herausnehmen des Diaphragmas üben können, darüber reden können, welche Bedenken sie eventuell hat. Kurzum, eine eingehende Beratung ist notwendig, damit Frauen später mit dem Diaphragma sicher umgehen können. Sie müssen Informationen und Tips bekommen, die sie aufmuntern, das Diaphragma auszuprobieren. Wenn Frauen dauernd Negatives von ihren ärztlichen Beratern und Beraterinnen hören, haben sie folglich wenig Vertrauen zu sich und dem Diaphragma, benutzen es nicht oder nicht immer und werden deswegen unter Umständen schwanger.

Das Diaphragma wird bis zu zwei Stunden vor dem Geschlechtsverkehr eingesetzt (oder kurz davor). Aber nicht früher als zwei Stunden vorher, weil das Gel, mit dem das Diaphragma angewendet wird, eine zeitlich begrenzte Wirkung hat. Etwa ein gehäufter Teelöffel des Gels kommt in die Wölbung des Diaphragmas (die Seite, die nachher direkt am Gebärmutterhals liegt). Von dem Gel nehmen wir ein bißchen und bestreichen den inneren Rand mit einer dünnen Schicht davon. Den Rest des Gels, der in der Mitte des Diaphragmas bleibt, brauchen wir nicht zu verteilen. Das geht von allein. Es ist nicht notwendig, das Diaphragma von außen noch zu bestreichen. Dieses zusätzliche Gel kann das Einführen etwas schwieriger machen – das Diaphragma wird dadurch glitschig und kann leicht aus der Hand flutschen.

Wir oder unser Partner (oder beide zusammen – es macht mehr Spaß) können jetzt das Diaphragma einsetzen. Wir drücken die Ränder zusammen, damit das Diaphragma enger wird, halten unsere Venuslippen mit den Fingern auseinander und führen das Diaphragma langsam hinein. Wir schieben, bis der Rand hinter dem Venushügel (alias „Schambein") hochrutscht, also „einrastet". Er soll „versteckt" sein, nicht rausgucken.

Dann tasten wir mit dem Finger, ob wir den Gebärmutterhals hinter Gummi fühlen. Er fühlt sich wie eine Nasenspitze, eine Kirsche, oder wie der entstielte Teil einer Birne an. Bei manchen Frauen ist er hart und knubbelig, bei anderen weicher. Weicher ist er auch, wenn wir die Periode haben oder schwanger sind. Für manche Frauen ist es angenehm, das Diaphragma im Liegen und mit angewinkalten Beinen einzurühren und zu tasten (oder einsetzen und tasten lassen). Andere ziehen eine Stellung in der Hocke oder mit einem Bein auf dem Bett vor.

Wir lassen das Diaphragma noch acht Stunden nach dem Geschlechtsverkehr drin. Während dieser Zeit sind die Spermien in der Vagina isoliert, wo sie mit einem ziemlich spermienunfreundlichen Klima konfrontiert sind. Die Vagina hat einen Säurewert von 4-4,5 pH und ist sauer wie Joghurt. Um lebens- und bewegungsfähig zu bleiben, brauchen die Spermien ein Milieu, das basisch ist. Dies finden sie oben in der Gebärmutter, aber nicht in der Vagina. Wegen des Säuregehalts in der Vagina verlieren sie ihre Beweglichkeit. Nach Ablauf der acht Stunden sind sie nicht mehr in der Lage, nach oben in die Gebärmutter und in die Eileiter zu schwimmen, um dort ein Ei zu befruchten. Das Diaphragma schließt zwar dicht ab, bildet aber kein Vakuum. Für den Fall, daß einige Spermien hinter das Diaphragma gelangen sollten, bildet das Gel ein Hindernis: Es ist sauer, wie der Schleim in der Vagina und dickflüssig, was das Weiterschwimmen der Spermien erschwert.

Während dieser acht Stunden sollten wir nicht baden oder schwimmen gehen. Das Wasser könnte Spermien hochspülen oder das Gel verdünnen. Sonst sind unsere Aktivitäten unbeschränkt... Duschen, Schlittschuhlaufen, Kirche, Disco, Demo... Wollen wir im Sommer nicht auf einen schönen Badetag verzichten, gibt es die Möglichkeit, Kondome zu benutzen oder „etwas anderes", genauso Erotisches zu machen.

Sollten wir innerhalb der acht Stunden nochmals Geschlechtsverkehr haben, muß neues Gel eingefügt werden. Wir dürfen aber dazu das Diaphragma nicht herausnehmen, weil die ersten acht Stunden noch nicht abgelaufen sind. Wir können neues Gel mit einem Applikator tief in die Vagina einführen oder ein Kondom benutzen. Einige Frauen halten einfach die Tube Gel direkt an den Vaginaeingang, drücken einmal kräftig darauf und lassen den Penis den Rest verteilen.

Acht Stunden nach dem letzten Geschlechtsverkehr können wir das Diaphragma herausnehmen. Es muß nicht pünktlich nach Ablauf der acht Stunden entfernt werden – wenn wir gerade beschäftigt sind, oder mit dem Rad unterwegs sind, kann das Diaphragma selbstverständlich noch etwas länger drin bleiben. Wir sollten nur vermeiden, es zu lange zu tragen, weil es verhindert, daß das Sekret aus der Gebärmutter abfließt. Und ein Stau, der so entsteht, begünstigt die Entstehung einer Infektion.

Um das Diaphragma herauszunehmen, fassen wir es am Rand an, ziehen diesen herunter und heraus. Dann waschen wir das Diaphragma mit warmem Wasser. Falls ihr unbedingt Seife benutzen wollt, könnt ihr alkalifreie nehmen wie Eubos oder Sebamed. Aber auf keinen Fall sollten Seifen benutzt werden, die stark parfümiert sind oder die eine Seifenschicht auf dem Diaphragma hinterlassen. Nach dem Abspülen wird das Diaphragma gut abgetrocknet, mit etwas Mehl oder Stärkemehl dünn bestäubt, damit das Gummi nicht porös wird. Wir nehmen keinen Puder, weil die meisten Sorten aus Talkum bestehen. Dies enthält Asbeststoffe, die krebsfördernd sind. Dann wird das Diaphragma in die Schachtel gepackt und sauber weggelegt, „bis zum nächsten Mal".

Manche Frauen haben sich ein Beutelchen aus Baumwolle für ihr Diaphragma genäht. Sie brauchen dann das Diaphragma nicht zu „bemehlen", weil

das Beutelchen luftig ist und die Gummiflächen nicht aneinander kleben (was zum Pröswerden beiträgt). Das Beutelchen samt Diaphragma wird an einem sauberen Ort (im Schrank, in der Nachttischschublade) aufbewahrt.

Gut gepflegt hält ein Diaphragma sehr lange. Es ist gut, das Diaphragma ab und zu zu prüfen, ob es porös oder brüchig wird. Wir können es gegen das Licht halten und sehen, ob das Gummi an einer Stelle dünner wird (sieht aus wie auseinander gezogener Kaugummi). Stellen, auf die wir besonders achten sollten, sind zwischen der Kuppe und dem Rand. Manche Frauen füllen ihr abgetrocknetes Diaphragma bis zum Rand mit Wasser und beobachten, ob etwas hinaussickert. Wenn dies der Fall ist, oder wenn wir dünne Stellen entdecken, brauchen wir ein neues Diaphragma.

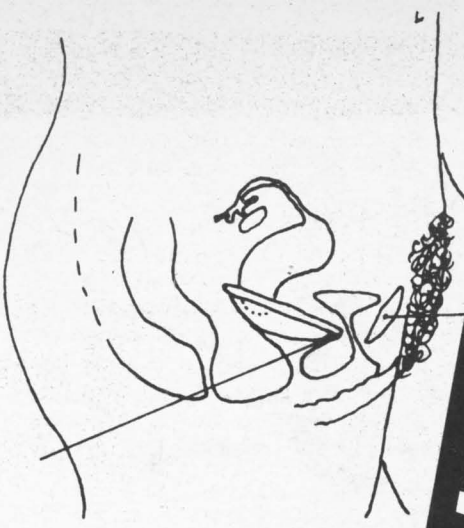
Wenn wir eine Infektion gehabt haben, müssen wir das Diaphragma vor dem nächsten Geschlechtsverkehr desinfizieren (und dürfen Geschlechtsverkehr erst wieder haben, wenn die Infektion bereits abgeklungen ist!). Sacrotan ist ein zu scharfes Mittel und schadet dem Gummi. Ihr könnt euch von der Apotheke beraten lassen, welche Desinfizierungsmittel „gummifreundlich" sind – Zephirol zum Beispiel.

Nach einer Geburt oder nachdem wir relativ viel ab- oder zugenommen haben, kann es sein, daß wir eine neue Diaphragmagröße brauchen. Auf alle Fälle ist eine neue Größe notwendig, wenn wir das Diaphragma mit dem Finger hin und herschieben können, wenn also Platz zwischen unserer Vaginawand und dem Diaphragmarand ist. Sitzt das Diaphragma zu locker, kann es beim Geschlechtsverkehr verrutschen und Spermien können leicht daran vorbei.

Da es Diaphragmen in neun verschiedenen Größen (55-95 mm) gibt, ist es wichtig, die passende Größe festzustellen. Die meisten Gynäkologen und Gynäkologinnen wissen nicht, wie ein Diaphragma richtig angepaßt wird. Daher bekommen Frauen oft die falsche Grösse und werden schwanger.

Manchmal sind Frauen bei der Anpassung eines Diaphragmas etwas angespannt. Auch die Vagina ist dann etwas enger als im entspannten Zustand. Deswegen ist es sehr wichtig, daß wir den Sitz und die Größe des Diaphragmas nach 1-2 Wochen nachkontrollieren lassen. Es kommt häufig genug vor, daß die Frauen doch eine Nummer größer brauchen.

Joan Murphy



So sitzt das Diaphragma

Die Kappe für den Muttermund

So sitzt die Muttermundkappe

Die Verbreitung der Muttermundkappe, auch Portiokappe genannt, wurde bisher wenig gefördert. Deshalb wollen wir sie an dieser Stelle ein bißchen mehr ins Bewußtsein rücken.
Die Muttermundkappe oder Portiokappe ist eine fingerhutartige Kappe, die vorwiegend aus Gummi angefertigt wird.
Sie sitzt am Gebärmutterhals und bedeckt den Muttermund.
Fest sitzt sie dadurch, weil sie den Gebärmutterhals dicht umschließt.

Wie das Diaphragma hindert die Muttermundkappe die Spermien daran, in die Gebärmutter zu gelangen. Dadurch kann es zu keiner Befruchtung eines Eis kommen. Ebenfalls wie beim Diaphragma wird ein Spermizid mitverwandt, um keine Risiken einzugehen. Frau könnte auch annehmen, es ginge ohne Spermizid, weil die Muttermundkappe den Gebärmutterhals sowieso luftdicht abschließt. Doch dies sollten nur Frauen ausprobieren, für die eine Schwangerschaft nicht ausgeschlossen ist. Da es bisher einfach nicht genügend Erfahrungen im Umgang mit der Muttermundkappe gibt, beziehe ich mich bei meiner Darstellung auf die Anwendung, wie ich sie aus den USA kenne.

Genau wie beim Diaphragma könnte die Zuverlässigkeit der Muttermundkappe bei 98 % liegen. Nach der Statistik variiert sie jedoch zwischen 85 und 98 %. Die Gründe für das Versagen liegen vor allem darin, daß Ärzte und Ärztinnen die Muttermundkappe falsch anpassen, die Frauen schlecht beraten werden oder darin, daß Frauen die Muttermundkappe nicht bei jedem Geschlechtsverkehr benutzen.

Wer die Muttermundkappe nicht benutzen sollte

- Frauen, die Verletzungen am Muttermund oder Gebärmutterhals haben (z.B. durch schlecht durchgeführte Abtreibungen oder durch Geburten)
- Frauen, deren Gebärmutterhals entzündet ist
- Frauen, die Eileiter- oder Eierstockentzündungen haben. Entzündungsbedingte Schleimabsonderungen sollten immer in die Vagina abfließen können.
- Frauen, die die Muttermundkappe nicht richtig (selbst) einsetzen und herausnehmen können. Manchmal hat die Schwierigkeit des Einsetzens damit zu tun, daß Frauen zunächst Übung im Tasten ihres Gebärmutter-

Wie wird die Muttermundkappe eingesetzt?

Bevor frau die Muttermundkappe in die Vagina einführt, wird diese zu einem Drittel oder bis zur Hälfte mit einem Spermizid gefüllt. Frauen, die zuviel einfüllen, werden feststellen, daß die Muttermundkappe sich nicht mehr am Gebärmutterhals festsaugen kann. Zuviel war es dann, wenn das Gel beim Zusammendrücken der Muttermundkappe herausquillt. Als gutverträgliches Gel wird das von einer Berliner Apotheke auf natürlicher Basis selbst hergestellte Gel empfohlen (siehe dazu den Artikel über Gel).

Wichtig ist, daß frau weiß, wo ihr Muttermund liegt, ob er gerade in die Vagina hineinguckt oder ob er von der Seite her hineinlugt. Also erst einmal vortasten. Manche Frauen können ihn am besten halbliegend finden, andere in Hockstellung. Beim Einführen der Muttermundkappe öffnet frau mit einer Hand die Lippen; mit Daumen und Zeige- oder Mittelfinger drückt sie den Rand der Muttermundkappe zusammen und schiebt sie langsam am Boden der Vagina entlang, so weit, wie es geht, bis auf den Gebärmutterhals. Wenn die Größe stimmt, saugt sich die Muttermundkappe fest. Dabei klebt der vordere Teil nicht direkt am Gebärmuttermund, sondern es bleibt vorn ein kleiner Hohlraum, wo das Gel ist.

Um die Muttermundkappe zu entfernen, braucht frau nur den Rand der Kappe etwas vom Gebärmutterhals abzuheben, um das Vakuum und damit die Saugkraft aufzuheben. Dann läßt sie sich herausziehen.

Wichtig ist, daß die Muttermundkappe – wie das Diaphragma – bis mindestens acht Stunden nach dem letzten Geschlechtsverkehr über dem Muttermund bleibt. Danach ist es unwahrscheinlich, daß die Spermien in der Vagina noch bewegungsfähig sind. Nach dem Entfernen sollte die Muttermundkappe mit einer milden Seife und warmem Wasser gereinigt und gut abgespült werden. Eine Desinfizierung mit einem gummifreundlichen Desinfektionsmittel wie „Zephirol" ist nur notwendig nach Infektionen. Auch dann ist gründliches Abspülen wichtig!

Für die Säuberung der Rille im Rand der Muttermundkappe ist eine neue Zahnbürste gut geeignet. Nach dem Trocknen an einem sauberen, trockenen Ort wird die Muttermundkappe mit Kartoffelmehl eingepudert, um das Gummi geschmeidig zu erhalten. (Weizenmehl klumpt leicht).

Damit sich die Muttermundkappe nicht ablöst, sollte frau während der acht Stunden nach dem Geschlechtsverkehr nicht baden. Geburten und eventuell Abtreibungen können die Größe des Gebärmutterhalses verändern, so daß eine Neuanpassung notwendig werden könnte.

Wenn frau die Muttermundkappe herausnimmt, könnte sie einen unangenehmen, strengen Geruch feststellen, vor allem, wenn die Kappe mehrere Tage (was wir nicht empfehlen) an dem Gebärmutterhals saß. Dies liegt daran, daß die Bakterien nach so langer Zeit anfangen, Schleim und Creme zu zersetzen. Eine einfache Desinfektionsmöglichkeit besteht darin, die Muttermundkappe in einer Tasse Wasser, vermischt mit einem Teelöffel Essig, für ca. 20 Minuten einzuweichen.

Kleine Chronik

Die Muttermundkappe wurde zum ersten Mal in Deutschland im Jahre 1838 von einem Gynäkologen namens Adolphe Wilde beschrieben. Damals wurden Muttermundkappen nach Wachsabdrücken vom Gebärmutterhals angefertigt und eingesetzt. Die Idee, den Muttermund gegen Spermien abzudecken, gibt es schon seit über 2000 Jahren. Die dabei verwendeten Materialien sind solche wie eine halbe ausgehöhlte Zitrone, Gold, Silber, Elfenbein, Aluminium, Plastik und Gummi.

Während des 19. Jahrhunderts soll die Benutzung von Muttermundkappen weitverbreitet gewesen sein. In den 20er Jahren schließlich sei die Muttermundkappe in Deutschland viermal so bekannt gewesen wie das Diaphragma.

Seit der Jahrhundertwende ging die individuelle Anfertigung von Muttermundkappen zurück und es setzten sich die Standardgrößen aus Gummi durch. Sie wurden dadurch leichter erhältlich und billiger. In den Staaten begannen die Muttermundkappen seit den 30er Jahren vom Markt zu verschwinden, denn die Ärzte und Ärztinnen vermieden sie, weil sie für die Durchschnittsfrau angeblich zu kompliziert zu handhaben waren. Die einzige Herstellerfirma in den USA stellte die Produktion ein, weil sie zu wenig daran verdiente. Heute ist

halses brauchen. Ein weiteres Hindernis kann sein, daß der Gebärmutterhals in keine der vorhandenen Größen paßt.

Frauen aus der Feministischen Gesundheitsklinik in New Hampshire, die zwischen 1977 und 1980 circa 500 Muttermundkappen angepaßt hatten, konnten bis zu einem Drittel der interessierten Frauen die Muttermundkappe nicht anpassen, weil entweder der Gebärmutterhals zu lang oder zu kurz war oder eine Größe zwischen zwei Muttermundkeine der vorhandenen Größen richtig gesessen hätte.

Diskussion

Es ist auf den Mangel an Untersuchungen zurückzuführen, daß es verschiedene Meinungen darüber gibt, wielange die Muttermundkappe über dem Gebärmutterhals bleiben darf. In der Vergangenheit benutzten Frauen sie von einer Menstruation bis zur nächsten, ohne Verwendung von Spermiziden. Die Muttermundkappe wurde meist von Ärzten und Ärztinnen nach der Periode eingesetzt und kurz davor wieder herausgenommen. Von daher ist es ein besonders auf Sicherheit bedachter Weg, ein Spermizid mitzubenutzen und die Muttermundkappe acht Stunden an ihrem Platz zu belassen. Es wird angenommen, daß die Kappe ruhig drei Tage lang bleiben kann, ohne daß sich an der 98 %igen theoretischen Effektivität etwas ändern.

Es ist jedoch unwahrscheinlich, daß Spermizide drei Tage lang wirken, d.h. die Frauen in den USA verlassen sich bei ihrer Annahme hauptsächlich auf die Muttermundkappe als Barriere, obwohl die Spermizide als zusätzliche Sicherung stark hervorgehoben werden.

Vor jedem wiederholten Geschlechtsverkehr sollten Frauen immer tasten, ob die Muttermundkappe noch richtig sitzt, weil Frauen berichtet haben, daß die Kappe durch den Geschlechtsverkehr verrutschen kann. Eine Ursache kann sein, daß sich der Umfang des Gebärmutterhalses während des Zyklus mehr oder weniger verändert. Es gibt einige (wenige) Frauen, die je nach Zykluszeit zwei verschiedene Größen benötigen. Kurz vor der Periode, währenddessen und eventuell auch während des Eisprungs ist der Gebärmutterhals stärker durchblutet und eventuell weicher als nach der Periode. Aufgrund dieser Unklarheiten, die sich mit einem einmaligen Anpassen einer Muttermundkappe nicht beseitigen lassen, sollte sich jede Frau über einige Zyklen hinweg genau daraufhin beobachten und solange zur Sicherheit Kondome mitbenutzen. Während der Sitz eines Diaphragmas durch Gewichtsveränderungen beeinflußt werden kann, so trifft dies für die Muttermundkappe nicht zu, weil sie nur auf dem Gebärmutterhals sitzt und nicht an den Vaginawänden anliegt. Sie ist jedoch nicht geeignet für die Zeit während der Periode, weil das austretende Blut die Saugkraft aufheben kann. Außerdem würde es sich bei stärkeren Blutungen stauen und eventuell Entzündungen verursachen. Für diese Tage sind Kondome besser geeignet. Ansonsten ist es sehr wichtig, daß Frauen die Muttermundkappe bei jedem Geschlechtsverkehr benutzen.

Bisher gibt es keine Anhaltspunkte dafür, daß durch den direkten Kontakt der Haut des Gebärmutterhalses mit dem Gummi Schäden entstanden seien. Ich beziehe mich auf Aussagen von Gruppen in Iowa, New Hampshire und Boston sowie auf Dr. Hans Lehfeldt, der in seiner Tätigkeit als Gynäkologe die Kappen seit 1935 anpaßt und Autor einer Studie aus dem Jahre 1953 ist.

Zweifel bekomme ich bei dem Gedanken an eine von zwei Gynäkologen in Chicago entwickelte Muttermundkappe, die individuell angefertigt wird und mit einem Ventil versehen ist, das das Blut und den Schleim austreten läßt, aber keinen umgekehrten Weg offen läßt. Diese soll über Monate am Gebärmutterhals bleiben.

Abschließend möchte ich bemerken, daß die Muttermundkappe zu den Verhütungsmitteln gehört, die gefördert werden sollten, denn sie ist ungefährlich und nimmt Frauen keine Verantwortung aus der Hand. Übrigens – Männer spüren die Muttermundkappe meistens nicht.

Übersetzt und ergänzt von:
Brigitte Kramp

die Muttermundkappe von der amerikanischen Arzneimittelbehörde als Verhütungsmittel nicht zugelassen, weil ihre Sicherheit angeblich nicht gut genug erwiesen sei. Es ist anzunehmen, daß bei dieser Entscheidung Geschäftsinteressen eine Rolle spielten. Muttermundkappen werden in den USA noch nicht wieder hergestellt.

Seit circa 1979 darf sie in solchen Kliniken und Frauenzentren (offiziell) angepaßt werden, die sich bereitfinden, an speziellen, drei bis fünf Jahre dauernden Forschungen teilzunehmen. Der Haken ist, daß es in allen mir bekannten Forschungen um einen Vergleich zwischen dem Diaphragma und der Muttermundkappe geht. Einige Frauenzentren nehmen daran nicht teil, weil sie annehmen, daß damit eine der beiden Verhütungsmethoden vom Markt verschwinden soll.

In England wird die Muttermundkappe nur Frauen empfohlen, die aus anatomischen Gründen kein Diaphragma tragen können. (Ähnlich gehen wir Frauen im FFGZ zur Zeit damit um). In der Bundesrepublik wird sie äußerst selten benutzt. Sowohl die Frauengesundheitszentren in den USA als auch das FFGZ Berlin beziehen die Muttermundkappen mangels Produktion im eigenen Land aus England.

Das selbstgebraute Gel

Viele Frauen, die von der Pille „runterkommen" und etwas Natürlicheres benutzen wollen, sind von der Idee des Diaphragmas zwar begeistert, von dem Gel, das damit benutzt wird, jedoch nicht angetan. Dies ist verständlich, weil viele Gelsorten Parfümstoffe, Konservierungs- und Desinfizierungsmittel enthalten, die für den Verhütungszweck überflüssig sind. Oft greifen sie die Schleimhäute an (Rötung, Juckreiz) und schmecken und riechen nach Chemie.

Das arznei-telegramm berichtete 1981 in Form eines Warnhinweises über Verhütungsmittel, die Nonoxynol-9 und/oder Octoxynol enthalten. Außerdem sollen auch die Salze der Borsäure, die in manchen Verhütungsmitteln sind, bei Tierversuchen Mißbildungen im Skelett verursacht haben. Wir begannen uns zu fragen, ob die Diaphragma-Gel-Präparate doch schädlich sein könnten.

Die Ortho-Creme hatten wir seit Jahren nicht mehr empfohlen. Sie war uns schon damals verdächtig parfümiert, und wir fragten uns, wozu der perlenweiße Glanz? Inzwischen wissen wir, daß sie den besagten Wirkstoff Nonoxynol enthält. Wir empfahlen daher nur das Ortho-Gel, wollten aber trotzdem wissen, was das für ein Zeug ist. Wir schrieben also an den Hersteller – als Feministisches Frauen Gesundheitszentrum (FFGZ) und unter Pseudonym Dr. med. Nichts half. Das Rezept blieb (und bleibt) Geheimnis. Aber da im Laufe der Jahre nur eine Frau uns von Gel-verursachten Reizungen berichtete, nahmen wir an, daß das Gel gut verträglich sein muß, wohl auch wenige Nebenwirkungen hat. Da mein eigener Tubenverbrauch gering war, konnte ich selber nicht von Reizungen berichten.

Dann kam ein heißer Tip aus Heidelberg: In Frankreich sei ein Gel erhältlich, das geruchslos und viel billiger sei. Elle s'apelle: Genola! Wie oft haben wir Frauen beauftragt, uns Genola aus dem Urlaub in Frankreich mitzubringen?! Wieviele Apotheken habe ich letztes Silvester in Paris abgeklappert, um die letzten Vorräte aufzukaufen?! Und wie voll war mein Rucksack mit dem Zeug nach dem Wanderurlaub im Elsaß? Vorräte für den langen Winter...

...dachte ich. Bis ich erfuhr, daß Borsäure (0,63 g in einer 72 g Tube Genola) darin enthalten ist.

Was nun? Ist Gel überhaupt notwendig? Kann das Diaphragma nicht alleine die Spermien abwehren? Was ist in den Spermiziden (Mittel, die die Spermienbeweglichkeit beeinträchtigen) überhaupt enthalten?

Viele Hersteller von Verhütungs-Sprays, -gels und -Schäumen behaupten, ihre Spermizide-Produktion würde Spermien sogar abtöten. Wenn ein Mittel so stark wäre, daß es die Spermien abtötete, wäre der Gebärmutterhals genauso gefährdet. Was die Verhütungsmittel eigentlich bewirken, ist, ein Milieu zu schaffen, in dem die Vorwärtsbewegung der Spermien erschwert wird.

Wie geht das?

Wir müssen erst verstehen, was Spermien sind und wie sie sich bewegen. Spermien, auch Samen, Sparkis, benannt, bestehen aus zwei Teilen, einem Kopf und einem Geißelschwanz. In dem Kopf sind Chromosomen. Sie bestimmen, wie wir später sind, z.B. unser Geschlecht, unsere Augenfarbe und Körpergröße... Sie koppeln sich bei der Verschmelzung mit den Chromosomen im Ei. Die Zelle beginnt, sich zu teilen und wächst. Der Kopf hat keine eigene Bewegungsmöglichkeit. Dafür ist der Geißelschwanz sehr wichtig, sonst würde der Kopf irgendwo in der Gegend umherschwirren, es würde nie zu einer Befruchtung kommen. Der Geißelschwanz hat nichts anderes im Kopf, als den Kopf zu dem Ei zu bringen. Im Geißelschwanz sind u.a. ATP (Adenosintriphosphat)-Moleküle (Energiequellen). Diese Moleküle, die gespeichert sind, kommen in Kontakt mit Enzymen (Fermente) der Samenflüssigkeit, und nach dem Samenerguß mit Enzymen des Vaginalschleims. Durch eine Reaktion zwischen den ATP-Molekülen und den Enzymen wird Energie freigesetzt, und der Geißelschwanz bewegt sich durch ein Zusammenziehen und Ausstrecken. Seine wellenförmige Bewegung treibt den ganzen Samen voran.

Spermien werden in den Nebenhoden kühl gelagert. Dort ist eine Flüssigkeit, die für die Spermienbeweglichkeit ungünstig ist. Aber mal „unterwegs nach außen" werden sie von einer anderen Flüssigkeit umgeben, die von der Vorsteherdrüse kommt. Sie enthält Glukose und Fruktose (Trauben- und Fruchtzucker), die die Arbeit der ATP-Moleküle und dadurch die Fortbewegung der Spermien aufrechterhalten. Diese etwas

süßliche Samenflüssigkeit hat einen Säurewert von circa 6-7 pH.

Wenn die Spermien sich dann in der Vagina befinden, tritt eine sehr saure Umgebung (pH zwischen 4-4,5) den in Süße schwimmenden Spermien entgegen. Die Energievorräte können unter den sauren Umständen schlecht umgesetzt werden, und die Beweglichkeit fängt an abzunehmen. In einer Untersuchung wurden Spermien nach 90 Minuten Aufenthalt in der Vagina auf Beweglichkeit beobachtet. Bei einer wesentlich hohen Anzahl hatten sich die Geißeln abgelöst. Oben am Gebärmutterhals begegnet den Spermien noch ein Hindernis – der Schleimpfropfstöpsel am Gebärmuttermund. Dieser Schleim ist sehr dickflüssig und erschwert dadurch das Durchdringen der Spermien. Der Wasserbestandteil des Pfropfs liegt bei 92-94 %. Aber zur Zeit des Eisprungs unter Einfluß der Östrogene besteht der Pfropf aus circa 98 % Wasser. Noch vor dem Eisprung ändert sich der Säurewert des Schleimpfropfs von 6 auf 8 pH (zwischen dem 7. und dem 12. Tag eines 28-Tage-Zyklus). Der Schleim ist also basischer und dünnflüssiger, beides Bedingungen, die die Durchlässigkeit für Spermien begünstigen. Dazu kommt, daß sich die Spermien bei erhöhter Körpertemperatur schneller bewegen (Wärme aktiviert die ATP-Moleküle in der Vagina – anders als bei der mit Wärme erreichten zeitweisen Sterilisierung des Mannes (siehe Artikel von Barbara Seaman)). Die Samenflüssigkeit schützt die Spermien im Vaginalmilieu solange, bis sie an den durchlässigen Schleimpfropf herankommen und in die Gebärmutter hochwandern.

Viele Faktoren bestimmen mit, ob Spermien das Ei erreichen: z.B. der Zustand und die Reife des Spermiums, sein Alter und die Zusammensetzung der Samenflüssigkeit. Die Flüssigkeit in den Eierstöcken und Eileitern hat auf die Spermien eine anziehende Wirkung. Kupfer und Zink (vorhanden in der Spirale und in manchen Gels) und Quecksilber und Bleisalze (Schadstoffe, denen Männer an bestimmten Arbeitsplätzen ausgesetzt sind) vermindern die Beweglichkeit.

Die Spermien dürfen auf alle Fälle nicht ans Ziel kommen (wenn wir nicht schwanger werden wollen). Dazu dient das Diaphragma. Diese mechanische Barriere aus Gummi bedeutet für die Spermien ein noch schwieriger zu überwindendes Hindernis als der dickflüssige Schleimpfropf. Es hält die Spermien in dem sauren Milieu der Vagina zurück, wo mit der Zeit deren Beweglichkeit beeinträchtigt wird.

Die Frage, ob Gel oder nicht, muß jede Frau für sich beantworten. Heißt deine Abneigung dagegen, daß du nichts Chemisches (egal wie gering) in dir haben willst? Heißt es, du willst gar nicht verhüten?

Welche Bestandteile muß ein Gel (fürs Diaphragma) unbedingt erhalten, damit es die Spermien bewegungsunfähig macht? Auf alle Fälle Substanzen, die den Vor- und Nach-Eisprungschleim nachmachen, die also dickflüssig und sauer sind. Wie vorhin erwähnt, können wir mit der angegebenen Zusammensetzung des Ortho-Gels nicht viel anfangen. Verraten wird nur eine 35 Buchstaben große Zutat, p-Diisobutyl-phenoxypoly-äthoxyäthanol, die bloß 1 % des gesamten Gels ausmacht. Es ist ein Stoff, der das Gel sauer und viskös (zähflüssig) macht. Aber was das Gel sonst enthält, versuchen wir noch herauszufinden.

Seit kurzem geben wir Frauen eine Tube mit einem Gel, das Bekannte in einer Berliner Apotheke herstellen. Es riecht nicht wie das Ortho-Gel, es enthält keine Konservierungsstoffe und wir wissen bis zum letzten Gramm, was das Gel enthält:

8 g Weizenstärke
11 g gereinigtes Wasser
76 g Glycerin
4 g Traganth
1 g Zitronensäure

Bei der Herstellung werden noch 10 g Äthanol und analog Glycerinsalbe DAB 6, verwendet, die, bis das Gel fertig ist, verdunsten. Traganth (von der Bärenschote) quillt in Wasser auf und bildet einen trüben, schlüpfrigen Schleim. Er ist ein Bindemittel für die Herstellung pharmazeutischer Produkte. Die Zitronensäure macht ein saures Milieu, und Weizenstärke und Glycerin sorgen für die Dickflüssigkeit.

Die Berliner Apotheke hat in einem Jahr etwa 3.000 Tuben verkauft. Das Gel ist bei normaler Lagerung (Zimmertemperatur, Schraubverschluß) mindestens ein Jahr haltbar. Der hohe Gehalt an Glycerin, das saure Milieu und die luftdichte Verpackung bieten Pilzen und Bakterien denkbar schlechte Lebensbedingungen.

Nach ihren Erfahrungen wird das Gel gut vertragen, Reizungen treten selten auf. Das Gel schmeckt süß-sauer (Glycerin/Zitronensäure). Es riecht schwach aromatisch – nach dem Eigengeruch der Quellstoffe.

Es lohnt sich, das Gel in kleinen Mengen herzustellen. Die nebenstehende Kochanweisung ist eher ein Tip für Pharmazeutinnen oder Apothekerinnen, die über die nötigen Herstellungsutensilien wie z.B. eine Tubenabfüllmaschine verfügen.

Joan Murphy

REZEPT

(für Apotheker und mazeuten): Herstellungsvorschrift für das Diaphragmagel auf natürlicher Basis:

8 g Weizenstärke mind. 15 Min. mit 11 g destill. Wasser (worin 1 g Zitronensäure gelöst ist) quellen lassen, dabei öfter umrühren. Danach 76 g Glycerin (85 %) zugeben und mischen.

In einem anderen Gefäß 4 g Traganth pulv. mit 10 g Spiritus 90 % gut durchrühren und diese Mischung zu der ersten geben. Dann alles zusammen in einem siedenden Wasserbad solange erhitzen und dabei ständig rühren, bis der Alkohol vollständig verdampft ist (Geruch!) und das Gel dick und zäh geworden ist; bei 100 g und gutem Rühren dauert dies etwa 20-40 Min., bei 1 kg ca. 1-2 Stunden! Zwischendurch und zum Schluß muß das mitverdampfte Wasser auf 100 g ergänzt werden.

Das fertige Gel sollte in eine Tube abgefüllt werden, weils dann leichter aufzutragen ist. (Aponorm-Tubenabfüllgerät kostet ca. DM 40,–). AVP nach Arzneitaxe (8/82): DM 7,67.

Das gut verträgliche Gel wird – inzwischen auch in einigen anderen Apotheken – an jede Frau abgegeben, die dies wünscht; normalerweise wird es von Frauenärztinnen oder Institutionen, die das Diaphragma anpassen, den Patientinnen empfohlen.

Am besten tun sich ein paar Frauen zusammen und garantieren einer Apotheke die Abnahme einer bestimmten Menge – regelmäßig, dann lohnt sich auch die Anschaffung eines Tubenfüllgerätes und der Arbeitsaufwand bei 10 oder 20 Tuben. Andere interessierte Frauen wenden sich bitten an Pro Familia oder gute Frauenärzte/innen.

Apothekenkollektiv am Viktoriapark, Großbeerenstr. 52, 1000 Berlin 61

Den Eisprung am Schleim erkennen

Die tägliche Untersuchung des eigenen Vaginalschleims ist eine Verhütungsmethode, die auf Beobachtung der hormonbedingten Veränderungen des Schleims vom Gebärmutterhals während des Zyklus beruht. So wie die Geschlechtshormone Östrogen und Gestagen eine Wirkung auf unsere Stimmung (Erotik, Konzentriertheit...) und Aufstehtemperatur haben, so haben sie auch eine Wirkung auf den Schleim, der in den Drüsen des Gebärmutterhalskanals produziert wird.

Wenn wir uns über mehrere Zyklen beobachten, können wir feststellen, daß wir an manchen Tagen „trocken" (wenig Schleim, Ausfluß), an anderen aber sehr „feucht" sind (viel Schleim). Wir sehen den Schleim in dem Schlüpfer, auf dem Klopapier, oder wir fassen mit den Fingern in die Vagina oder gucken durch das Spekulum. Wir sehen nicht nur, wieviel Schleim vorhanden ist, sondern auch, welche Farbe und Konsistenz er hat. Im Laufe des Zyklus kann der Schleim verschieden gefärbt sein: milchig, klar, gelblich oder rot-bräunlich und sich unterschiedlich anfassen lassen: klebrig, zäh, spinnbar, feucht. Beides, die Farbe und die Zusammensetzung sind, wie die Menge, von Hormonen beeinflußt.

Durch regelmäßige Beobachtung unseres Schleims können wir feststellen, welche Eigenschaften des Schleims für verschiedene Zeitpunkte des Zyklus charakteristisch sind. Viele Frauen benutzen diese Beobachtungen, um ihren Eisprung, ihre fruchtbaren Tage also, zu bestimmen. Sie vermeiden während dieser Zeit den Geschlechtsverkehr ohne Schutz, falls sie nicht schwanger werden wollen. Frauen, die schwanger werden wollen, können nach dieser Methode genauso gut ihre fruchtbaren Tage feststellen.

In der ersten Zyklushälfte (vom 1. Tag der Blutung bis zum Eisprung) wird hauptsächlich Östrogen produziert. Dieses steuert die Bildung unseres Schleims. Da in den ersten Tagen nach Ende der Regel von diesem Hormon wenig vorhanden ist, ist unsere Vagina entsprechend trocken. Nach einigen Tagen merken wir, daß wir zunehmend feuchter werden. Der Schleim ist flüssiger und milchig-weiß. In dieser Zeit steigt der Östrogenspiegel langsam an. Wenn wir diesen Schleim jetzt untersuchen (zwischen die Finger nehmen), merken wir, daß wir langsam einen kleinen Faden ziehen können. Wir reden von der „Spinnbarkeit" des Schleims. Der Faden kann 3-4 cm lang sein, später sogar 6-7 cm und ist glasig klar wie Eiweiß. Die Östrogenmenge hat kurz vorher den höchsten Stand erreicht. Wenn der Eisprung stattfindet, ist die Spinnbarkeit des Schleims am größten. Wenn wir uns an diesem Tag mit dem Spekulum untersuchen, sehen wir auch, daß der Gebärmuttermund weiter geöffnet ist als sonst, und daß der Schleimpfropf, der sonst vor dem Gebärmuttermund sitzt, sich auflöst, dünnflüssig wird und langsam in die Vagina sickert. Dies ist der sogenannte „Eisprungschleim".

Wenn wir etwas von unserem Schleim unter dem Mikroskop untersuchen, sehen wir, daß die Zellen meist locker gruppiert sind. Um den Eisprung 'rum aber ist der Salzgehalt des Schleims höher, was die Gruppierung der Zellen beeinflußt und wir sehen ein Farnkraut- oder Eisblumenmuster. (Frauen, die Ihr in Labors arbeitet, das wäre etwas für Euch!)

Die Hormone sind genau aufeinander eingespielt. Von der Hypophyse (Hirnanhangdrüse) aus wird ein Signal übers Blut in Form von FSH (Follikel Stimulierendes Hormon) an einen der beiden Eierstöcke geschickt. Unter seinem Einfluß fangen einige Eibläschen (Follikel) an zu reifen. Diese Eibläschen bilden das Östrogen, während sie zur Oberfläche des Eierstocks heranreifen. Unter dem Einfluß von Östrogen wird die Schleimhaut in der Gebärmutter aufgebaut, in die sich später das befruchtete Ei einnisten kann. Kurz vor dem Eisprung veranlaßt die hohe Östrogenmenge das Gehirn, sich dazwischenzuschalten und ein Spritzer von LH (Luteinisierendes Hormon) zu geben. Dies bewirkt, daß das Follikel, das am weitesten gereift ist, platzt. Am Tage des Eisprungs platzt das Ei aus dem Bläschen heraus und wird vom trichterförmigen Ende des Eileiters aufgesogen. Durch Flimmerhärchen wird es über 4-5 Tage im Eileiter weiter bis in die Gebärmutter transportiert. Sollte das Ei innerhalb der nächsten 24-36 Stunden nicht befruchtet werden, stirbt es und wird vom Körper resorbiert. Sollte es eine Spermazelle erreicht haben, kann eine Schwangerschaft anfangen.

Das jetzt leer gewordene Bläschen schließt sich und bildet eine Drüse, den sogenannten „Gelbkörper", weil er gelb aussieht. Die Drüse bildet das zweite Eierstockhormon, das Gestagen. Nach dem Eisprung nimmt die Gestagenpro-

duktion rapide zu, die Östrogenproduktion dafür schnell ab. Gestagen ist für den charakteristischen Temperaturanstieg nach dem Eisprung verantwortlich. Es versorgt die Gebärmutterschleimhaut weiter, die vom Östrogen aufgebaut wurde, und verdickt den Schleimpfropf am Gebärmuttermund wieder, der unter dem Östrogeneinfluß flüssig geworden ist. Unser Schleim ist jetzt nicht mehr eiweißklar; er ist oft cremig oder gelblich. Manchmal ist er etwas rot oder bräunlich infolge einer schwachen Zwischenblutung während des Eisprungs. Bei den meisten Frauen folgt die Blutung etwa 14 Tage nach dem Eisprung, egal, wie lang oder kurz der Zyklus ist. Bis zu diesem Punkt nimmt die Spinnbarkeit des Schleimfadens ab, der Schleim wird wieder dikker und ist meistens weißlich.

Kurz vor der Periode erreichen Östrogen und Gestagen ihren niedrigsten Punkt. Unser Schleim wird spärlich und dick. Beide Hormone sind nicht mehr in der Menge da, die zur Aufrechterhaltung der von ihnen aufgebauten Gebärmutterschleimhaut notwendig ist. Die Schleimhaut wird durch das Zusammenziehen der Gebärmutter als Blut abgestoßen, es folgt unsere Regel. Damit fängt der Zyklus wieder von vorn an.

Wie bei der Temperaturmethode ist es nötig, daß wir unseren Zyklus mehrere Monate beobachten, um mit der Schleimmethode sicher umgehen zu lernen. Und noch besser ist es, nebenbei Temperatur zu messen. Denn sollten wir mal an einem Tag sehr trocken sein, an dem wir sonst, nach unseren Kalkulationen, eigentlich feucht sein sollten, können wir unsere Schleimbeobachtungen mit der Temperaturkurve vergleichen.

Es hat wenig Sinn, unseren Schleim zu untersuchen, wenn wir sexuell erregt sind, denn dann ist unsere Vagina sehr feucht. Diese Feuchtigkeit wird nicht von den Hormonen, sondern von zwei kleinen Drüsen am Vaginaeingang, den Bartholinschen Drüsen, hervorgerufen. Wenn wir am selben Tag oder am Tag davor Geschlechtsverkehr gehabt haben, ist unser Schleim ebenfalls schlecht auszuwerten. Die Spermienflüssigkeit, die sich noch in der Vagina befinden kann, könnte das Schleimbild ändern.

Wir können uns auf die Schleimmethode nicht verlassen, wenn wir eine Vaginalinfektion haben. (Bei Infektionen sollten wir Geschlechtsverkehr sowieso vermeiden!) Der Schleim sieht dann nämlich so anders aus, daß wir ihn nicht mehr ablesen können: Er kann klumpig und dick sein oder schaumig und etwas grünlich und kann sehr stark riechen (wie abgestandenes Bier oder gammliger Fisch). Es kann auch jukken. Dies sind Zeichen einer Infektion durch Pilze, Bakterien oder Trichomonaden.

Es ist auch möglich, einen Zyklus ohne Eisprung zu haben, was sehr häufig bei Mädchen, bei Frauen in den Wechseljahren und bei Frauen, die die Pille genommen haben, vorkommt. Ein Eisprung kann auch wegen Streß, falscher Ernährung, Gewichtsverlust, physischer Belastung... ausbleiben. Wir bekommen trotzdem die Regel – sie ist vielleicht nur ein bißchen schwächer als sonst. Wenn wir bei einem eisprungslosen Zyklus den Schleim beobachten, wird er manchmal trocken und zäh, manchmal feucht sein, aber nie sehr feucht und spinnbar. Außerdem würden wir keinen Temperaturanstieg auf der Kurve sehen.

Komplizierter wird es jedoch, wenn wir zwei Eisprünge in einem Zyklus haben, was erst wenigen bekannt ist. Nach Zofinger dürfen wir zwei Tage nach dem Eisprung bis zur Periode und einige Tage danach Geschlechtsverkehr haben, das sind die sogenannten „sicheren Tage". Zofinger geht davon aus, daß Frauen nur einen Eisprung pro Zyklus haben, und wenn zwei, dann kurz hintereinander, wie bei doppeleiigen Zwilligen. Dagegen haben wir Frauen im FFGZ einen zweiten Eisprung kurz vor der Regel und selbst während der Periode festgestellt.

Wie kommt es dazu? Die Hypophyse setzt Hormone frei, die den Eisprung und die Regel auslösen. Sie ist dabei u.a. auch von Umweltfaktoren abhängig. Dazu gehören z.B. Reisen, Aufregung, Streß, Verliebtheit, Trauer, Wünsche, Bedürfnisse. Wünsche können auch eine Rolle spielen, wenn Schwangerschaften trotz Verhütungsmittel zustandekommen.

Das wirft die Frage auf, wann ist die „sichere Zeit" überhaupt? Dazu gehören ein paar Informationen über Ei und Spermien. Ein Ei ist 24-36 Stunden nach dem Eisprung lebensfähig. Und Spermien können bis 72 Stunden leben. (Wir haben aber auch schon von fünf Tagen Ausdauer gehört!!!) Auf jeden Fall ist die Lebensdauer davon abhängig, wie optimal die Zustände sind, unter denen die Spermien „warten" müssen. Manche schwimmen nach oben und schlüpfen in die Drüsengänge des Gebärmutterhalskanals, wo der Schleim für sie klimatisch günstig ist. Er ist basischer als der in der Vagina, der ziemlich sauer ist (pH 4-4,5). Von diesen Unterschlupfhöhlen aus können sie im Laufe der Zeit oder Tage in die Gebärmutter und Eileiter wandern. Das heißt also, „sicher" wäre „es" bis ca. drei Tage vor dem Eisprung und erst drei Tage danach. Aber, ob „danach" das zweite Ei spontan und unangemeldet um die Ecke kommt? Meistens kommt es nicht völlig unangemeldet – eine „Vorwarnung" wäre der zunehmend spinnbare Schleim. Deswegen raten wir Frauen, den Schleim nicht nur bis zum ersten Eisprung, sondern täglich bis zur Periode zu untersuchen. „Ungünstig" ist es natürlich, wenn wir z.B. sechs Tage nach dem Eisprung Geschlechtsverkehr haben (in einer Zeit, die als „sicher" gilt) und am selben oder am nächsten Tag einen spinnbaren Eisprungschleim entdecken. (Dann könnten noch einige Spermien auf Achse sein...!)

Wenn es diese Komponente des zweiten Eisprungs nicht gäbe, hätten wir keine Bedenken gegen die Schleimuntersuchung als Verhütungsmethode, denn sie ist gesundheitlich nicht schädlich. Durch die tägliche Beschäftigung mit dem eigenen Schleim lernen wir unseren Körper besser kennen. Der Ablauf unseres Zyklus wird uns bewußter (vielleicht spüren wir bald unsere Eisprünge), und die Methode macht uns unabhängig von Ärzten und Ärztinnen. Außerdem können Frauen durch mehr Sensibilität für sich selbst eher neue Formen der Liebe und Sexualität entdecken, die sonst von Pille und Spirale sowie der damit zusammenhängenden männlichen Sexualität erdrückt werden. Wir möchten diese Methode auch nicht als unsicher oder unzuverlässig hinstellen, sondern lediglich auf ihre Risiken aufmerksam machen. Denn es gibt genügend Frauen, die durch die tägliche Untersuchung ihres Schleims sicher verhüten.

Wir möchten Frauen darum bitten, uns ihre Erfahrungen zu schicken. Vielleicht können Frauen sich in kleinen Gruppen zusammentun und miteinander über mehrere Monate die Schleimuntersuchungsmethode üben.

Joan Murphy
FFGZ Berlin

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum, Liegnitzerstr. 5, 1000 Berlin 36, Tel. 030/611 57 43

Aus "Hexengeflüster 2"

Die Temperaturmethode geht davon aus, daß wir durch tägliches Messen der Aufwachtemperatur feststellen können, wann unser Eisprung stattfindet.

Wann: Wir messen immer direkt nach dem Wachwerden, vor dem Aufstehen. Günstig ist es, wenn das Thermometer in greifbarer Nähe ist. Wenn wir nämlich erst vom Hochbett runter müssen oder im Kleiderschrank rumkramen, um es zu suchen, fängt der Körper schon an, Energie zu verbrauchen, Kalorien zu verbrennen, die Temperatur ist höher, als wenn wir sie sofort gemessen hätten. Wir sollen mindestens sechs Stunden geschlafen haben. Es ist nicht nötig, unbedingt immer zur gleichen Uhrzeit zu messen, obwohl das noch genauer ist. Wir dürfen also sonntags ruhig mal ausschlafen. Wichtiger ist es, die sechs Stunden geschlafen zu haben.

Wo: Wir nehmen möglichst immer dasselbe Thermometer und messen immer an der selben Stelle, in der Vagina, im After oder unter der Zunge. Wenn wir mal im Mund, mal in der Vagina messen, können die Werte dadurch schon unterschiedlich sein. Temperaturmessen unter der Achsel ist nicht zuverlässig.

Womit: Wir können ein ganz gewöhnliches Fieberthermometer benutzen. Noch besser ist das Vaginal- oder Basalthermometer. Es ist leichter abzulesen als das normale Fieberthermometer, weil es eine Skala von nur 36,3° C bis 37,5° C und Striche für 20 Gradeinheiten hat Es ist ziemlich teuer, jedoch verschreiben es manche Frauenärzte/innen auf Rezept.

Wie: Wir lassen das Thermometer etwa fünf Minuten drin, lesen die Temperatur ab und tragen sie mit Kreuz oder Pünktchen und am besten sofort in die Tabelle ein (siehe Kurve). Gut ist es, wenn wir eine Tabelle neben dem Bett liegen haben, damit wir das Eintragen nicht vergessen. Die Pünktchen oder Kreuze werden miteinander verbunden und so entsteht eine Kurve. Mit jedem neuen Zyklus, d.h. am ersten Blutungstag, wird eine neue Kurve begonnen. Es ist übersichtlicher, und die Kurven, übereinandergelegt, sind besser zu vergleichen.

Der Tag, an dem die Blutung anfängt, gilt als erster Tag des Zyklus. Während der Periode können wir ein „x" in das Kästchen unserer Tabelle eintragen. Wir werden merken, daß unsere Aufwachtemperatur zwischen der Periode und den Tagen vor dem Eisprung ziemlich niedrig ist (meist unter 36,9° C). Das ist nicht der Fall, wenn wir erkältet sind, zu wenig geschlafen oder viel Alkohol genossen haben. Dann steigt die Temperatur. Kurz vor dem Eisprung sinkt die Temperatur tiefer. Beim Eisprung dann werden Hormone (Gestagene) gebildet, die einen Temperaturanstieg veranlassen. Wir sehen, daß nach dem Eisprung die Temperatur in die Höhe schießt und oben bleibt. Diese Steigung kann auch über mehrere Tage („treppenweise") geschehen. Wenn unsere Aufwachtemperatur mindestens 0,5-0.8° C höher ist als sonst und dies mindestens drei Tage hintereinander, können wir sicher sein, daß ein Eisprung stattgefunden hat. Der Eisprung findet meistens etwa 12-14 Tage vor Beginn der Regel statt, also am circa 7. bis 9. Tag bei einem 21-Tage-Zyklus, am circa 21. bis 23. Tag bei einem 35-Tage-Zyklus.

Durch die Gestagene, die in der 2. Zyklushälfte ausgeschüttet werden, bleibt unsere Temperatur oben. 1 bis 2 Tage vor der Periode nimmt die Menge der Gestagene ab, die Temperatur sinkt, und die Blutung tritt kurz darauf ein. Ein Ei lebt circa 24 bis 36 Stunden und Spermien können im optimalen Milieu bis zu fünf Tage leben. Also sollen wir mindestens fünf (vorsichtshalber sechs bis sieben) Tage vor und mindestens drei Tage nach dem Eisprung keinen Geschlechtsverkehr ohne Verhütung haben.

Leider hat diese Methode zwei Unsicherheitsfaktoren. Wir können den Eisprung erst im Nachhinein feststellen, also wenn er schon stattgefunden hat. Deswegen müssen wir mindestens mehrere Monate gemessen haben, bevor wir uns darauf verlassen können, daß wir im voraus wissen, wann der Eisprung mit Sicherheit eintritt. Außerdem zeigt die Temperaturkurve nicht auf, wann und ob wir einen zweiten Eisprung haben, weil die Temperatur nicht ein zweites Mal runtergeht.

Viele Frauen haben jedoch mit Temperaturmessen jahrelang „ohne Pannen" verhütet. Noch sicherer ist die Temperaturmethode, wenn wir gleichzeitig unseren Schleim beobachten.

Joan Murphy

Massage, wenn der Eisprung ausbleibt

Der Gebrauch von abortiven Kräutern, Tees und Massage ist nicht zu vergleichen mit der Wirkung ähnlicher, hochwirksamer Medikamente, in denen ein einziger Wirkstoff isoliert oder synthetisch hergestellt wird. Die Anwendung von Kräutern ist keine „Stoßtherapie", sondern ihre Wirkung wird durch ein Zusammenspiel verschiedener Wirkstoffe erreicht.
Sie sind wesentlich harmloser als die meisten Hormonpillen.
Auch wenn die abortive Wirkung ausbleiben sollte, kann es – wenn strikt nach Rezept vorgegangen wird – zu keinen schädigenden Auswirkungen auf das Kind und die Mutter kommen.
Im Gegenteil: die durch Kräuter und Massage angeregte Durchblutung kann für die Einnistung des Eis auch von Vorteil sein.
Es besteht allerdings die Möglichkeit einer verzögerten Reaktion auf Massage und Kräuter:
Eine Frau, bei der die Massage nicht erfolgreich war, hatte versucht, das Kind zu halten und entsprechend ruhig gelebt...
Im fünften Monat kam es bei ihr doch zu einer Fehlgeburt, die zu dem Zeitpunkt sehr schmerzhaft ist.
Geburtsschäden an Kind und Mutter, wie wir sie bei der „Pille danach" riskieren, sind durch Kräuter und Massage nicht zu befürchten.
Frauen, die auf die Idee kommen, eine Packung Minipillen auf einmal zu schlucken, weil das dieselbe Dosierung von Gestagenen wie bei der „Pille danach" ergibt, sind weit mehr gefährdet als die Frauen, die es frühzeitig mit Massage und Tees versuchen. Das setzt jedoch eine kundige Beobachtung des eigenen Zyklusverlaufs voraus.

Das erste Mal hörte ich von der Bindegewebsmassage, als ich gerade sieben Tage schwanger war. Damit meine ich, vom Zeitpunkt der Befruchtung an gerechnet. Trotzdem war ich mir sicher (Temperatur erhöht wie sonst nie, Ziehen wie während der Periode usw.). In dieser Situation traf ich also eine Frau, die Bindegewebsmassage kannte und konnte. Da erfuhr ich dann, daß Bindegewebsmassage – eine Woche vor dem normalen nächsten Periodentermin angewendet – eine bereits bestehende Schwangerschaft abbrechen kann.

Von dieser Möglichkeit wollte ich natürlich sofort Gebrauch machen. Jeden Tag ließ ich mich massieren. Sieben Tage lang. Doch hatte ich mir unter Massage eigentlich etwas anderes vorgestellt. Eher etwas Angenehmes. Die Bindegewebsmassage dagegen besteht aus schneidenden Strichen, die mit dem Mittelfinger (unterstützt vom nachfolgenden vierten Finger) der massierenden Frau auf Rücken und Po ausgeführt werden. Zentrum der meisten Striche bildet das Kreuzbein. Durch die Verschiebung der Haut gegen ihre Unterlage entsteht ein Zugreiz auf das Bindegewebe unter der Haut und das Zwischengewebe. Alle diese Striche (siehe Zeichnung) werden an einer sitzenden Frau durchgeführt. Wichtig dabei ist, daß die Striche während des Ausatmens der Frau erfolgen. Die Frau stellt sich dabei vor, daß sie durch ihre Vagina ausatmet und konzentriert sich so auf ihren Atem. Durch die Bindegewebsmassage wird das Gewebe so stark durchblutete, daß die Strichführung bei vielen Frauen als rote Linien noch einige Zeit erhalten bleibt und die Haut sich ganz heiß anfühlt. Die Reizung wirkt sich oft schnell auf die Gebärmutter aus. Ich bemerkte schon während der Bindegewebsmassage starke Kontraktionen. Allgemein wirkt sie stark ermüdend: viele Frauen fahren danach nicht so gut Auto.

Wenn aber eine Frau sich nicht ganz auf Bindegewebsmassage konzentriert, nicht offen dafür ist, halte ich die Mühe für vergebens! Die Bindegewebsmassage bleibt ohne die beabsichtigte Wirkung, wenn sie erst nach dem 40. Tag des „Überfällig-seins" durchgeführt wird.

Die Bindegewebsmassage eignet sich nicht nur dazu, ungewollte Schwanger-

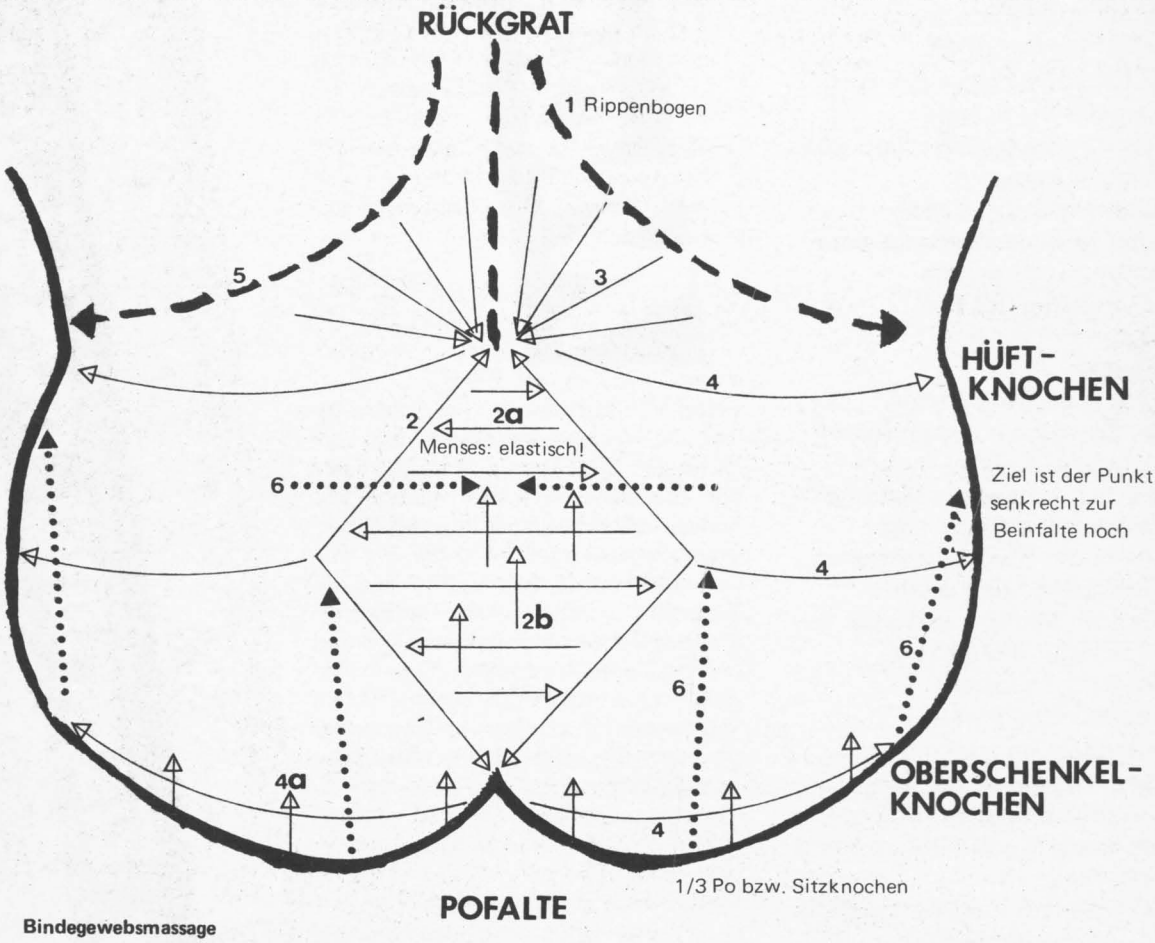
schaften – kurz nach der bemerkten Befruchtung – zu unterbrechen, sondern hilft auch bei einem Nicht-Funktionieren der Eierstöcke: sie kann, gezielt angewandt, den Eisprung hervorrufen. Erfolg bringt sie besonders bei Kreuzschmerzen der Frau und neurovegetativen Störungen des kleinen Beckens Der Einfluß auf das vegetative Nervensystem nützt vor allem Frauen mit Beschwerden während der Wechseljahre. Ganz vielen Frauen bringt sie auch Hilfe bei Dysmenorrhoe (schmerzhafte Periode), zu seltener, zu häufiger oder unerklärt ausbleibender Regelblutung. Gerade hier sind dauerhafte Erfolge zu verbuchen.

Ich kann die Bindegewebsmassage nur allen Frauen ans Herz legen. Da ich meine Periode schließlich pünktlich bekam, lernte ich selbst diese Technik. Ich bin von dieser einfachen und ungefährlichen Methode begeistert und bitte alle Frauen, selbst die Bindegewebsmassage zu lernen. Damit jede Frau, die Beschwerden hat oder ungewollt schwanger geworden ist, sich von einer Freundin massieren lassen kann und nicht erst lange nach einer Frau suchen muß. Es hat jedoch keinenSinn, die Bindegewebsmassage bei liegender Spirale durchzuführen. Das richtet nur Schaden an.

Die Bindegewebsmassage wirkt intensiver, wenn die Frau sich direkt danach zehn Minuten hinlegt und später ein Sitzbad mit Zulauf (heiß!) im Rücken am Kreuzbein nimmt (gut: Rosmarinöl im Badewasser).

Barbi Pirner

MASSAGE: ABER WIE ?



Bindegewebsmassage

1. Ausgleichstriche*: Rippenbögen (auch entlang Rücken, Schulter)
2. Rhombus (links unten beginnen, dann rechts unten, links oben...)
   a) Ausfüllstriche
   b) Anhakstriche
3. Fächer (Striche sind etwa 5 cm lang)
   – zum Hüftknochen
   – Mittelbeckenstrich
   – ab Pofalte zum Schenkel
4. a) Poanhakstriche
5. Rippenbögen
6. Reaktionsstriche (stark): – vom Sitzknochen hoch
   – seitlich hoch zur Beinfalte
   – Mensesstriche
7. Ausgleichstriche zum Abschluß

Alle Striche – außer den Reaktionsstrichen (1 x) – werden 2 x durchgeführt.

* Ausgleichstriche bestehen aus einem sanften Entlangfahren mit der ganzen Hand (Kontaktaufnahme)

Das wiedergewonnene Wissen Abortive Tees

Hier werden einige Tees und Kräuter aufgeführt, die die Bindegewebsmassage unterstützen und bei ausbleibendem Eisprung die Blutung herbeiführen helfen. Die hier genannten Kräutertees sind harmlos und ohne schlimme Nebenwirkungen: das übliche Maß ist ein Teelöffel (TL) pro Tasse und zehn Minuten ziehen lassen.

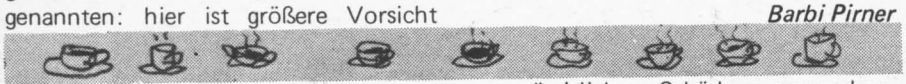
2 TL Weinraute, ebenso 1 TL Rainfarn (Bitterstoffe wirken auf die glatte Muskulatur des Uterus entkrampfend), 2 TL Poleiminze, ebenso 1 TL Thymian und 1 TL Rosmarin (ätherisches Öl reizt die Schleimhaut der Gebärmutter), 1 TL Schafgarbe (Bitterstoffe und ätherisches Öl fördern die Durchblutung).

Alle Kräuter können je nach Geschmack einzeln genommen oder untereinander gemischt werden. Zum Mischen der Tees und zur Geschmacksverbesserung eignen sich Kamille, Baldrian, Pfefferminze.

Zu den weniger harmlosen Kräutern gehören die in den folgenden Rezepten genannten: hier ist größere Vorsicht angebracht und ein genaues Einhalten der angegebenen Mengen erforderlich. Für beide Kräuter gilt darüberhinaus, daß sie sechs Tage vor Ausbleiben der Periode genommen werden müssen, und nur im Zusammenspiel mit der Bindegewebsmassage wirken.

- Ganze Petersiliensamen gut zerkauen und einspeicheln: zwei Mal einen Teelöffel täglich über fünf Tage, maximal für die Dauer der Bindegewebsmassage. In keinem Fall mehr davon nehmen, weil sie die Nieren stark belasten. Frauen, die nieren- oder blasenkrank sind, sollen besonders aufpassen. Da es sehr scheußlich schmeckt, ist es am besten, die Samen mit Nüssen zusammen zu kauen.
- Täglich etwa 5 g Vitamin C in kleinen Mengen über den Tag verteilt bis zu sechs Tage lang einnehmen. In 1-2 g Portionen langsam beginnen und absetzen, wirksamer sind intramuskuläre Injektionen, die verhindern, daß das Vitamin C zu schnell wieder ausgeschieden wird.

Barbi Pirner



„Rosmarin und Thymian wächst in unserm Garten, Jungfer Else ist die Braut, will nicht länger warten. Roter Wein, weißer Wein, morgen soll die Hochzeit sein."

Nur noch in einem Kinderlied ist das Wissen unserer Vorfahrinnen über die Verhütung einer Schwangerschaft mit Kräutern enthalten. Es gibt viele Pflanzen, die richtig und zum richtigen Zeitpunkt angewandt, eine Befruchtung bzw. die Einnistung des befruchteten Eis verhindern und blutungsfördernde Wirkung haben. Das meiste Wissen darüber ist im Dunkel der Hexenverbrennung und im Sieg der männlichen Medizin versunken. Wir müssen es uns erst wieder mühsam erarbeiten.

Die meisten Kräuter mit abortiver Wirkung haben als Wirkstoffe viel ätherisches Öl, dazu kommen noch Bitterstoffe und bei einigen Gerbstoffe. Einige Pflanzen wirken durch Gifte (meist Alkaloide), andere hemmen die Zellteilung (z.B. Colchicin), oder haben hormonähnliche Stoffe, die wehenauslösend sind (z.B. Caulophyllum). Fast allen Kräutern gemeinsam ist, daß sie zu einem sehr frühen Zeitpunkt, am besten noch vor dem Ausbleiben der Menstruation, spätestens aber ab fünf Tage nach Ausbleiben angewandt werden müssen.

Ein Problem ist die Dosis (z.B. bei Safran und Petersilie), sie muß stark genug sein, um zu wirken, darf aber keine gesundheitlichen Schäden verursachen, diese Grenze ist bei jeder Frau unterschiedlich. Dazu kommt noch, daß nicht jede Frau auf jedes Kraut anspricht. Außerdem sind die wirksamsten Kräuter nur sehr schwer oder gar nicht in der Bundesrepublik erhältlich. Caulophyllum ist apothekenpflichtig.

Trotzdem will ich zwei Rezepte, die abtreibende, bzw. blutungsfördernde Wirkung haben können, und die einige Frauen im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum ausprobiert haben, weitergeben. Beide Tees sind in der angegebenen Menge nicht toxisch (giftig): Trotzdem ist die Dosierung und sind die Anwendungsvorschriften einzuhalten. Frauen, die eine Spirale haben, sollten sie nicht ausprobieren.

1. Safran: 5 gr. echten Safran auf 3/4 l Wasser sieben Minuten kochen, dann 15 Min. zugedeckt ziehen lassen. Dieses Gebräu innerhalb von 8 Std. in kleinen Mengen trinken, ohne es nochmal aufzuwärmen. Nur 1 x machen und nicht wiederholen, die Blutung kann bis zu 10 Tage später eintreten.
2. Abtreibungstee aus San Francisco:
   100 gr. setzen sich zusammen aus:
   Wurzeln: Echter Eibisch 1 Teil (1 Teelöffel), Baldrian 1 Teil, Caulophyllum thalictorides 1 Teil.
   Kraut: Rainfarn 1 Teil, Weinraute 2 Teile, Thymian 1 Teil, Poleiminze (menta pulegium) 2 Teile, Mistel 1 Teil, blaues Eisenkraut 1 Teil.
   Koche die Wurzeln 5 Min., gib dann die Kräuter dazu und laß den Tee 10 Min. ziehen. Insgesamt einen 3/4 l tägl. auf den Tag verteilt trinken. Am besten drei bis fünf Tage vor Ausbleiben der Periode damit beginnen, circa zehn Tage lang oder bis Einsetzen der Blutung trinken. Nach Beendigung der Teekur mehrere Tage lang täglich eine Tasse Tee aus Brennessel, Hirtentäschel und Frauenmantel trinken. Fußnote: Frauen, die diese Rezepte ausprobiert haben, sollen unbedingt das Ergebnis an die Courage, Bleibtreustr. 48, 1000 Berlin 12, unter dem Stichwort „Kräutertee" schicken.

Christine

(Siehe auch den Artikel für Bindegewebsmassage).

Das sanfte Licht der Vollmondin

Die Unsicherheit, ob und wann ein Eisprung ist, macht es schwer, ohne Pille oder Spirale zu verhüten und sich auf Schleimstrukturmethode, kombiniert mit Diaphragma oder Kondom, zu verlassen; auch das Vertrauen in den eigenen Körper und der Umgang mit Sexualität werden dadurch erschwert. Die Methode der Lunaception kann Frauen dabei helfen, ihren Eisprung zu einem bestimmten Zeitpunkt zu bekommen. Es ist sogar möglich, den Zeitpunkt des Einsprungs so zu steuern, daß der monatliche Eisprung mit dem 2. Eisprung, dem Mondeisprung, zusammenfällt.

Das Geheimnis der Lunaception ist das Licht. Durch die Zirbeldrüse (unser „drittes Auge") wirkt das Licht stimulierend auf unser Hormonsystem und hat dadurch Einfluß auf unseren Zyklus. Licht kann einen Einsprung auslösen, jedoch nur, wenn ein Wechsel von hellen und dunklen Nächten gewährleistet ist. Als wir noch nicht mit künstlichem Licht so überflutet wurden wie heute, kam das Licht in den Nächten allein von der Mondin. Durch den Rhythmus von Vollmond (helle Nächte) zum Neumond (dunkle Nächte) war dieser stimulierende Wechsel vorgegeben. Heute müssen wir den Lichtwechsel erst durch allerlei Hilfsmittel wieder herstellen.

Zunächst muß es möglich sein, das Zimmer, in dem frau schläft, so zu verdunkeln, daß kein Licht von außen eindringen kann; also Rollos oder dichte Vorhänge/Decken am Fenster anbringen. Als nächstes wird an drei aufeinanderfolgenden Nächten (z.B. 13./14./15. Nacht) im Zyklus der Vollmond nachgemacht, indem frau am Fußende des Bettes die ganze Nacht durch eine schwache Lichtquelle brennen läßt. Das Licht darf beim Schlafen nicht stören. Das von der Decke und Wänden reflektierte Licht hat dann dieselbe Wirkung wie das sanfte Licht der Vollmondin.

Zur Unterstützung braucht frau dann noch eine Temperaturkurve, in die sie ihre Aufwachtemperatur einträgt und daran ablesen kann, ob und wann ein Eisprung stattgefunden hat. Allerdings muß frau etwas Geduld aufbringen und bekommt Schwierigkeiten damit, woanders zu schlafen, wenn dort keine Verdunklungsmöglichkeit ist.

Im FFGZ Nürnberg empfehlen wir diese Methode der Lunaception Frauen, die keinen Eisprung oder einen sehr unregelmäßigen Zyklus haben und keinerlei Hormonbehandlung machen wollen, bzw. eine solche Behandlung ohne Erfolg (mit mehr Schaden als Nutzen) hinter sich haben. Durch eine spezielle Bindegewebsmassage oder durch fleißiges Bauchtanzen empfehlen wir, die Lunaception zu unterstützen.

Der Mondeisprung

Als verwirrende, uneinkalkulierbare Größe, der zweite überraschende Eisprung im Zyklus, der die ganze natürliche Verhütung über den Haufen wirft, wird oft der Mondeisprung ausgemacht. Was verbirgt sich dahinter?

Jeden Monat steht der Mond einmal im gleichen Winkel zur Sonne wie am Tag der Geburt. Zu diesem Zeitpunkt ist frau für die Mondenergien besonders empfänglich und kann einen Eisprung haben. Das kann ein weiterer Eisprung sein, aber auch der „normale" Eisprung im Zyklus.

Ich habe bei mir die Erfahrung gemacht, daß sich, als ich anfing, weniger entfremdet zu leben, der Zeitpunkt meines Eisprungs auf den Mondeisprungs-Winkel einpendelte (trotz Leben in der Großstadt mit entsprechender Dauerbeleuchtung). Auch nach der Geburt meiner Tochter hatte ich meine erste Blutung (ohne vorherigen Eisprung) am Tag des Mondeisprungs und meinen ersten Eisprung dann vier Wochen später wieder bei diesem Winkel.

Die größere Sensibilität zu diesem Zeitpunkt zeigt auch folgende Erfahrung: Wenn bei einer Frau, die lange Zeit keinen Eisprung hatte, durch eine spezielle Bindegewebs-Massage ein Eisprung hervorgerufen werden soll, kommt ihr Eisprung schneller, wenn einige Tage vor dem errechneten Mondeisprung mit der Behandlung begonnen wird, als wenn zu einem beliebigen Termin oder zur Mitte des Zyklus hin massiert wird.

Wie wird der Tag des Mondeisprungs ausgerechnet:

Frau braucht dazu Geburtstag und Stunde. Nun in Ephemeriden (Tafeln, die den genauen Planetenstand in den Zeichen für jeden Tag zu Mitternacht oder Mittag angeben) nachsehen, wo zu dieser Zeit Sonne und Mond standen, die Ergebnisse in den Tierkreis eintragen und die Grade zwischen beiden zählen (ergibt den Winkel). Zum Schluß die Grade in Tage und Stunden umrechnen. Jetzt fehlt nur noch ein Kalender, in dem Neu- und Vollmond eingetragen sind. Frau zählt jeden Monat ab Neumond die errechneten Tage und hat dann für jeden Zyklus den Tag ihres Mondeisprungs.

Rechenhilfen: Jedes Zeichen umfaßt 30^{o}, gezählt wird immer in Pfeilrichtung von der Sonne ausgehend, die Sonne entspricht der Neumondstellung. Für 1^{o} braucht der Mond circa zwei Stunden, für 30^{o} (ein Zeichen) 2.1/2 Tage.

Beispiel:

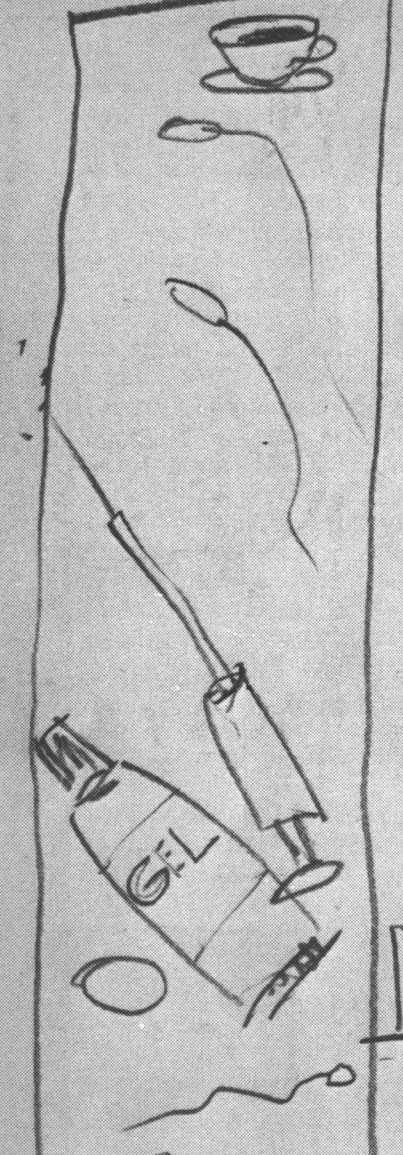
hier kommt der mitgeschickte Tierkreis

Zwischen Sonne (O) und Mond ( ) sind 86^{o}. 86^{o} x 2 = 172 Std.; 172 Std.: 24 = 7 Tage und 14 Std.
Der Mondeisprung ist also immer bei einem Winkel von 86^{o} oder 7 Tagen und 14 Std. nach Neumond aufgerundet zwischen dem 6. und 8. Tag nach Neumond.

Falls Eisprung und Mondeisprung nicht übereinstimmen, ist es gut, der Verhütung auch zum Zeitpunkt des Mondeisprungs erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, da ein weiterer Eisprung sein kann, es muß aber keiner sein.

Wenn wir unserem Mondeisprung Beachtung schenken, kann das dazu führen, daß wir wieder sensibler für den Rhythmus unseres Körpers werden und eine Ahnung davon bekommen, wie auch wir mit kosmischen Rhythmen in Verbindung stehen, bzw. ein Teilchen davon sind.

Christine
FFGZ Nürnberg,
Wilhelm-Marx-Str. 58,
8500 Nürnberg



Auf einen

Diaphragma

Das Diaphragma ist eine Kappe aus Gummi mit einem Federring, das schräg in der Vagina liegt und den Gebärmutterhals bedeckt. Es ist eine mechanische Barriere und hindert die Spermien daran, in die Gebärmutter zu gelangen. Seine Wirkung wird von einem Gel unterstützt, das die Spermien bewegungsunfähig macht. Es wird vor dem Sexualverkehr eingesetzt. Gut und richtig angepaßt ist es sehr zuverlässig. Das Diaphragma gibt es in neun verschiedenen Größen. Das Diaphragma wird nur in entsprechenden Situationen benutzt. Es verhütet nicht auf Vorrat wie die Pille und die Spirale. Dadurch wird die Beschäftigung mit dem eigenen Körper und die direkte Einbeziehung der Verhütung in den Sexualverkehr möglich. Auch Männer können daran beteiligt werden. Das Diaphragma ist billig und hält lange.
Vorurteil: die sogenannte Unterbrechung beim Schmusen. Ein kleiner Nachteil: das Diaphragma wird acht Stunden nach dem Verkehr weiter getragen. Während dieser Zeit darf frau nicht schwimmen und baden.

Schleimstrukturmethode

Die Schleimstrukturmethode gehört zu den natürlichen Verhütungsmethoden. Es werden anhand der täglichen Untersuchung des Vaginaschleims die fruchtbaren und die unfruchtbaren Tage bestimmt. Aufgrund der Farbe, der Konsistenz und Spinnbarkeit des Schleims läßt sich der Zeitpunkt des Eisprungs im voraus genau feststellen.

Die Schleimstrukturmethode ist leicht zu lernen. Gleichzeitig lernen wir unseren Körper berühren und unseren Zyklus genau kennen. Sie ist völlig unschädlich!

Die Schleimuntersuchung ist dann nicht zuverlässig, wenn Infektionen, Pilze oder Bakterien vorhanden sind. Sie ist ebenso unzuverlässig am Tag nach dem Verkehr wegen der vorhandenen Spermienflüssigkeit oder wegen Rückstände des Gels. Ein eventueller zweiter Eisprung ist nur nach dieser Methode zu erkennen. (Die Schleimuntersuchung wird auch bei der Billings-Methode vorgenommen).

Lunaception

Sie ist die älteste natürliche Verhütungsmethode. Mit Hilfe des Lichts läßt sich der Zeitpunkt des Eisprungs genau steuern. Es ist sogar möglich, den Zeitpunkt des ersten und zweiten Eisprungs auf denselben Tag zu legen.

Der Zyklus der Frau reagiert auf Licht. Das wird auf die Kräfte des Mondlichts zurückgeführt. Wichtig bei der Anwendung der Lunaception ist der Wechsel von hellen und dunklen Nächten.

Wärmebad oder „heiße Höschen" für Männer

Die Hemmung der Spermienproduktion auf natürlichem Wege durch Hitze ist seit alters her bekannt. Die genaueste Methode ist von Martha Vögeli beschrieben worden: drei Wochen lang täglich eine dreiviertel Stunde in heißem Wasser baden macht den Mann für ca. sechs Monate vorübergehend unfruchtbar. Um sicher zu sein, empfiehlt sich eine anschließende Spermienzählung.

Eine andere Erwärmungsmethode bieten Rocks „Heiße Höschen" — das sind isolierte Hodensackhalter, die von Harvard-Studenten erprobt worden sind. Ähnliche Versuchsreihen liefen in Frankreich.

Muttermund- oder Portiokappe

Sie gehört zu den mechanischen Barrieren. Die Muttermundkappe sitzt auf dem Gebärmutterhals ähnlich wie ein Fingerhut. Es gibt sie in vier verschiedenen Größen, und sie muß genau angepaßt werden. Im Gegensatz zum Diaphragma saugt sich die Muttermundkappe am Gebärmutterhals fest und hindert so die Spermien daran, in die Gebärmutter zu wandern. Sie besteht aus einem festen Gummi und wird auch mit einem Gel benutzt. Mit Übung ist sie sehr leicht selbst einzusetzen. Sie wird wie das Diaphragma erst vor dem Verkehr eingesetzt. Sie ist leider in der Bundesrepublik erst wenig bekannt.

Frauen, die Entzündungen oder „rote Stellen" am Gebärmutterhals haben, sollten sie nicht nehmen, erst wenn diese abgeheilt sind.

Die Muttermundkappe wird acht Stunden nach dem Sexualverkehr getragen. Während dieser Zeit soll frau nicht schwimmen oder baden. Die Muttermundkappe wird mit warmem Wasser ausgewaschen und trocken gelagert. Sie ist billig und hält lange.

Temperaturmethode

Sie gehört zu den natürlichen Verhütungsmethoden. Durch tägliches Messen der Aufwachtemperatur wird der Eisprung festgestellt. Gemessen wird nach mindestens sechs Stunden Schlaf. Die Temperatur wird immer an derselben Stelle gemessen: in der Vagina, im After oder unter der Zunge. Bevor wir uns darauf verlassen können, müssen wir unsere Kurven über mehrere Monate beobachtet haben.

Die Methode ist völlig unschädlich. Wir lernen mehr über die Reaktionen unseres Körpers, unabhängig davon, ob wir Sexualverkehr haben oder nicht. Das macht uns für andere Formen der Sexualität offen. Der Eisprung wird erst im Nachhinein festgestellt, wodurch die Methode immer eine Unsicherheit behält. Ein eventueller zweiter Eisprung ist nicht von der Kurve abzulesen. Die Temperaturmethode ist in Verbindung mit der Schleimstrukturmethode sicherer.

Die Pille für den Mann

Sie befindet sich als Mittel zur Empfängnisverhütung noch im Experimentierstadium, wird aber als Mittel gegen die „männliche Menopause" und beim Bodybuilding von vielen benutzt. Synthetische Hormone stoppen die Spermienproduktion beim Mann — ähnlich wie bei der Frau durch Falschmeldung an die Hypophyse. Die neue Pille — die australische — besteht aus einer Androgen-Östrogenkombination mit mehr Androgenanteil. Mit dieser Zusammensetzung konnten die Nebenwirkungen von Enovid, der ersten Männerpille — wie Feminisierung und Herzanfälle — vermieden werden. Es traten lediglich Übelkeit und in einigen Fällen weniger Lust auf. Die Spermienproduktion war fünf Wochen nach Absetzen des Mittels wieder normal. Die Risiken für Krebs und Blutgerinnselbildung sind die gleichen wie bei der Antibabypille.

Schaum, Sprays, Cremes, Gels

Sie gehören zu den chemischen Barrieren und gelten alle als mehr oder weniger unsicher. Die Versagerquote liegt zwischen 15 und 20 %. Die zusätzliche Verwendung eines Kondoms wird unbedingt empfohlen. Sie müssen kurz vor dem Verkehr tief in die Scheide eingeführt werden, dort entfalten sie ihre spermienhemmende Wirkung erst nach zehn Minuten. Teilweise beginnen sie dort wild zu schäumen und verbreiten starke Gerüche nach Chemie oder billigem Parfüm. Sie verursachen Reizungen an den Schleimhäuten und rufen ein Brennen oder ein unangenehmes Hitzegefühl an Scheide und Penis hervor.

Als unangenehm wird auch empfunden, daß sie danach noch auslaufen. Wichtiger Hinweis für Patentex Oval: es kann, wenn es doch zur Empfängnis kommt, Geburtsschäden verursachen.

Weitere Präparate: agen 52, Delphinschaum, Confidol. Sie gelten als ebenso schädlich, unverträglich, unsicher.

Blick

Kondome, „Pariser", Präservative

Es ist eine mechanische Barriere für Männer, das einzig verbreitete Verhütungsmittel für Männer überhaupt. Es besteht aus sehr feinem Gummi, oft mit dem Vermerk „gefühlsecht". Kondome gibt es in allen Größen, Farben, Formen und mit vielen Extras.

Es ist leicht zu handhaben und kann von beiden aufgesetzt werden, ohne daß das Schmusen unterbrochen werden muß. Wichtig ist, daß das Ejakulat Platz im Gummi hat und daß der Penis aus der Vagina herausgezogen wird, wenn er noch steif ist. Kondome schützen auch vor ansteckenden Krankheiten und vor Infektionen.

Es ist ratsam, nur Kondome zu kaufen, die „elektronisch geprüft" sind. Dann sind sie sehr zuverlässig.

Kondome sind heute sehr dünn, so daß es objektiv nicht stimmen kann, daß das Beischlafgefühl des Mannes — seltener auch der Frau — gemindert sein soll.

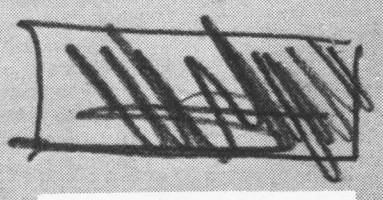
Anti-Baby-Pille

Sie ist ein hormonales Verhütungsmittel. Es gibt sie als Zweiphasen- oder als Kombinationspräparate. Sie enthalten anteilig Östrogene und Gestagene. Durch die tägliche Pilleneinnahme wird eine Schwangerschaft vorgetäuscht und es findet kein Eisprung statt. Es kommt zur monatlichen Entzugsblutung. Sie wird als „sicherstes" Verhütungsmittel von der Pharmaindustrie angepriesen.

Die verhütende Wirkung kann durch verschiedene Schmerz-, Beruhigungsmedikamente und durch Antibiotika aufgehoben werden (z.B. Thomapyrin, Gelonida, Valium, Librium).

„Nebenwirkungen": erhöhte Anfälligkeit für vaginale Infektionen und Zystenbildung, Gewichtszu- und -abnahme, Ernährungsstörungen, Migräne, Übelkeit, Erbrechen, Depressionen, Libidoverlust, Sehstörungen, Veränderungen der Haut, Spannungen in der Brust, Haarausfall. Besonders gefährliche „Nebenwirkungen": Bluthochdruck, Thrombosengefahr, Schlaganfälle (lebensbedrohlich für Raucherinnen) und erhöhtes Krebsrisiko.

Nach Absetzen der Pille kommt es häufig zu Regelstörungen. Die Pillenpräparate sind ohne Ausnahme absolut schädlich für die Gesundheit der Frau. Die Pille ist verschreibungspflichtig. Frau bekommt sie nur, wenn sie vorher beim Arzt war. Im Jahr kostet sie ca. DM 120,—. Sie versetzt uns Frauen in eine Dauerbereitschaft für Sexualität, unabhängig davon, welche Sexualität frau sich wünscht.



Die Minipille

Sie ist ein hormonales Verhütungsmittel auf der Basis von Gestagenen. Die Wirkung der Gestagene richtet sich auf den Schleimpfropf vor dem Gebärmutterhals, der für Spermien undurchlässig gemacht wird. Der Eisprung findet statt und löst die Blutung aus.

Sichtbare Nebenwirkungen: Schmierblutungen, schwächere Blutung, Akne, fettige Haut, Brustverkleinerungen. Gesundheitsschäden wie bei der Pille. Die Minipille muß täglich um die gleiche Uhrzeit eingenommen werden, sonst ist sie nicht „sicher".

Dreimonatsspritze, Antibabyspritze

Im Handel als Depo-Clinovir und Noristerat. Sie wirkt wie die Minipille aufgrund einer hohen Dosierung eines langzeitwirkenden Gestagens. Es gibt sie nur als Spritze, die alle 11-12 Wochen verabreicht wird. Gelegentlich kommt es zum Ausbleiben der Regel.

„Nebenwirkungen" sind wie bei Pille und Minipille. Zusätzlich kann es zu Sterilität und zum völligen Ausbleiben der Regel bis zu zwei Jahren führen. Depo-Clinovir ist erst in Verruf geraten, als immer deutlicher wurde, daß es Gebärmutterkrebs hervorrufen kann. Deswegen ist es in den USA schon längere Zeit als Verhütungsmittel verboten. Davon unbeeinflußt, ist es in der Bundesrepublik weiter auf dem Markt. Frauen, laßt die Finger davon!

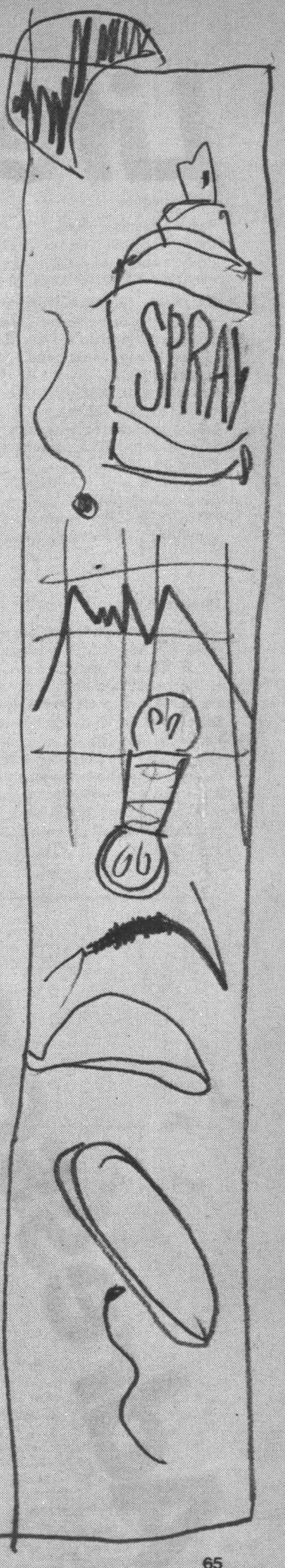
Spirale, Intrauterinpessar (IUP)

Die Spirale gehört zu den mechanischen Verhütungsmitteln. Es gibt die verschiedensten Spiralen. Die Kupfer-T-Spirale und die Spiralen aus weißem Kunststoff werden am häufigsten eingesetzt. Die Plastikspirale gibt regelmäßig Gestagene an die Gebärmutter ab. Wenn die Wirkung der Gestagene (nach einem Jahr) oder die des Kupfers (nach zwei Jahren) nachläßt, muß eine neue Spirale vom Arzt eingesetzt werden. An einem haarfeinen Faden, der aus der Scheide heraushängt, kann frau prüfen, ob die Spirale noch an ihrem Platz ist.

Ein Abstoßen der Spirale ist besonders in den ersten Monaten nach Einlage der Spirale und nach der Menstruation möglich. Wenn die Spirale nicht richtig sitzt, kommt es zu Krämpfen und Schmerzen. Seltener, aber möglich, zur Perforation der Gebärmutter

Die Wirkung der Spirale ist höchstwahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß sie in der Gebärmutter eine Infektion auslöst, die die Schleimhaut so verändert, daß sich das befruchtete Ei nicht darin festsetzen kann. Wichtig: IUP-Trägerinnen erleiden etwa 3-5 mal häufiger Entzündungen von Gebärmutter, Eierstöcken und Eileiter. Angebliche Zuverlässigkeit: von 100 Frauen werden 1 bis 3,6 Frauen schwanger.

Die Spirale führt zu plötzlichen Blutungen oder starken Schmerzen. Sie können Myome im Unterleib und verklebte Eileiter hervorrufen. Es treten vermehrt Eileiterschwangerschaften auf, die zur Sterilität führen können. Spiralschwangerschaften enden meist mit einer Fehlgeburt und können lebensgefährliche Infektionen auslösen. Jungen Mädchen wird die Spirale ausdrücklich nicht empfohlen. Wir erweitern diese Empfehlung auf alle Frauen.



Literatur

Antibabypille

Barbara Seaman: „The Doctor's Case agains the Pill", Dolphin Books 1980
Barbara and Gideon Seaman: „Woman and I the Crisis in Sex Hormones", New York 1981
E.R. Koch: „Krebswelt", Köln 1981
„The Birth Control Book", New York 1978
The Boston Women's Health Collective: „Unser Körper, unser Leben", Band 1 und 2, Hamburg 1981
Dr. J. Rötzger: „Natürliche Geburtenregelung" Wien, Stuttgart, Zürich 1979
Clio, eine periodische Zeitschrift zur Selbsthilfe, hrsg. vom FFGZ, Liegnitzerstr. 5, 1000 Berlin 36
COURAGE 1/77: „Zeitbombe Pille", Ärztinnengruppe Berlin
COURAGE 4/79: „Hormonale Empfängnisverhütung", Christina Kuhlmann

Duogynon

„Gesunde Geschäfte, die Praktiken der Pharma-Industrie". Hrsg. K. Langbein, H.P. Martin, H. Weiss, R. Werner, Köln 1981
H. Kurz: „Besonderheiten der Arzneimittel in der Schwangerschaft und Stillperiode". In: Schriftenreihe der bayrischen Landesapotheker, Heft 18, 1979.
Kurt Blüchel: „Die weißen Magier, das Milliardengeschäft mit der Krankheit". 1974
Staatsanwaltschaft beim Landgericht Berlin 19.12.1980, 1 Wi Js 329/78
Staatsanwaltschaft Offenburg 30.06.1980, 8 Js 357/80

Spirale

Deutsches Ärzteblatt, Heft 41, 1976, Heft 2, 1978
Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 47, 1978
COURAGE 12/80: „Die Verhütungsspirale"
COURAGE 4/81: „Dalkon-Shield-Spirale"

Muttermundkappe und Diaphragma

„The Cervical Cap Handbook, For Users & Fitters", Iowa City 1982. Copyright Emma Goldman Clinic of Woman 7154 Dodge Street, Iowa 52240
„The Diaphragm and other Intravaginal Barriers", Department of Medical and Public Affairs of George Washington University Medical Center, Population Information Series H-4 Januar, 1976
COURAGE 8/78: „Diaphragma – eine alte neue Verhütungsmethode". Dorle Schubert
COURAGE 12/80: „Hey, du, ich hol mein Diaphragma". Joan Murphy
COURAGE 10/81: „Diaphragma-Odyssee. Millionen Spermien preschen voran".

Natürliche Verhütungsmittel

Anja Meulenbelt: „Für uns selbst. Körper und Sexualität aus der Sicht der Frauen". München 1981
„Hexengeflüster" (1 und 2), Frauenselbstverlag Berlin 1977
Dr. med. Evelyn Billings und Ann Westmore: „Schluß mit der Pille". Empfängnisverhütung mit der Billings-Methode. Berlin 1982

Bindegewebsmassage

Elisabeth Dicke: „Meine Bindegewebsmassage"
Heide Teirich-Seube: „Grundriß der Bindegewebsmassage"
E. Dicke, Schliack, Wolf, v. Langendorfer G.: „Bindegewebsmassage"

Lunaception

„Bewußt fruchtbar sein", Irisiana Verlag
Anne Kent Rush: „Mond, Mond", München
„Und der Mond fiel auf die Erde", Zürich 1977. Kontaktadresse: Frauenbuchladen, Stockerstr. 37, 8002 Zürich
Mondfrauenkalender 1981
„Coneis American Ephemeris", Band I, 1900-1950, Band II, 1950-2000, Hieratic Publishing (in den meisten Bibliotheken vorhanden)
Dr. med. Eugen Jonas: „Natürliche Geburtenregelung", 8052 Zürich, Postfach
Shuttle/Redgrove: „Die weise Wunde Menstruation", Fischer 1980. Darin: „Menstruierter Mond"

Sterilisation

Norbert Ney: „Sterilisation des Mannes – das geringste Übel", Münster 1977
COURAGE 6 und 7/80: Serie: „Sterilisation der Frau"

Sonstiges

Gerhard Amendt: „Die Gynäkologen", Hamburt 1982, Konkret Literatur Verlag
Internes Symposium: „Aktuelle Aspekte der hormonalen Kontrazeption", 1982 Berlin

Adressen

Adressen von Beratungsgruppen in Frauenzentren

2300 Kiel, Gneisenaustr. 18
3000 Hannover 91, Nieschlagstr. 26
3300 Braunschweig, Magnikirchstr. 4
3400 Göttingen, Kurze Geismarstr. 24
3550 Marburg, Renthof 18
4300 Essen 14, Dreiringstr. 11
4360 Bochum, Schmidstr. 12
8400 Regensburg, Tändlergasse 7

Andere Adressen:

6600 Saarbrücken3, Cecilienstr. 29, Beratungsgruppe im Frauenladen
6900 Heidelberg, Blumenstr. 43, Informationen für die Frau (IFF)
2000 Hamburg-Altona, Familienplanungszentrum (Pro familia), An der Johanniskirche 20, Tel. 040/439 28 22
2000 Hamburg 6, Kampstr. 11, Beratungsgruppe

Adressen von Frauen Gesundheits Zentren

1000 Berlin 36, Liegnitzerstr. 5, Feministisches Frauen Gesundheitszentrum
1000 Berlin 61, Fidicinstr. 14, Frauenselbsthilfeladen 13. Mond
2000 Hamburg 6, Marktstr. 27, Frauenselbsthilfeladen
8000 München, Gabelsbergerstr. 66, Frauen Gesundheits- und Selbsthilfezentrum (im Frauenzentrum)
8500 Nürnberg, Wilhelm-Marx-Str., Café Luna, Feministisches Frauen Gesundheits-Zentrum

Adressen der Pro familia-Landesverbände

Baden-Württemberg: Schloßstr. 60, 7000 Stuttgart 1
Bayern: Türkenstr. 103/I, 8000 München 40
Berlin: Schöneberger Ufer 55, 1000 Berlin 30
Bremen: Stader Str. 35, 2800 Bremen
Hamburg: Seewartenstr. 7, 2000 Hamburg 11
Hessen: Auf der Körnerwiese 5, 6000 Frankfurt/Main 1
Niedersachsen: Bödekerstr. 62, 3000 Hannover 1
Nordrhein-Westfalen: Robert-Daum-Platz 1-3, 5600 Wuppertal 1
Rheinland-Pfalz/Saarland: Rheinallee 40, 6500 Mainz
Schleswig-Holstein: Marienkirchhof 6, 2390 Flensburg

Index

A

Abort, Fehlgeburt
Adenokarzinom, Krebs im Drüsengewebe
Androgen, natürliches männliches Sexualhormon
Äthinylöstradiol, künstliches Östrogen

B

Bartholinsche Drüsen, zwei kleine Drüsen am Vaginaeingang

C

Cancerogenität, krebsauslösende Wirkung
carzinogen, krebsauslösend

D

Diäthylstrilbestrol, (DÄS), das erste künstliche Hormon
Duogynon, Hormonpille zum Feststellen der Schwangerschaft (ebenso Cumorit, Östro-Primolut)

E

Ejakulat, Ejakulation, Samenerguß
Embolie, Blutpfropfen
Embryo, Fötus im Mutterleib
Etynodiol-diacetat, künstliches Gestagen
Extrauterinschwangerschaft, Eileiter- oder Bauchhöhlenschwangerschaft

F

Follikel, Eibläschen
Food and Drug Administration, amerikanische Zulassungsbehörde für Arzneimittel
Fötus, befruchtetes Ei im Mutterleib
FSH, follikelstimulierendes Hormon

G

Gestagen, siehe S. 23

H

Hämostase, Blutstillung
Hypophyse, Hirnanhangdrüse, regelt den Hormonhaushalt

I

Indikation, Diagnosestellung
intrauterin, innerhalb der Gebärmutter

K

Karzinom, Krebs
Klimakterium, Wechseljahre

Koagulation, Gerinnung
Kontrazeption, Verhütung

L

LH, luteneisierendes Hormon, verursacht den Eisprung
Levonorgestrel, künstliches Gestagen
Libido, sexuelles Verlangen
Lynestrenol, künstliches Gestagen

M

Menopause, Wechseljahre
Mestranol, künstliches Östrogen
Myom, gutartige Geschwulst der Gebärmutter

N

Norethisteron(acetat), künstliches Gestagen

Ö

Östrogen, siehe S. 23

P

Pearl-Index, Sicherheitsskala für Verhütungsarten
Plazenta, Mutterkuchen
Progesteron, natürliches Hormon, siehe S. 23
Prostata, Vorsteherdrüse

R

Reproduktion, Fortpflanzung, Wiederherstellung der Art

S

Sekundäre Amenorrhöe, Ausbleiben der Regelblutung
Spekulum, Gerät aus Plastik oder Metall, um in die Vagina zu gucken
Sperma, männliche Samenzellen
Spermizid, spermienhemmende Mittel
Stilbestrol, siehe Diäthylstilbestrol

T

Testosteron, natürliches männliches Hormon
Thrombose, Blutgerinnsel

Z

Zervix, Gebärmutterhals
Zyste, sackartige Geschwulst mit dünn- oder dickflüssigem Inhalt

---

IMPRESSUM

COURAGE
Bleibtreustr. 48
1000 Berlin 12
Tel. 030/882 77 27/28

Redaktion: Christel Dormagen, Christa Müller (verantwortlich), Sibylle Plogstedt, Barbara Rosenberg, Irene Stoehr, Sabine Zurmühl. **Endredaktion:** Sibylle Plogstedt. **Mitarbeiterinnen und Autorinnen dieses Sonderheftes:** Brita Arste, Gudrun Blankenburg, Claire Bretécher, Christine — FFGZ Nürnberg, Cornelia Gewandt, Hildegard Kawan, Regina Kramer, Brigitte Kramp, P. Lehmann, Joan Murphy, Helma Nastali, Barbie Pirner, Renate Schein, Christine Scholz, Barbara Seaman, Tübinger § 218-Gruppe. **Korrekturen:** Angela Hennig, Anne Meckel, Barbara Pörner. **Layout:** Heidi Zimmermann. **Satz:** Rita Ottens. **Büro:** vorm. Eva-Maria Epple, nachm. Doris Fürstenberg. **Abonnements:** Jutta Konstandin, Christine Landgraf, Christa Müller. **Vertrieb, Finanzen, Werbung:** Doris Fürstenberg. **Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 7. Kleinanzeigen:** Paula Schmidt. **Archiv:** Barbara Pörner. **Handverkauf:** Hildegard Kawan. **Verlag:** Courage Frauenverlags-GmbH. **Druck:** Henke Berlin. **Handelsvertrieb:** Verlagsunion, Postf. 6707, Friedr.-Bergius-Str. 7, 6200 Wiesbaden, Tel. 06121/26 60, Telex: 04186116. **Lieferung für den Buchhandel einschl. Sonderhefte:** Frauenbuchvertrieb GmbH, Mehringdamm 34, 1000 Berlin 61, Tel. 030/215 16 66. **Das Sonderheft-Abo kostet DM 26,— (4 Hefte) und ist zu beziehen über Courage. Bank:** Berliner Bank, Courage Frauenverlags-GmbH, Kto.-Nr. 1985 083 200 (BLZ 100 200 00). **Postscheck:** Courage Frauenverlags-GmbH, Kto.-Nr. 21 188-106 PschA Bln-W. **Rechte:** Alle Rechte vorbehalten. Copyright liegt bei der Courage. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. **Titel:** Paula Schmidt nach einem Motiv von Niki de St. Phalle.

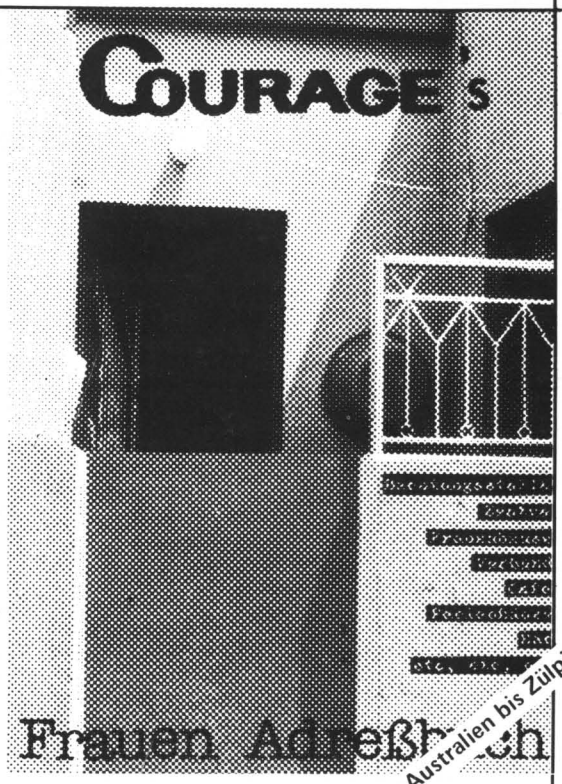
Anzeige

Preis 9,80 DM

Beratungsstellen
Zentren
Frauenhäuser
Verbände
Cafes
Ferienhäuser
Bars, Discos

"Das Buch ist zwar nicht quadratisch, aber praktisch und gut."

überall, wo es die COURAGE gibt.



SONDERHEFT-ABO

Im Sonderheft-Abo ist das Verhütungs-Roulette und das Frauenadreßbuch billiger!

Ich abonniere die COURAGE-Sonderhefte

O Frauenadreßbuch
O ab Nr. 7 Verhütungs-Roulette

Als neue Sonderheft-Abonnentinnen habt Ihr die Möglichkeit, die Sonderhefte 1 bis 6 zum ermäßigten Preis von DM 5,– pro Stück zu bestellen.

O Nr. 1 Menstruation
O Nr. 2 Psychiatrie
O Nr. 3 Alltag im 2. Weltkrieg
O Nr. 4 Mädchen
O Nr. 5 Sexualität
O Nr. 6 Älter werden

CoS/83

O 4 Hefte DM 26,–, bzw. 32,– (Auslands-Abo)
O Geschenk-Abo für DM 26,– bzw. 32,– (Auslands-Abo)

COURAGE Frauenverlags-GmbH, Bleibtreustr. 48, 1000 Berlin 12

Name/Vorname: .....
Straße/Nr.: .....
PLZ/Ort: .....
Datum: ..... Unterschrift: .....

Ich bin damit einverstanden, daß das Sonderheft-Abo jeweils zum 31.1 oder 30.7. kündbar ist, frühestens jedoch nach Erhalt von 4 Heften. Geschenk-Abos laufen automatisch nach 4 Heften aus.

Rechnung an: .....
.....

Vertrauensgarantie: Ich weiß, daß ich diese Bestellung innerhalb von zwei Wochen widerrufen kann.

Datum und Unterschrift: .....

EINZUGSERMÄCHTIGUNG nur für ABO: Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die Abonnementsgebühren von meinem Konto abgebucht werden. Die Ermächtigung wird ungültig, wenn ich sie schriftlich widerrufe.

Name der Kontoinhaberin: .....
Geldinstitut: .....
Kontonummer: .....
Bankleitzahl, Ort: .....
Datum: ..... Unterschrift: .....