

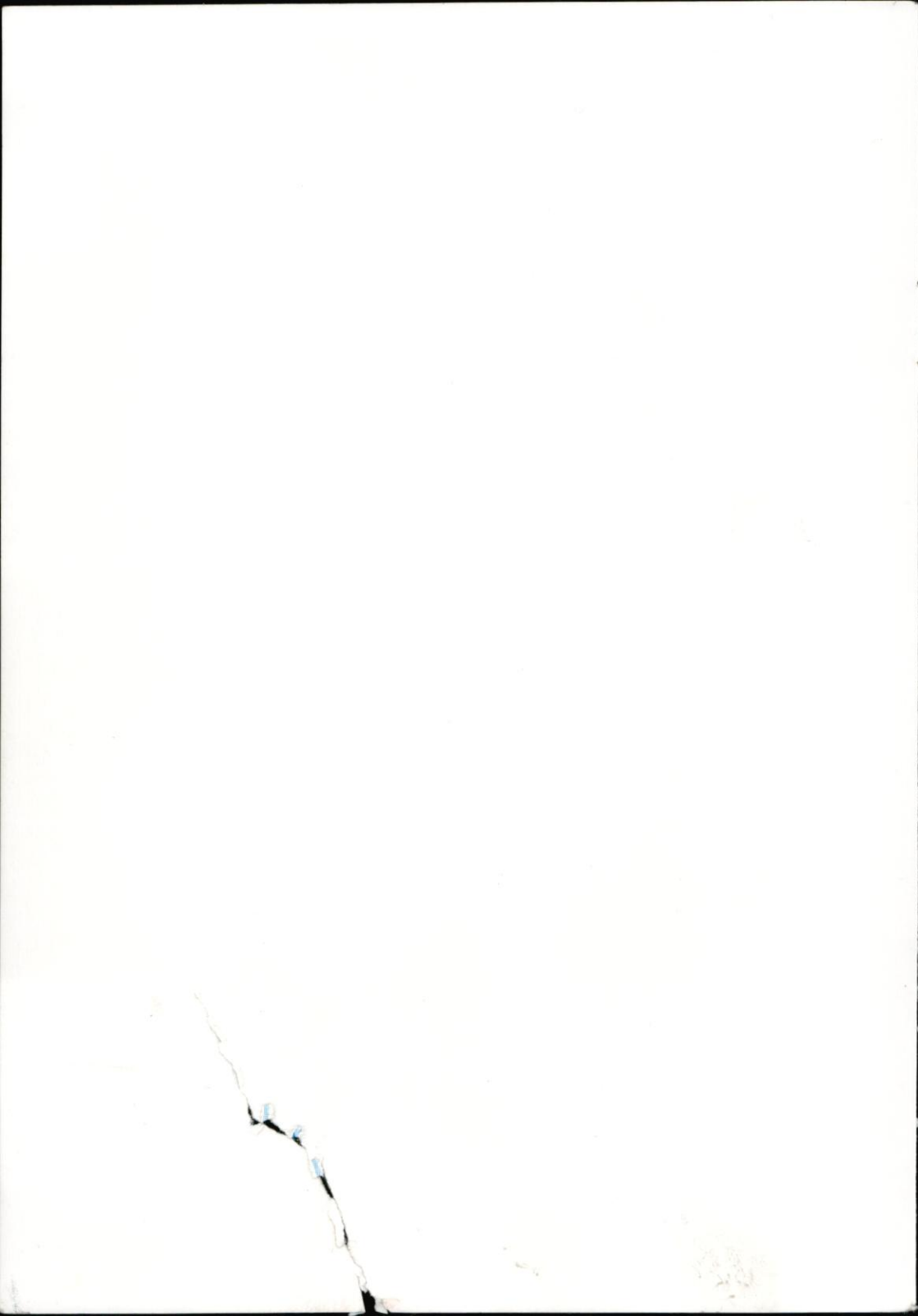
Für Lebensrecht und Zukunft Europas!

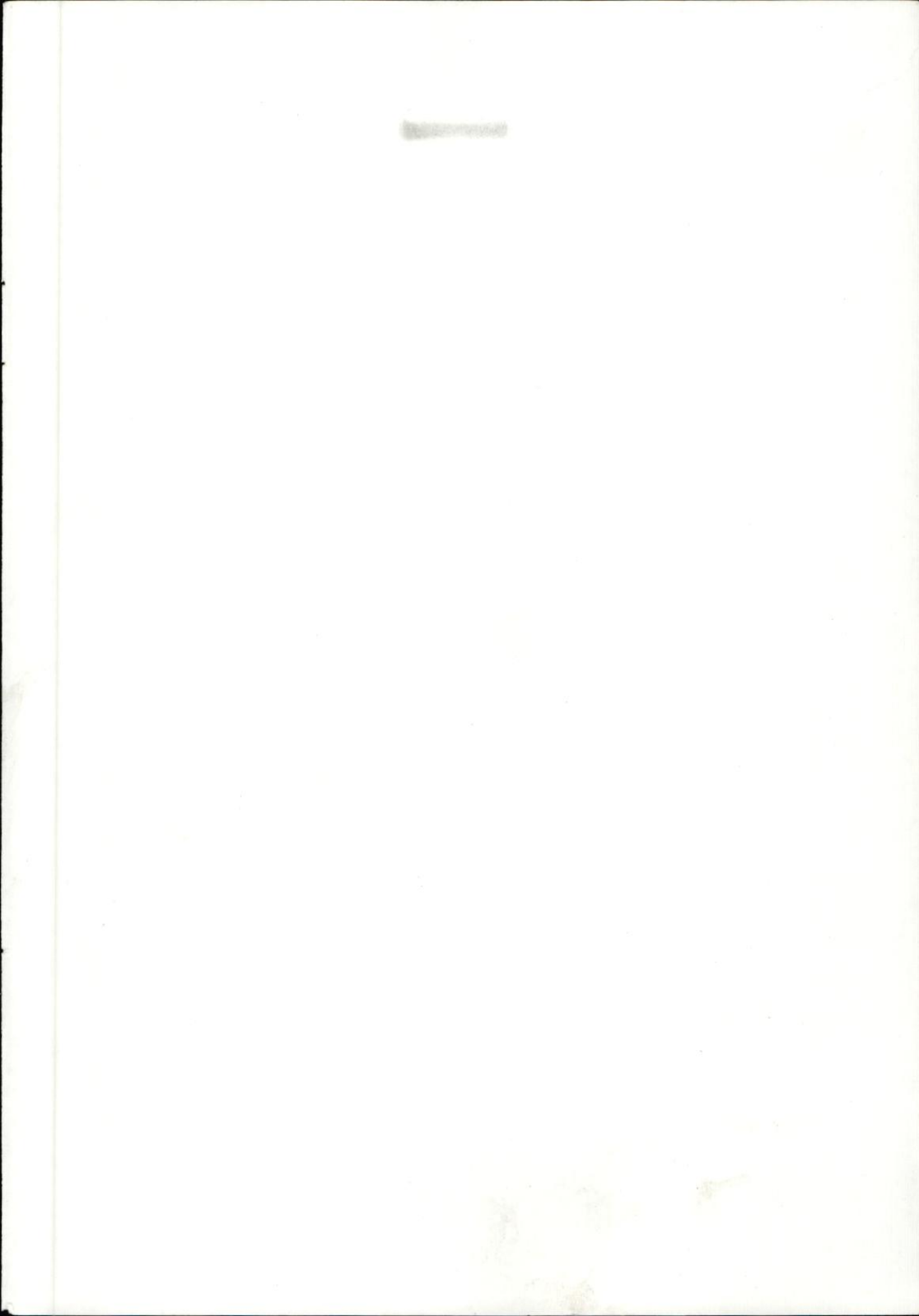
Dr. med. Rudolf Ehmann

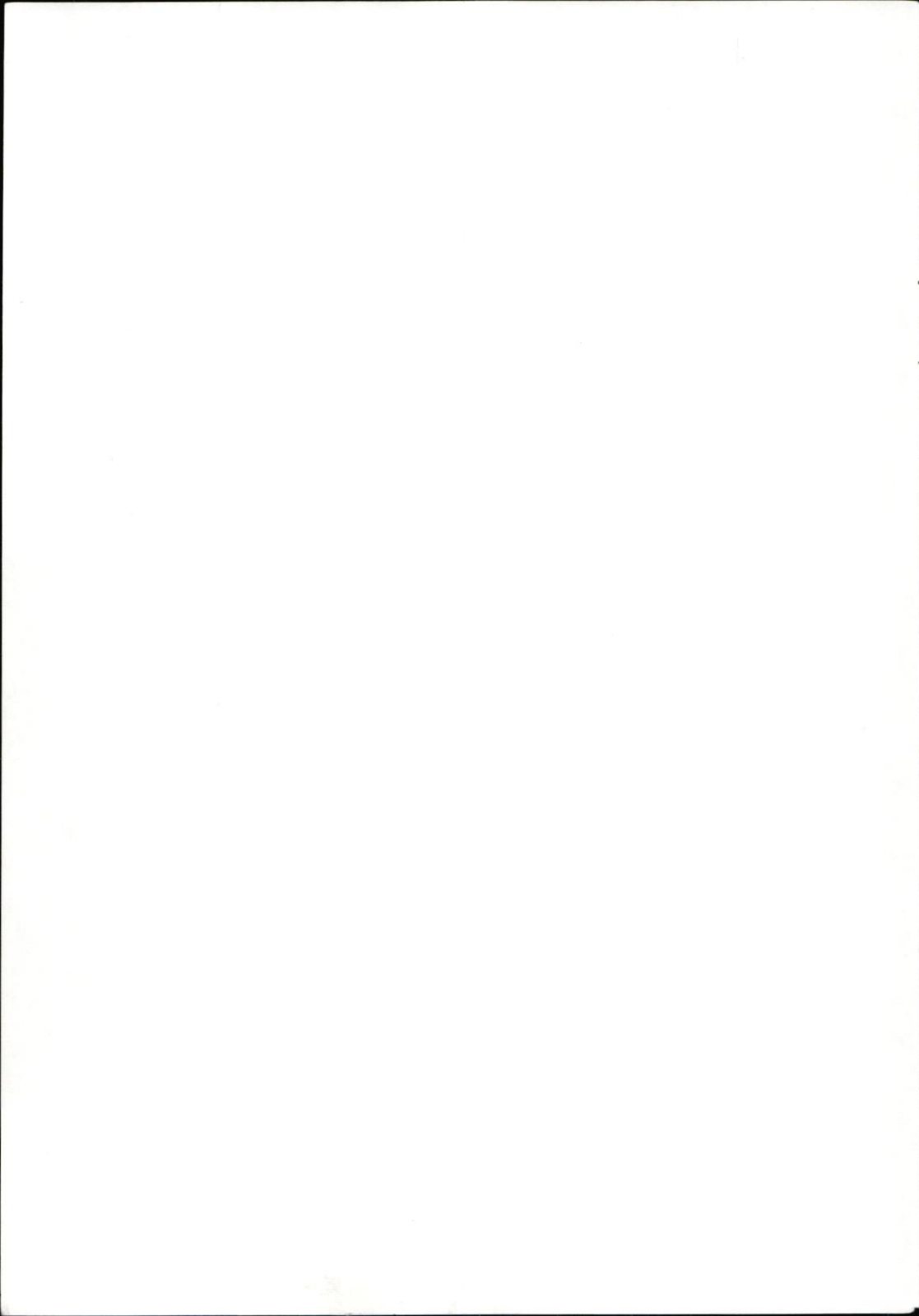
# Probleme der Geburtenregelung



Internationaler Kongreß der  
WORLD FEDERATION OF DOCTORS  
WHO RESPECT HUMAN LIFE







**PROBLEME DER GEBURTENREGELUNG**

von **Dr.med.. Rudolf Ehm**ann, Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen  
Abteilung des Kantonsspital Stans

SECRET

## Inhaltsverzeichnis

## Seite

Einführung	3
1. Ovulationshemmer	7
I. Wirkungsweise	7
1) Ovulationshemmung	7
2) Nidationshemmung	9
3) Zervixschleim	11
4) Tubenfaktor	12
Exogene Faktoren	13
Manipulation von Frühabtreibung und Sicherheit	14
II. Nebenwirkungen	15
1. KARDIOVASKULÄRE UND ZEREBRO-VASKULÄRE NEBENWIRKUNGEN	17
2. INFEKTIONSFÖRDERUNG	20
3. KREBSRISIKO	22
4. GUTARTIGE TUMOREN	25
5. VERÄNDERUNGEN IM VERDAUUNGSTRAKT	25
6. AUGEN-STÖRUNGEN	26
7. MISSBILDUNGEN	26
8. PSYCHISCHE STÖRUNGEN	27
9. SEXUALITÄT	27
Widersprüchliches in der Literatur	27
2. Intra-Uterin-Device (IUD)	28
3. Sterilisation	29
4. Präservativ oder Kondom	33
5. Spermizide	33
Bilanz der Kontrazeption und ihrer Folgen	34
Autorenverzeichnis	37

### Angaben zur Person:

geboren 1.1.1942 in Augsburg. Verheiratet und Vater von drei Kindern. Studium an den Universitäten München, Fribourg und Bern. Nach dem Studium Ausbildung in Pathologie, Innerer Medizin, Chirurgie und Anästhesie. Gynäkologische Fachausbildung am Kantonsspital Olten (Prof. F. Roth) und der Universitätsfrauenklinik Basel (Prof. O. Käser). Oberarzt am Kantonsspital Schaffhausen (Prof. M. Litschgi).

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

Vizepräsident der Schweizerischen Ärztevereinigung für die Achtung vor dem menschlichen Leben; im Board der World Federation of Doctors who Respect Human Life.

Vorstandsmitglied der Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz.

Konsultor der Schweizerischen Gesellschaft für Bioethik.

Vorstandsmitglied der Internationalen Ärzte-Gemeinschaft NER.

Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaft ARTIKEL 1 GRUNDGESETZ (ARGE ART. 1 GG).

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

## PROBLEME DER GEBURTENREGELUNG

Vortrag gehalten am Internationalen Kongreß der WORLD FEDERATION OF DOCTORS WHO RESPECT HUMAN LIFE und anderer Lebensrechtsorganisationen in Dresden vom 20. - 23. September 1990

### Einführung

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

Zum ersten Mal in der Menschheitsgeschichte gelang die **Trennung von Sexualität und Fortpflanzung** in großem Umfang.

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

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

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

---

Neubearbeitete Fassung des Vortrages "Ethische und medizinische Aspekte der Kontrazeption der letzten 30 Jahre aus der Sicht des Gynäkologen", Meran 1989.

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

Es fiel nicht schwer, die Ärzte für dieses Vorhaben zu gewinnen, indem ihnen, wie auch der Bevölkerung, das Schlagwort suggeriert wurde: "Lieber Verhüten als Abtreiben."

Daß damit der Teufel durch Beelzebub ausgetrieben wurde, realisierten die wenigsten. Denn gleichzeitig wurde - besonders auch von Moraltheologen - der Begriff des "kleineren Übels" breitgeschlagen, der seine Wirkung ebenfalls nicht verfehlte und auf den ersten Blick sehr verfänglich wirkte und immer noch wirkt.

Es fiel auch kaum jemandem auf, daß fast gleichzeitig die Abtreibungspraxis in allen westlichen Ländern systematisch und sukzessive mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln liberalisiert wurde. Allein diese Tatsache beweist, daß es den Kontrazeptionisten mit ihrem Slogan "lieber Verhüten als Abtreiben" nicht ernst sein konnte. Wie sich zeigte, handelt es sich dabei um die gleiche Lobby, nämlich die Bevölkerungsplaner (z.B. International Planned Parenthood Federation, Population Council u.a.m.). Wäre es mit der Verhütung ernst gemeint gewesen, hätte die Abtreibung nicht gleichzeitig liberalisiert, sondern massiv bekämpft werden müssen.

Wie wir heute wissen, hängen Antikonzeption und Abtreibung engstens zusammen. Nicht nur, wie wir noch sehen werden, hinsichtlich des Wirkmechanismus, sondern vor allem auch ideologisch und psychologisch. Eine wirkungsvolle Antikonzeption will verhüten und zwar ist es das Kind, das verhindert werden soll. Dadurch entwickelte sich zunehmend eine negative Einstellung zum Kind, es kristallisierte sich rasch das **Feindbild Kind** heraus. Da es die Sexualität ist, die hier involviert ist und die einen dominierenden Trieb des Menschen darstellt, war es unumgänglich, daß diese gegenüber dem Kind bald die Priorität erhielt. Das Kind wurde immer mehr zur unerwünschten Begleiterscheinung der Sexualität. Wenn es trotz der angewandten Kontrazeption entstand, wurde es verworfen und abgetrieben. Den Promotoren der Kontrazeption war wohl bewußt, daß kein Antikonzeptivum letzte Sicherheit bot und als letzter Ausweg nur die Abtreibung bleiben würde. So wurde die Abtreibung zur Absicherung der Kontrazeption benötigt und daher auch gleichzeitig propagiert (6). Von Kalifornien wissen wir, daß

40% der 300.000 - 500.000 Abtreibungen pro Jahr durch Kontrazeptionsversager bedingt sind (29). Interessant ist auch die Beobachtung, daß ausgerechnet in den Ländern, die die moderne Antikonzeption im großen Stil akzeptierten, die Abtreibungszahlen im gleichen Zeitraum nicht ab, sondern massiv zunahmen. - Für viele wurde durch eine schleichende Mentalitätsänderung die Kontrazeption schließlich durch die Abtreibung ersetzt, wie dies Jugoslawien beweist. Seitens der Bevölkerungsplaner wurde sie schließlich als reguläres Mittel zur Geburtenregelung eingesetzt. So ging wohl der größte Teil der Ärzte dieser infamen Täuschung - nämlich "lieber Verhüten als Abtreiben" - auf den Leim.

B. Nathanson hat den Ausdruck geprägt: "Verbal engineering precedes always social engineering." Dies im Zusammenhang mit der Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in der westlichen Welt. Ebenso trifft diese Definition für die Pornographie wie den Slogan "lieber Verhüten als Abtreiben" und denjenigen des "kleineren Übels" und vieles andere zu.

Was bewirkten nun diese Begriffe?

Zunächst erfolgte eine Relativierung althergebrachter und aufs Äußerste bewährter Moralvorstellungen.

"Das kleinere Übel" läßt völlig außer acht, daß "nichts Negatives getan werden darf, um etwas Positives zu erreichen".

Ganz abgesehen davon, daß dieses "Positive" in keiner Weise erreicht wurde und wird, sondern immer noch Negativeres die Folge dieses Verhaltens war und ist.

Mit dieser Relativierung der Moralbegriffe wurde im weiteren eine **wertfreie Ethik** angestrebt. Man dürfe niemandem seine Wertvorstellungen aufdrängen, selbst wenn es sich um die Wahrheit handelt. Daraus wurde dann die **wertfreie Medizin**, die **Medizin ohne Ethik**. Das führte soweit, daß ein "gut katholischer" Kollege, der sich am Namen "World Federation of Doctors Who Respect Human Life" stieß, sagen konnte: "Es gibt keinen Arzt, der das Leben nicht achtet." Der Betreffende legt Frauen die Spirale mit der Begründung ein, sie wünschten dies und seien nicht imstande, sie sich selbst einzulegen. Dieses Verhalten weist auf eine weitere Folgeerscheinung der "modernen Ethik" hin, nämlich die **Permissivität in der Medizin**. Der Patient kann wünschen, der Arzt ist lediglich der neutrale, wertfreie Ausführende. Das kann, angefangen von kosmetischen Eingriffen über die Antikonzeption, die pränatale Diagnostik und Abtreibung bis hin zur Euthanasie seine Gültigkeit haben.

Ideologisch-emotional verhalf ein weiterer Motivationsfaktor der modernen Antikonzeption zum Durchbruch, nämlich derjenige der **Eindämmung der Überbevölkerung**, einer weiteren handfesten Lüge (67). - Eine Überbevölkerung gibt es in der Tat nicht. Dafür waren die Antikonzeptiva ursprünglich in erster Linie gedacht. Sie sollten die "Überbevölkerung" in der Dritten Welt in den Griff bekommen. Da die Führer dieser Länder seinerzeit das Spiel durchschauten und ihre Frauen diesen künstlichen Eingriffen nicht aussetzen wollten, mußte blitzschnell umgeschaltet und bewiesen werden, daß auch Frauen der Industrienationen z.B. Pille und Spirale akzeptierten, was denn auch in ungeahntem Ausmaß der Fall war. Nur mit dem Effekt, daß nun in diesen Ländern eine unbeabsichtigte Bevölkerungsimplosion erfolgte, während in der Dritten Welt die Bevölkerungszunahme weiterging. Bis heute konnten sich die modernen Antikonzeptionsmethoden in den Drittweltländern nicht durchsetzen, hingegen in zunehmendem Maße die natürliche Geburtenregelung.

Was sind nun diese Methoden der modernen künstlichen Kontrazeption?

1. Ovulationshemmer
2. IUD = Intra-Uterin-Device
3. Sterilisation bei Mann und Frau
4. Präservativ oder Kondom
5. Spermizide

Der große Einbruch erfolgte durch die Ovulationshemmer Ende der 50er/Anfang 60er Jahre. Sie wurden von Pincus konzipiert, in Costa Rica und Haiti getestet und dann in den Handel gebracht.

Das IUD existierte bereits Anfang dieses Jahrhunderts, seinerzeit bestehend aus Keramik. Wegen schlechter Erfahrungen wurde es wieder aufgegeben. In unserem Zeitalter neuer Kunststoffe kam es erneut zum Einsatz.

Die Sterilisation kannte man ebenfalls schon seit längerem. Der Durchbruch in großem Ausmaß gelang durch das neue operative Verfahren der Laparoskopie, das die Laparotomie überflüssig machte.

Das Kondom war über lange Zeit hinweg verpönt und durch die anderen genannten Methoden verdrängt. Es kam eigentlich erst durch die massive Ausbreitung von AIDS in sehr zweifelhafter Weise wieder zu Ehren.

Die Revolution in der Kontrazeption verdanken wir zweifellos den Ovulationshemmern. Lassen Sie mich daher das Schwergewicht meiner Ausführungen auf sie verlegen.

---

## 1. Ovulationshemmer

### I. Wirkungsweise:

- 1) Ovulationshemmung
- 2) Nidationshemmung
- 3) Zervixschleim
- 4) Tubenfaktor

#### 1) Ovulationshemmung

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

Aufgrund der bald zu erkennenden hohen subjektiven und objektiven Nebenwirkungsrate wurde der Hormonanteil zunehmend gesenkt, was zu einer steigenden Anzahl von Durchbruchsovulationen führte. Bereits in den sechziger Jahren wurden 7% Durchbruchsovulationen nachgewiesen, dann 7 - 10%. Im Idealfall wurde die Grenzdosis für die Ovulationshemmung mit 0,05 mg Aethinyloestradiol angegeben, wobei der Gestagenanteil eine Zeitlang diesbezüglich weniger Beachtung gefunden hatte. Man fand dann, daß bei einer weiteren Senkung des Oestrogenanteiles auf 0,035 - 0,03 mg Aethinyloestradiol neu entwickelte Gestagene, z.B. das Desogestrel, zusammen mit dem Oestrogen an der Ovulationshemmung beteiligt sein mußten. Dabei ist offensichtlich, daß die Gestagenpotenz entsprechend hoch sein muß. Neuerdings spricht man von Ovulationshemmdosis.

Der Nachweis von Durchbruchsovulationen bei abnehmender Hormondosis wurde verschiedentlich, sowohl histologisch wie auch laborchemisch, erbracht. So hat Kurt S. Ludwig 1983 (40) über histologische Befunde an Ovarien unter Ovulationshemmern berichtet, wo er bei Kombinationspräparaten in den ersten zwei Behandlungszyklen fast sprungreife Follikel gefunden hatte. Bereits 1965 konnte er Corpora lutea während der ersten beiden und z.T. während des dritten Behandlungszyklus nachweisen. Damals waren nur hochdosierte Ovulationshemmer im Einsatz, sodaß man schließen kann, daß unter den tiefdosierten Präparaten noch häufiger Ovulationen erfolgen.

Eine Studie in den Niederlanden zeigte (89), daß 30% der Probandinnen Follikel von 18 mm und mehr aufwiesen, entsprechend einer präovulatorischen Größe im Ultraschall. Bei fast 60% der Untersuchten trat follikuläres Wachstum auf. Bei 4% wurde eine Ovulation vermutet bei einer Dosis von 0,03 - 0,04 mg Aethinyloestradiol und unterschiedlichen Gestagenen.

Dementsprechend werden auch Versagerquoten angegeben, z.B. bei	
Dreiphasenpräparaten	1,87 %
Zweiphasenpräparaten	3,7 %
Minipille	13,7 %

Bei letzterer hatte Ludwig (40) regelmässig frische Corpora lutea gefunden.

Bei den Dreiphasenpräparaten wird angenommen, daß sie durchschnittlich jeden 4. Monat eine Ovulation aufweisen. Bezüglich der oralen Kombinations-low-dose-Kontrazeption veröffentlichte *extracta gynecologica* 1986 (45) folgende Feststellung: In den 7 hormonfreien Tagen Nachweis ovarieller Follikulogenese mit am 7. hormonpillenfreien Tag bereits soweit entwickelten Follikeln, daß sie auf einen geringgradigen Gonadotropinanstieg ansprechen könnten. Dies vor allem, wenn während der ersten 7 Einnahmetage eine Pille vergessen würde. Hier könnte die meistempfohlene Einnahme von 2 Pillen am Tag nach einem Vergesser noch eher zu einer Ovulation führen, da die dadurch entstehende Oestrogenkonstellation dies begünstigen würde. Auch eine Verzögerung der Pilleneinnahme nach dem hormonfreien Intervall erhöht das Risiko einer ungewollten Konzeption. Hinsichtlich der üblichen 21 Tagespackungen empfehlen die Autoren dringend, zusätzlich noch eine alternative Form der Kontrazeption hinzuzufügen, wenn die Pilleneinnahme während der ersten 7 Tage nach Packungsanbruch vergessen würde. Dem entspricht auch die im *rororo*-Taschenbuch "Die Pille" (60) eingehend beschriebene "14-Tage-Regel", wonach nach jedem Pillenvergesser, bzw. nach verzögerter Einnahme (länger als 12 Stunden) über 14 Tage lang die Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft bestehe und daher ein zusätzlicher Schutz erforderlich sei. Auch das Auslassen einer Pille gegen Ende der vorangegangenen Packung erhöht ohne Zweifel das pillenfreie Intervall, sodaß auch hier die "14-Tage-Regel" unbedingt beachtet werden muß.

Nach Mall-Häfeli 1983 (42) "findet man bei Präparaten mit niedrigen Oestrogendosen und einem zentral mäßig stark wirkenden oder niedrig

dosierten Gestagen während der Behandlung eine Bereitschaft zu zystischen Ovarien: ebenso konnten frisch gesprungene Follikel, Corpora lutea und Luteinisierungen während der OH-Einnahme beobachtet werden. Durch Progesteronbestimmungen konnten Ovulationen nachgewiesen werden. Ein solches "Reaktionsmuster" kann erklärt werden durch die ausgerechnet in der Mitte des Behandlungszyklus zuerst erhöhte und dann verminderte Oestrogenkonzentration der Tabletten. Dies könnte im Sinne einer positiven Rückkopplung wirksam werden, womit die vereinzelt gemeldeten Versager erklärt werden können", dies betreffend Dreiphasenpillen.

Ferner "zeigt die Kombination mit Chlormadinon eine schwächere Hemmung als bei Diane. Als Folge davon fanden sich vereinzelt erhöhte Progesteronwerte während der Behandlung, nämlich bei 3 von 29 Patientinnen. Dies würde bedeuten, daß es in Einzelfällen zu einer Ovulation, Corpus-luteum-Bildung oder Luteinisierung gekommen ist".

"Da man in untersuchten großen Chlormadinonkollektiven keine Schwangerschaften beobachtet hat, dürfte dies ein Hinweis auf die multifaktoriellen Wirkungen der Ovulationshemmer sein. Das Chlormadinon verhält sich ähnlich wie niedrig dosiertes Progesteron, d.h. es hebt die inhibierende Oestrogenwirkung auf hypophysärem Niveau auf". Damit deutet Mall-Häfelí auf die nidationshemmende Wirkung der Pille hin.

Nach N. Van der Vange 1986 (89) treten bei der Einnahme von Mikropillen in 4,2% der Zyklen Ovulationen und Corpora lutea auf. - Sie schreibt außerdem noch dazu: "Aufgrund der Untersuchungen kann geschlossen werden, daß die kontrazeptive Sicherheit von "Mikropillen" offenbar nicht nur auf der Ovulationshemmung beruht."

## 2) Nidationshemmung

Die Nidationshemmung beruht auf der durch die Ovulationshemmer verursachten unzureichenden sekretorischen Umwandlung des Endometriums und der regressiven Veränderungen desselben. Letztere werden mit zunehmender Dauer der Ovulationshemmereinnahme stärker. Bei Kombinationspräparaten ist fast immer die sogenannte "starre Sekretion" zu beobachten, bei der die Drüsen eng und funktionslos sind und einen fast atrophischen Aspekt aufweisen, und das Stroma eine pseudodeziduale Reaktion zeigt. Nach jahrelanger ständiger Einnahme von Kombinationspräparaten ist das Stroma gewöhnlich auch funkti-

onslos und faserreich. Uneinheitlich reagieren die Frauen auf eine längerdauernde Verabreichung von Sequenz- und Stufenpräparaten; dabei können nach vielen Monaten der Einnahme noch Sekretionszeichen an den Drüsen vorhanden sein, auf der anderen Seite können schon nach kurzer Zeit die Drüsen funktionslos werden mit überwiegender Stromareaktion.

Auf die nidationshemmende Wirkung der Pille weisen in der Literatur diverse Autoren hin. Mutschler schreibt beispielsweise in seinem "Lehrbuch der Pharmakologie" (47): Die oralen Kontrazeptiva "verhindern, selbst wenn noch eine Ovulation stattfinden sollte, die Einnistung des Eies (es unterbleibt die volle sekretorische Umwandlung des Endometriums)".

Dazu auch Häussler (22): "Der Direktor der II. Universitätsfrauenklinik München, Prof. Dr. R. Fikentscher teilte in seinem Referat ..... mit, daß bei den sogenannten Ovulationshemmern der ovulationshemmende Effekt nicht immer erzielt wird und daß in einem Prozentsatz bis zu 7% Ovulationen stattfinden (Goldzieher, Mears und Gual). Schon damals, am 10. Dezember 1967 führte Prof. Fikentscher aus: "Die hormonale Medikation würde dann nicht mehr als eine Ovulationshemmung gelten dürfen, sondern als potentielle Nidationshemmung."

Auf einer Ärzteversammlung gaben Vertreter einer großen Hormonherstellerfirma 1967 bereits zu, daß bei den Ovulationshemmern in bis zu 7% der Eisprung stattfindet und die Befruchtung möglich sei und in der Folge die Einbettung des befruchteten Eies in der Gebärmutter in der Regel verhindert werde (22).

Hauser, Luzern, sagte 1974 (23), daß der Begriff "Ovulationshemmer" angesichts der 7% trotzdem möglichen Eisprünge "ein nicht ganz korrekter Ausdruck sei".

Im gleichen Sinne Haller, Göttingen (20): "Verwendung des Begriffes "ovulationshemmende Substanzen" für die handelsüblichen Präparate strenggenommen durchaus anfechtbar".

Beller, Münster (1979/80) (3): "Abtreibende Wirkung der Pille. - Pille und IUD = frühes Abortivum".

In diesem Sinne auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln (8): "Ovulationshemmer nidationshemmend".

Taubert und Kuhl, in ihrem Buch "Kontrazeption mit Hormonen" (1980) (83): "Nidationshemmende Wirkung fast aller Pillen".

In der Zeitschrift "Der informierte Arzt" 1987 (96): "Nach Überzeugung von Frau Prof. Marianne Mall-Häfeli, Basel, ist die Suppression der hypothalamo-hypophysären Achse bei der Mikropille von großer Bedeutung. Während bei Einnahme der hochdosierten Pille durch die Suppression dieser funktionellen Achse das Ovar ruhiggestellt wurde, fällt diese Unterdrückung bei dem niedrigdosierten Präparat geringer aus. Da jedoch die Wirkung der oralen Kontrazeptiva multifaktoriell ist, leidet die Einnahmesicherheit nicht unter dieser Veränderung. Es kann jedoch durch die verminderte Suppression zu einem Follikelwachstum im Ovar und demzufolge zu einer endogenen Oestrogenproduktion kommen. Die dabei entstehende relative Hyperoestrogenämie findet man physiologischerweise in Pubertät und Prämenopause mit leichten Blutungen (Spotting), Durchbruchblutungen und Brustspannen als klinische Zeichen. Dauern derartige Zustände bei der Konsumentin an, ist nach Ansicht von Frau Prof. Mall-Häfeli das Umsteigen auf ein Präparat mit stärker supprimierendem Gestagen angezeigt." Auch hier ist die multifaktorielle Wirkung angesprochen und damit die Nidationshemmung und der Tubenfaktor, da der Zervixfaktor offenbar nicht die ursprünglich angenommene Wirksamkeit zeigt. Auf diese multifaktorielle Wirkung wird auch in anderen neueren Publikationen immer wieder hingewiesen.

Interessant ist auch, daß in den USA auf dem Kongreß der "National Abortion Federation" (NAF) (48) 1985 anläßlich der Diskussion um die Familienplanung folgendes Votum gefallen ist: "Make no mistake, the pill and IUD are abortive".

### 3) Zervixschleim

Vom natürlichen Zyklus her ist bekannt, daß das Progesteron den Zervixschleim eindickt und eine gewisse Barriere für die Aszension der Spermien bildet. Somit gehört dieser Umstand auch zur Partialwirkung der Ovulationshemmer. Daß die Abdichtung jedoch nicht vollkommen ist, beweisen die unter Pilleneinnahme vorkommenden Schwangerschaften, die in den letzten Jahren unter den zunehmend tiefer dosierten Präparaten zahlenmässig anstiegen. Möglicherweise kann man daraus auch

schließen, daß die nun zum Einsatz kommenden Gestagene, wie dies beim letzten Zitat von Frau Prof. Mall-Häfeli zum Ausdruck kommt, nebst der verminderten Suppression, auch eine geringere Wirkung auf die Zervix haben könnten und dadurch die Aszension der Spermien erleichtert würde. Im Tierversuch waren bereits bei den hochdosierten Präparaten Spermien in den Tuben nachgewiesen worden.

#### 4) Tubenfaktor

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

Weiterer abortiver Effekt der Pille (Prof. M. Mall-Häfeli) (41):

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

Dazu auch die Schering-Information (73):

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

---

Exogene Faktoren, die die Wirkungsweise der Pille beeinflussen

a) Zuverlässigkeit der Einnahme:

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

Organon beschreibt in einer Studie über Marvelon, daß 4-5 % der Frauen 1-4 Tabletten pro Zyklus vergaßen. Trotzdem sei bei "1.160 Frauen bzw. 15.222 Zyklen nur 1 Schwangerschaft eingetreten (52). Auch diese "Sicherheit" dürfte ein Hinweis auf die multifaktorielle und damit auch frühabortive Wirkungsweise dieses Ovulationshemmers sein.

b) Interaktionen:

Es spielen, was bisher viel zu wenig bekannt und berücksichtigt worden ist, übermäßige Mengen von Alkohol, Koffein oder Nikotin eine erhebliche Rolle, wobei vor allem dem Koffein und Nikotin eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommen dürfte. Dann sind die Interaktionen mit Medikamenten (z.B. Antazida, chronische Einnahme von Abführmitteln u.a.) zunehmend ins Gespräch gekommen. Früher hieß es, daß es vor allem und fast ausschließlich die Antibiotika seien, die die Wirkung beeinträchtigten. Heute sind es fast alle Medikamentengruppen, wie dies aus der Broschüre von Organon (51) hervorgeht. Umsonst hat Organon diese kostspielige Broschüre nicht herausgegeben. Und je tiefer die Pille dosiert ist, umso häufiger werden solche Interaktionen zum Spielen kommen, wie wir aus eigener Erfahrung sagen können.

c) Abweichende Enzymmuster:

Hierzu bemerkt Grüenthal (18): "Hinzu kommt, daß es möglicherweise Patientinnen gibt, bei denen vielleicht aufgrund eines abweichenden Enzymmusters die Pille nicht voll wirksam ist (Patientinnen, die zwei oder drei Mal nacheinander trotz behaupteter sorgfältiger Einnahme der Pille schwanger werden)."

d) Störungen im Verdauungstrakt:

Daß Durchfall und Erbrechen die Pillenwirkung wesentlich einschränken, ist seit längerem bekannt. Wie sich immer wieder zeigt, genügt schon eine mäßige Magen-Darm-Verstimmung, die von den Patientinnen oft erst retrospektiv realisiert wird, um ein Versagen der Pille zu ermöglichen. Auch die empfohlene Einnahme einer zweiten Pille bei Durchfall odert Erbrechen dürfte kaum zum Erfolg führen, da

durch die enteritischen Veränderungen die Resorption auch dieser Pille nicht hinreichend erfolgen kann. Bei tiefer Dosierung trifft dies sicherlich noch ausgeprägter zu.

Interessant ist auch eine Veröffentlichung im "Deutschen Ärzteblatt" (1986) (30a), in der die Ovulationshemmerwirkung in Asien und Europa verglichen wird. In Asien bestehe eine saure natürliche Ernährung, die die alkalische Wirkung der Pille neutralisiere und dadurch sehr viele Versager aufweise, wenn nicht gar unwirksam mache.

Alle diese Faktoren fördern zusätzlich noch die frühabtreibende Wirkung der Pille.

### Manipulation von Frühabtreibung und Sicherheit

Man versuchte, den frühabtreibenden Effekt von Pille und Spirale über lange Jahre hinweg zu verheimlichen, wohl wissend, daß eine frühe Bekanntgabe dieser Tatsache viele Frauen vom Gebrauch der Pille abgehalten hätte. Diese Taktik gehört ebenfalls in den Bereich des Managements im Sinne des "verbal engineering preceding social engineering" wie auch folgendes Beispiel zeigt: Von einem internationalen Gynäkologengremium wurde in den sechziger Jahren der "Beginn" des menschlichen Lebens auf die Nidation festgelegt, mit der Definition des Beginns der Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt (3). Damit wurden die ersten 14 Tage nach der Befruchtung schutzlos. Dies war seinerzeit vor allem von Bedeutung für die frühabtreibende Wirkungsweise der Spirale, die diesem Gremium schon bekannt war. Wie sich nun zeigt, gilt dies auch für die Ovulationshemmer, von deren frühabortiver Wirkung diese Leute sicher auch wußten. Aber auch für die In-vitro-Fertilisation/Embryotransferproblematik ist diese 14-Tages-Grenze von größter Bedeutung, da IVF/ET an sich embryoverbrauchend sind und in gewissen Ländern dieser Zeitraum für Forschungszwecke am Embryo freigegeben ist. Daraus ergibt sich die "Weitsichtigkeit" der Entscheidung dieses Gremiums.

Aufgrund der oben erwähnten Fakten ist auch die Zuverlässigkeit der modernen Pille nicht mehr gewährleistet, sodaß ihre sprichwörtliche Sicherheit ins Wanken gerät. So hat das Guttmacher-Institut, New York, 1989 die neueste Versagerquote der Pille mit 6% angegeben (30b) Dies beweisen die Versager, die wir in der täglichen Praxis erleben. Die Gebrauchssicherheit der Pille entspricht nicht mehr den offiziellen Angaben, obwohl dies von der pharmazeutischen

Industrie bestritten wird. Ein zunehmendes Problem stellt dies im Jugendalter dar. Hier ist die Versagerquote mindestens doppelt so groß wie im späteren Alter. Es erschreckt, wenn wir erfahren, daß in den USA alle 30 Sekunden ein junges Mädchen unter 20 Jahren schwanger wird. "Mehr als ein Drittel aller indizierten Schwangerschaftsabbrüche in den USA werden an jungen Frauen unter 19 Jahren vorgenommen. Das ist die höchste Rate der Welt."(50) Neu ist eine Mitteilung, nach der 18% von 51 Jugendlichen schwanger wurden, die mit OH verhüteten (37). Die Zeitschrift *Selecta* über den Empfängnischutz für Teenager: "Die sexuelle Freizügigkeit, welche die Pille ermöglichte, bringt für die Jungen, in der Kontrazeption ungeübten Menschen ein großes Problem: Immer mehr Teenager werden schwanger, ohne es zu wollen; die Zahl der Abtreibungen wächst. Es müssen neue Formen der Verhütung gelehrt und geeignete Kontrazeptiva gefunden werden."(50) Auch hier wieder eine Verkennung der wahren Ursachen dieses Übels.

## II. Nebenwirkungen

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

Bis zum Jahr 1981 bedienten sich etwa 50 Millionen Frauen in aller Welt der Ovulationshemmer zur Empfängnisverhütung. Dazu ein Zitat von C. Y. Genton (17):

"Eine solche Verbreitung der oralen hormonalen Kontrazeption stellt den Arzt vor eine ungewöhnliche Situation: Erstmals werden gesunde junge Menschen jahrelang mit hochwirksamen Medikamenten behandelt, ohne daß eine traditionelle Indikation, etwa eine Erkrankung vorliegt. Die Absicht, durch eine solche Medikation eine optimale Familienplanung zu erreichen, ist aber für den Arzt nur dann akzeptabel, wenn dieses Ziel für das Individuum praktisch risikolos erreicht werden kann. Ist dem tatsächlich so?"

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

Bereits Ende der sechziger Jahre publizierte Barbara Seaman in den

USA den Bestseller "The Doctors' Case Against the Pill", in dem sie aufgrund von Umfragen bei namhaften amerikanischen Gynäkologen nahezu alle wichtigeren Nebenwirkungen beschrieb. Das 1970 in deutscher Sprache im Ullstein-Verlag unter dem Titel "Ärzte contra Pille" (75) erschienene Buch verschwand nach kurzer Zeit vom deutschen Markt.

## NEBENWIRKUNGEN DER OVULATIONSHEMMER

### 1. Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Nebenwirkungen

### 2. Infektionsförderung

- a) Sterilität
- b) Folgen für Schwangerschaft und Nachkommen

### 3. Krebsrisiko

- a) Gebärmutterhals (Portio)
- b) Gebärmutterkörperschleimhaut (Korpus)
- c) Eierstock (Ovar)
- d) Brust (Mamma)
- e) Haut
- f) Leber

### 4. Gutartige Tumoren

- a) Portio
- b) Ovar
- c) Mamma
- d) Leber

### 5. Magen-Darmveränderungen

### 6. Augenstörungen

### 7. Mißbildungen

### 8. Psychische Störungen

### 9. Sexualität

## 1. KARDIOVASKULÄRE UND ZEREBROVASKULÄRE NEBENWIRKUNGEN

1977 veröffentlichte das Royal College of General Practitioners in England im *Lancet* (69a) eine Retrospektivstudie und 1981 (69b) eine Prospektivstudie, jeweils über ca. 200.000 Frauenjahre, nach der Takers und Extakers von Ovulationshemmern eine um 40% höhere Todesrate durch kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Nebenwirkungen aufwiesen, vor allem Herzinfarkte und Hirnblutungen. Bei der zweiten aussagekräftigeren Studie entfiel sogar die 5-Jahresgrenze der Ovulationshemmereinnahme, die zu diesen Risiken führte, was bedeutet, daß die gleichen Veränderungen genauso nach kurzer Pilleneinnahme wie nach längerer Dauer auftreten können. Die Studien zeigten auch, daß das Risiko mit zunehmendem Alter und bei Raucherinnen unter OH-Einnahme deutlich größer war. Vor allem waren die über 35-jährigen Frauen betroffen. Zwischen 35 und 44 Jahren betrug die jährliche Exzesstodesrate 1 auf 6.700 Nichtraucherinnen gegenüber 1 auf 1.000 Raucherinnen, bei über 45-jährigen Frauen 1 : 2.500 Nichtraucherinnen gegenüber 1 : 500 Raucherinnen. Ferner konnte ein steigendes Todesrisiko durch eine Herz-Kreislaufkrankung unter Pilleneinnahme bei zunehmender Geburtenzahl nachgewiesen werden. Weitere Studien bestätigten diese Ergebnisse (56): Das Risiko einer Hirnblutung war bei Raucherinnen allein 5,7 mal größer als bei Nichtraucherinnen; bei Pilleneinnahme 6,5 mal und bei der Kombination Pille und Rauchen 22 mal größer. Eine frühere Pilleneinnahme war ebenfalls signifikant mit einem erhöhten Risiko einer Hirnblutung verbunden mit einem relativen Risiko von 5,3.

Nach Porter et al. (1982) (61) besteht eine positive Assoziation zwischen der Ovulationshemmereinnahme und venöser Thrombo-Embolie mit einer Risikorate von 8,3, hingegen konnten sie keinen Zusammenhang zwischen Ovulationshemmern und Apoplexie sowie akutem Myokardinfarkt feststellen. Diese verbesserten Resultate wurden darauf zurückgeführt, daß aufgrund früherer Publikationen die Indikation für die Pillenverordnung sorgfältiger getroffen worden sei und Risikopatienten möglicherweise davon ausgeschlossen worden waren. Dies könnte aber zu einer Unterschätzung des wahren Risikos bezüglich Hirnblutungen unter der Pille führen. Denn eine schwedische Studie (36) konnte die Annahme nicht bestätigen, daß tiefe Venenthrombosen nur unter hohen Oestrogendosen auftraten; dies war auch bei tiefer Dosierung der Fall.

Dazu auch Schindler (1985) (74): "Diese Reduzierung des Pharmakons

Aethinyloestradiol legt die Annahme nahe, daß die Nebenwirkungen merklich abnehmen sollten. 1980 stellten Böttiger und Mitarbeiter jedoch fest, daß der Wandel von sogenannten oestrogenhochdosierten hormonalen Kontrazeptiva zu sogenannten oestrogenniedrigdosierten hormonalen Kontrazeptiva zu keiner signifikanten Änderung der vaskulären Nebenwirkungen geführt hat. Dies ließ die Frage nach Nebenwirkungen der Gestagene aufkommen."

Die neugeschaffenen Gestagene ergaben zwar laborchemisch wesentlich günstigere Resultate, in der Praxis erlebten wir und andere Kollegen jedoch ebenfalls Frauen mit Hirnschlägen und Lähmungen. Die Deutsche Medizinische Wochenschrift publizierte 1986 (33) mehrere Fälle von akuten Verschlüssen im vertebrobasilären Stromgebiet, wovon 6 Frauen, von denen 5 seit längerer Zeit orale Kontrazeptiva eingenommen hatten; 3 davon waren Raucherinnen. Andere Arbeiten hingegen verneinen einen Zusammenhang zwischen OH-Einnahme und Herz-Kreislaufschädigung, wie z.B. diejenige von Detering und Kallisch (11).

Neuerdings wurden unter einer der neuesten Mikropillen (Femovan in der BRD, Gynera in der Schweiz) zwischen 1987 und 1989 13 Thrombo-Embolien aus Deutschland und 8 aus England gemeldet, jeweils mit 1 tödlichen Ausgang. Verdächtigt wurde das neue Gestagen Gestoden. "Das Deutsche Bundesgesundheitsamt sah sich veranlaßt, eine erste Warnung auszusprechen und auf das Risiko von Venenthrombosen unter der Mikropille hinzuweisen" (63). Dazu auch das arznei-telegramm: "Somit käme ein thromboembolisches Ereignis auf etwa 700 Frauenjahre. Geht man davon aus, daß eine Frau 20 Jahre lang (nämlich vom 15. bis zum 35. Lebensjahr) FEMOVOAN bzw. MINULET verwenden würde, wäre damit zu rechnen, daß etwa jede 35. Frau von einem solchen Ereignis betroffen sein könnte. Das Ereignis kann vorübergehend sein, ohne sich als Vitalstörung zu manifestieren, z.B. als Sehstörung, Hörstörung, Kopfschmerzen etc. Es können aber auch schwerwiegende thromboembolische Komplikationen in Form tiefer Beinvenenentzündungen und Embolisierung mit Lungen-, Herz- oder Hirnschädigungen vorkommen, die in Invalidität oder Tod münden. Damit wäre FEMOVAN/MINULET erheblich schlechter verträglich als Kontrazeptiva mit 50 µg oder höherem Oestrogengehalt - gemessen an den Angaben von VESSEY et al. im Brit. Med. J. 292 (1986), 526, wonach auf orale Kontrazeptiva des älteren Typs 20 Fälle auf etwa 32.000 Frauenbeobachtungsjahre entfallen." (65a) "Das NETZWERK DER GEGENSEITIGEN INFORMATION registrierte bislang 20 Meldungen thromboembolischer Ereignisse nach FEMOVAN/MINULET - in

mehreren Fällen bei jungen Frauen im Alter zwischen 17 und 24 Jahren." (65a)

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

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

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

Die Beobachtung, daß unter FEMOVAN/GYNOVIN/MINULET die Gestoden- und Ethinylestradiol-Spiegel bei längerer Verwendung kumulierend ansteigen, vermag Schering auch ein Jahr nach Bekanntwerden der Befunde der Arbeitsgruppe von Prof. Kuhl (Universitätsfrauenklinik Frankfurt) durch studierendesigngleiche Untersuchungen unabhängiger Dritter nicht zu widerlegen.

Schon Einzelgaben von FEMOVAN ergeben gegenüber MARLVELON etwa vierfache höhere Gesagen-Spiegel bei gesunden Frauen. obwohl die Dosis (Gewichtsmenge) "nur die Hälfte ist". In den weiteren Zyklen steigen die Werte weiter an: "... Mich haben die hohen Spiegel so erschreckt, daß ich inzwischen meine Tochter von diesem Präparat entbunden habe...". Es ist keine Frage, daß die modernen Steroide, die oral "so wirksam sind" nur so stark wirken, "weil sie so schlecht metabolisiert werden - sonst können wir doch Progesteron nehmen" (Kuhl am 16,2,1990 in Berlin.)

Experimentelle Untersuchungen geben Hinweise auf erhöhte irreversible Schädigungen des Hormom-abbauenden P-450-Enzymsystems in der Leber durch das FEMOVAN/GYNOVIN/MINULET enthaltende synthetische Gestagen." (65b)

Weiter: "Die gegenwärtig verfügbaren Gestoden-haltigen Kontrazeptiva erscheinen überdosiert. Sie führen individuell und besonders bei mehrmonatiger Einnahme zu überhöhten Hormonspiegeln, die für die kontrazeptive Sicherheit nicht erforderlich sind. Eine Reihe von Schadwirkungen der "Pille", wie Bluthochdruck und Thromboembolierisiko, sind möglicherweise hierdurch bedingt.

Wer FEMOVAN/GYNOVIN/MINULET verordnet, muß die Gewißheit der Unbedenklichkeit dieser "Mikropille" haben. Die pharmazeutischen Anbieter dieser Präparate können wissenschaftlich begründete Bedenken zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht überzeugend entkräften." (65b).

Aber auch unter Marvelon (einer anderen Mikropille) wurden zwischen 1982 und 1988 in England 25 thrombo-embolische Episoden, darunter 6 fatale Ausgänge gemeldet und in Deutschland waren es von 1981 bis 1988 15 thrombo-embolische Episoden mit 2 tödlichen Ausgängen. In der Schweiz 5 Fälle von Thrombo-Embolien ohne tödlichen Ausgang (63).

Interessant sind die Verteidigungsversuche der Pillenhersteller, die in diesem Zusammenhang verzweifelnde Anstrengungen unternehmen, die Pille wieder reinzuwaschen. Eines kann man jedoch mit Sicherheit sagen, daß das Bundesgesundheitsamt die Warnung nicht ohne Grund ausgesprochen hat, wie dies auch die zitierten Ausführungen der Arzneimittelinformation (65) beweisen.

## 2. INFEKTIONSFÖRDERUNG

Diese Frage wird in der Literatur ebenfalls kontrovers diskutiert. Es gab sogar Arbeiten, die unter der Pille ein reduziertes Risiko für Pelvic Inflammatory Disease (PID) angaben (10)(71)(81)(95). 1987 konnten Aral et al. (1) feststellen, daß Fertilitätsprobleme häufiger unter OH-Einnehmerinnen auftraten. Die Frauen, die unter OH-Einnahme eine PID hatten, wiesen viel eher Fertilitätsprobleme auf als IUD-Benutzerinnen mit einer Entzündung. Diese Befunde überraschten, stimmen aber mit der Feststellung überein, daß Ovulationshemmer mit Chlamydieninfektionen im kleinen Becken assoziiert sind (91), welche schwieriger zu erkennen, zu diagnostizieren und zu behandeln sind, als beispielsweise die Gonokokkeninfektion. Dies bestätigt auch die Arbeit von Louv et al. vom Februar 1989 (39), die zeigen konnten, daß die Infektionsrate für Chlamydien und Gonokokken bei der OH-Gruppe um 70% höher war als bei Frauen, die keine Ovulationshemmer eingenommen hatten.

Nach Hoc (1986) (26) ist, "die Salpingitis die häufigste Ursache einer infektionsbedingten Sterilität der Frau. Eine einmalige Attacke kann nach schwedischen Studien die Fertilität bereits um 20% senken. In den USA werden jährlich etwa 100.000 junge Frauen durch eine solche Infektion unfruchtbar".

Washington et al. (92) haben 1985 festgestellt, daß bereits 10% der 15-19 jährigen Amerikanerinnen durch Chlamydieninfektionen steril sind. Sie sagen allerdings nicht aus über die Ovulationshemmereinnahme in diesem Zusammenhang. Es kann aber angenommen werden, daß ein großer Teil dieser Mädchen die Pille genommen hatte.

Eine französische Gruppe unter Diquelou (12) konnte zudem kürzlich beweisen, daß ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Tubargravidität und Chlamydieninfektion besteht. In den Fällen, eines positiven Chlamydiennachweises in der Zervix waren auch die Eileiter positiv. Diese Gruppe nimmt ebenso wie Louv an, daß die Chlamydieninfektionen subakut verlaufen und daher oft kaum diagnostiziert werden können. Somit erlangen die um 70% höheren Chlamydieninfektionsraten unter OH-Benützerinnen eine immense und folgenschwere Bedeutung. Diquelou et al. nehmen an, daß die Spermatozoen als mögliche Träger für die Chlamydien in Frage kommen und die Infektion zum Embryo transportieren. Man könnte sich sogar vorstellen, daß ein infiziertes Spermatozoon zur Befruchtung gelangt und der Embryo somit a priori infiziert wäre...

Eine weitere Folge von Infektionen im Genitaltrakt der Frau ist eine eindeutig erhöhte Frühgeburtenrate, bedingt durch eine Amnionitis. Toth M. et al. (1988) (87) fanden einen Zusammenhang zwischen Amnionitis und vor der Schwangerschaft bestehender Infektion des Uteruskavums als prädisponierendem Faktor für die Frühgeburtslichkeit. Dies in Zusammenhang mit der Spirale, aber auch unabhängig davon.

Zudem kann das Neugeborene durch eine während der Geburt erlangte Chlamydieninfektion (72) (82) eine lebensgefährliche Lungenentzündung entwickeln.

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

Sicher ist, daß diese Infektionen Folge der sexuellen Liberalisierung sind, die wiederum durch die moderne Antikonzeptionspraxis erst ermöglicht wurde.

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

Interessant ist die neuerdings in den USA aufgestellte These, daß die Ausbreitung von AIDS mit den Ovulationshemmern zu tun habe und zwar unabhängig von den Sexualpraktiken. Man geht davon aus, daß es sich bei den Ovulationshemmern um Steroidhormone ähnlich dem Kortison handelt, die die Immunabwehr schwächen und damit nicht nur der Ausbreitung der Chlamydieninfektionen etc., sondern auch von AIDS Vorschub leisten. Es wird auch untersucht, ob nicht sogar Mutationen harmloserer Viren zu den gefährlichen HIV-Formen stattfinden könnten, z.B. durch die Veränderung des Scheidenmilieus durch die Ovulationshemmer (15).

### 3. KREBSRISIKO

#### a) Portio:

Zahlreiche Arbeiten weisen auf einen Zusammenhang zwischen Ovulationshemmern und der Entstehung des Portiokarzinoms hin (19)(21)(53)(54)(64)(90). Leichte gutartige Veränderungen bildeten sich nach Absetzen der Pille zurück, ausgeprägtere gingen noch 2 - 3 Jahre nach Absetzen in ein Karzinom über. Es konnte ferner eine Abhängigkeit von der Einnahmedauer und von der Stärke der Pille festgestellt werden. Interessant ist auch, daß Rauchen von 20 Zigaretten und mehr das Portiokarzinomrisiko statistisch signifikant bis zum 3 - 4 fachen verstärken. Für die schwere Dysplasie war zudem Alkohol in steigender Menge verantwortlich. Abgesehen davon wissen wir heute, daß sich umso eher ein Portiokarzinom entwickelt, je früher der erste Geschlechtsverkehr erfolgt, je unsauberer der erste Partner ist und je mehr Partnerwechsel stattfindet. Dieses Sexualverhalten hängt natürlich eng mit der modernen Antikonzeption zusammen.

#### b) Korpus:

Hochdosierte Kombinationspräparate bieten einen Schutz gegenüber dem Korpuskarzinom. Dies vor allem bei nulliparen Frauen (28)(34) (84). Die Einnahme von Sequenzpräparaten und allen anderen Ovulationshemmern verstärkte das Risiko für die Entwicklung eines Endometriumkarzinoms (9)(24)(77)(78)(84)(94). Wegen dieses Karzinomrisikos wurde das Sequenzpräparat Oracon als einziger Ovulationshemmer aus dem Handel gezogen.

---

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

c) Ovar:

Weiss et al. (93) wiesen 1981 nach, daß die OH-Einnahme über 4 Jahre und mehr einen Schutzeffekt gegen die Entwicklung eines Ovarialkarzinoms bewirkt.

Rosenberg et al. zeigten 1982 (68), daß das Risiko für die Entstehung des Ovarialkarzinoms mit der Dauer der OH-Einnahme abnahm. Diese Schutzwirkung scheint ungefähr 10 Jahre nach Absetzen des Ovulationshemmers anzuhalten. Die Ergebnisse waren jedoch nicht statistisch signifikant. Eine Studie der Centers for Disease Control wies 1983 (85) nach, daß das Ovarialkarzinom-Risiko mit zunehmender Dauer der OH-Einnahme sank und über lange Zeit nach Absetzen des Präparates tief blieb. Die Autoren nehmen an, daß mehr als 1.700 Fälle von Ovarialkarzinom jährlich in den USA durch die OH-Einnahme verhindert werden.

Nach T. Rabe und B. Runnebaum, 1986 (64) beruht "der günstige Effekt der Kombinationspille zur Verhinderung von Endometrium- und Ovarialkarzinom auf Studienergebnissen, bei denen höher dosierte Kombinationspräparate, d.h. 50 Mikrogramm und mehr Aethinyloestradiol, eingesetzt wurden. Es ist möglich, daß bei Anwendung der Mikropille die positiven Schutzwirkungen in Hinblick auf die genannten Karzinomarten nachlassen. Die Ergebnisse größerer prospektiv angelegter Studien sind abzuwarten."

d) Mamma:

Auch dieses Problem wird sehr kontrovers behandelt. Staub aufgewirbelt haben die Arbeiten von Pike et al. (1981)(58) und Pike et al. (1983) (59), nach denen ein mehr als doppelt so hohes Brustkrebsrisiko besteht, wenn die Pille vor der ersten Full-Term-Pregnancy (FFTP) eingenommen worden war. Das Risiko war auch erhöht, wenn mit der Pilleneinnahme vor dem 25. oder 23. Altersjahr begonnen wurde. Mit zunehmender Einnahmedauer war der Trend für ein ansteigendes relatives Risiko hoch signifikant. Es bestand auch eine Abhängigkeit vom Gehalt des Gestagens, wobei ein hoher Gehalt an einem Progestagen das Risiko erhöhte. Vermindert war das relative Risiko nach einer aus-

getragenen Schwangerschaft; hier war das Resultat aber nicht statistisch signifikant. Andere 1983 (86), 1985 (79) und 1986 (76) publizierte Studien sprechen gegen einen Zusammenhang zwischen OH-Einnahme und Mammakarzinom, während Untersuchungen durch Meirik et al. (43) ein zweifach erhöhtes Risiko nach 12-jähriger Pilleneinnahme ergaben. Neuerdings hat eine Gruppe aus Boston (44), Manchester (35) und Oxford (88) die Entstehung des Mammakarzinoms durch Ovulationshemmer bestätigen können.

Joyeux, Montpellier (31a), sieht einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Ovulationshemmern und Mammakarzinom. Da es sich um ein Karzinom handle, das erst nach vielen Jahren zum Vorschein komme, seien viele Arbeiten, die einen solchen Zusammenhang leugneten, nicht aussagekräftig, da sie eine zu kurze Laufzeit überblickten. Er sagt weiter: "In China ist man zu natürlichen Methoden zurückgekehrt, weil einerseits Sterilisation und Pille zu teuer waren und andererseits, weil man eine Zunahme des Brustkrebses festgestellt hatte."

Und weiter: "Der Brustkrebs zeigt sich nicht schon im ersten Jahr nach der Hormoneinnahme, aber zehn oder mehr Jahre später. Er bleibt daher unbemerkt. Heute ist die Zeit, in der die Brust- und Ovarialkrebse explosionsartig zunehmen, aber in Europa spricht man nicht davon, im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten, wo die Einnahme der Pille enorm rapid abnimmt (ganz ähnlich wie der Tabakkonsum)."

#### c) Haut:

Beral et al. fanden 1977 (5), daß Frauen, die über lange Zeit OH eingenommen hatten, höhere Raten an malignen Melanomen und anderen Hautkarzinomen aufwiesen, als Frauen, die die Pille nie genommen hatten. Die Zunahme beschränkte sich auf Veränderungen der unteren Gliedmaßen.

Holly et al. untersuchten 1983 (27) den Zusammenhang zwischen superficial spreading melanoma (SSM) und Pilleneinnahme. Unter den 61 Frauen mit SSM war die Einnahme von OH über 5 Jahre und mehr häufiger anzutreffen als bei den Kontrollen. Bei einer Einnahme von 5 - 9 bzw. 10 Jahren und mehr betrug das relative Risiko 2,4 bzw. 3,6. Bei einer OH-Einnahme von 4 Jahren und weniger bestand keine Differenz.

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

d) Leber:

Nach Forman et al., (1986)(14), beinhaltet die OH-Einnahme ein signifikant erhöhtes relatives Risiko für die Entstehung des hepatozellulären Karzinoms von 3,8. Die Einnahme von 8 Jahren und mehr zeigt ein signifikant erhöhtes relatives Risiko von 20,1. Neuberger et al. konnten 1986 (49) nachweisen, daß die Kurzzeiteinnahme von OH nicht mit einem erhöhten Risiko für eine Tumorentwicklung verbunden war, hingegen aber die Einnahme über 8 Jahre und mehr mit einem 4,4 fach erhöhten Risiko.

Keiser und Pfeleiderer in ihrem Lehrbuch der Gynäkologie (Martius): "Bei Frauen mit hepatozellulärem Leberkarzinom dominieren die Einnehmerinnen von oralen Kontrazeptiva." (32b)

Interessant ist auch, daß eine Pillenfirma neuerdings einen Todesfall durch ein Leberzellkarzinom als einzige beobachtete Nebenwirkung zugestand.

#### 4. GUTARTIGE TUMOREN

Gutartige Tumoren von Portio, Ovar, Mamma und Leber sind vielfach beschrieben. Bei der Portio ist ein Übergang in maligne Formen bekannt, wie oben bereits erwähnt. Bei den Eierstöcken sind vermehrt Zystenbildungen beobachtet worden. Brustveränderungen bestehen im Sinne einer Mastopathie. Bei der Leber handelt es sich um Adenome, die wohl gutartig sind, aber durch Platzen zum Verblutungstod führen können. So beschrieben Baum et al. 1973 (2) erstmals das Auftreten von benignen Lebertumoren. Bis 1982 lagen ca. 650 Fallberichte über gutartige Lebertumoren unter OH- Einnahme vor. Einer der Autoren forderte allein aufgrund der Tatsache von tödlichen Blutungen aus Leberadenomen, die Ovulationshemmer nicht mehr zur Familienplanung einzusetzen.

#### 5. VERÄNDERUNGEN IM VERDAUUNGSTRAKT

Braendli und Fillippini (7) sowie Ritschard und Fillipini (66) beschrieben durch Ovulationshemmer verursachte Magen-Darmleiden.

Die Bildung von Gallensteinen wird durch die Ovulationshemmer. Kaiser und Pfeleider (32b): "Das Risiko der Cholelithiasis wird offenbar speziell durch den Oestrogenanteil der Kombinations- und Sequenzpräparate auf das Doppelte gesteigert".

Transaminasen und Billirubin können erhöht sein, wobei eine zunehmende Erhöhung dieser Werter zum Abbruch der OH - Einnahme zwingen. "Vorsichtshalber sollten alle Frauen mit einem cholestatischen Schwangerschaftsikerus und einen Schwangerschaftsprusitus in der Anamnese, mit einem Leberenzymdefekt wie dem Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom und einem bestehenden schweren Leberschaden keine oralen Kontrazeptiva erhalten". (32b)

## 6. AUGEN-STÖRUNGEN

Neuritis nervi optici und Retinathrombose.

## 7. MISSBILDUNGEN

Im Abortmaterial von Frauen, die unter der Pille oder innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen derselben schwanger wurden, konnten in 48% Chromosomenstörungen (Triploidie und Monosomien X) festgestellt werden und in 30% Polyploidien. Diese Zahlen liegen deutlich über denen von Frauen, die ohne Ovulationshemmer schwanger wurden (22% und 5%) (46). Fülgraff und Palm (16) erwähnen in ihrem "Lehrbuch Pharmakotherapie Klinische Pharmakologie" im Kapitel "Besonderheiten der Arzneitherapie in Schwangerschaft und Stillperiode" unter Einnahme oraler Kontrazeptiva gegengeschlechtliche Prägung, Anomalien von Gliedmassen, Herz, Oesophagus, Trachea und Nieren.

Nach Kabarity und Mazrooei (1984) (32) induzieren gewisse Ovulationshemmer mitosehemmende Effekte, indem abnormale Prophasen und eine beträchtliche Anzahl von Mikronuklei entstehen. Je nach Art des Gestagens sind diese Veränderungen unterschiedlich stark ausgeprägt. Pinto (57) beschreibt 1986 Chromosomenbrüche in Lymphozyten unter Einnahme von Ovulationshemmern. Diese in vivo-Befunde zeigten ein hochsignifikantes Ansteigen von Chromosomenabberationen. Liu und Ding (38) konnten 1987 im Tierversuch unter Verabreichung von Ovulationshemmern in der Frühschwangerschaft Chromosomenveränderungen feststellen. Sie schließen daraus, daß beim Menschen infolge von OH-Versagern ein potentieller mutagener Effekt für die Nachkommen bestehen könnte.

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

---

## 8. PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Über die psychischen Auswirkungen der Pille äussert sich Peterson 1978 (55): "Die erschreckende Verschlechterung der Affektivität (Stimmung und Antrieb) und der zwischenmenschlichen Beziehungen bei der Pillengruppe geht sicherlich zum guten Teil zu Lasten des durch die Hormonwirkung ausgelösten endokrinen Psychosyndroms (M. Bleuler), ebenso schlägt dabei aber auch die ambivalente unklare kontrazeptive Motivation der Pillenfrauen zu Buche".

Nach eigenen Erfahrungen melden Frauen depressive Verstimmungen bis zu eigentlichen Depressionen. Ferner bemerken sie an sich selbst z.T. ausgeprägte Persönlichkeitsveränderungen.

## 9. SEXUALITÄT

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

### Widersprüchliches in der Literatur

Aus dem Gesagten geht hervor, wie auffällig kontrovers die Problematik der Nebenwirkungen der OH diskutiert wird. Daß dies, soweit überhaupt bekannt, bei den Ärzten große Verwirrung stiften muß, ist verständlich. Die Wirkung geht dahin, daß der Arzt durch jede verharmlosende Publikation geneigt wird, die in anderen Arbeiten beschriebenen Nebenwirkungen nicht mehr ernst zu nehmen. Dies gibt dem Wunschenken für den Einsatz der Pille jeweils wieder Raum. Den gleichen Effekt haben wir heute bei der AIDS-Aufklärung. Einerseits verursachen die Medien Panik, verharmlosen andersseits, aber durch abschwächende

Meldungen die Ernsthaftigkeit der Situation, was punkto Beurteilung und Verhalten wieder eine Neutralisierung ergibt.

Bei logischer Überlegung muß man sich aber sagen, daß hier etwas nicht stimmen kann. Denn beides kann nicht der Wahrheit entsprechen. Folglich muß zumindest ein Zweifel aufkommen... So muß der Arzt seinem hippokratischen Prinzip des "Primum nil nocere" gehorchen, nämlich in erster Linie dem Patienten nicht zu schaden. Der Arzt muß immer und in erster Linie als Arzt handeln und nicht als fragwürdiger Sozialhelfer. So lange also Zweifel an der Unschädlichkeit der OH bestehen, darf er sie nicht oder nicht mehr einsetzen. H.. Ludwig, Basel sagte an der Jahrestagung der Schweiz. Gesellschaft für Familienplanung 1985 in Luzern sinngemäß: "Bedenken Sie, daß wir es mit jungen gesunden Frauen zu tun haben, die wir nicht krank machen dürfen".

Auch hier gilt: Wenn keine medizinische Indikation vorliegt, ist das Risiko für einen Eingriff oder den Einsatz eines Pharmakons unendlich; die medizinische Indikation vermindert das Risiko im Sinne der Abwägung erheblich. Dies gilt ganz besonders für die Ovulationshemmer, weil hier zu 99% keine medizinische Indikation für ihre Verabreichung vorliegt.

Es kann gesagt werden: Noch nie wurde ein so potentes Pharmakon mit sovielen Unbekannten ohne medizinische Indikation gesunden Menschen verabreicht. Noch nie wurde ein Pharmakon nach Bekanntwerden so vieler und so schwerwiegender Nebenwirkungen so lange im Handel belassen wie die Ovulationshemmer. Noch nie brachte ein Pharmakon der chemischen Industrie soviel Geld ein. Die Pille wird in den USA als "biggest moneymaker of pharmaceuticals" bezeichnet.

Joyeux hat die Situation treffend beschrieben (31b): "Aber wenn eine oder zwei wissenschaftliche Publikationen erscheinen, welche diese Gefahren durch die Pille beschreiben, werden unverzüglich im darauffolgenden Monat Stellungnahmen veröffentlicht, die das genaue Gegenteil behaupten, um die allzu gefährlichen, umsatzschmälernden Folgen für die pharmazeutische Industrie zu neutralisieren."

## 2. Intra-Uterin-Device (IUD)

Die Spirale ist in erster Linie ein frühabtreibendes Mittel. Durch eine in der Gebärmutter-schleimhaut verursachte Reizentzündung wird die Einnistung des Embryos verhindert. Auch der spermizide Kupfergehalt der modernen Spirale kann dies im Prinzip nicht entscheidend ändern.

---

Ebenso kann eine neuere Feststellung einer rein empfängnisverhütenden Wirkung des IUD nicht überzeugen.

**Nebenwirkungen:**

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

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

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

### 3. Sterilisation

Die Sterilisation der Frau und des Mannes ist eine chirurgisch durchgeführte endgültige Methode der Geburtenregelung. Als Wahleingriff, meist ohne medizinische Indikation, muß das Risiko deshalb ebenfalls gleich Null sein. Insbesondere ist dies bei der Frau nicht der Fall, da hier in der Regel eine Vollnarkose benötigt wird und der Bauchraum bei jeder Methode in irgendeiner Weise eröffnet werden muß. Besondere Gefahren ergeben sich bei der laparoskopischen Tubensterilisation durch zweimaliges blindes Einstechen ins Abdomen im Sinne von beispielsweise Gefäß-, Darm- und Blasenverletzungen.

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

Nach einer Studie des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (1978) (70) lag die Komplikationsrate bei 29,1 pro 1.000 diagnostischer Laparoskopien und 40,6 pro 1.000 laparoskopischer Sterilisationen.

Hirsch (1977) (25) vergleicht die Todesfallraten zwischen laparoskopischer Tubensterilisation, chirurgischer Sterilisation, Ovulationshemmern und IUD:

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

Spätfolgen der Sterilisation:

Extrauteringraviditäten:

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

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

Periodenstörungen:

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

Donnez et al. (1981) (13) untersuchten die Lutealfunktion nach der Sterilisation und fanden bei 54% der Frauen einen stark erniedrigten Progesteronspiegel nach der Elektrokoagulation der Tuben, während dies nur bei 20% nach der Sterilisation mit Kulka-Clemens-Clips beobachtet werden konnte. Dies wird auf eine Störung der Kontinuität der utero-ovariellen Arterie zurückgeführt. So lassen sich die erwähnten

---

Blutungsstörungen mindestens zum Teil erklären. Neuerdings wird vermutet, daß Frauen nach der Tubensterilisation häufiger Mammakarzinome entwickeln, was hypothetisch ebenfalls auf die erwähnte Hormonstörung zurückzuführen sein könnte.

#### Psychische Störungen:

1978 beschrieb der Psychiater Petersen (55) noch 5% Frauen, die den Eingriff bereuten. 1986 sind dies nach Literatur bereits 10 - 15%, was innerhalb 10 Jahren eine Verdoppelung bis Verdreifachung bedeutet.

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

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

gerschaft). "

Eine ungünstige Prognose haben nach verschiedenen Autoren diejenigen Frauen, bei denen die Sterilisation im Zusammenhang mit einer Sektio, mit einem Abort oder im Wochenbett durchgeführt wird. Ferner bei Frauen mit präoperativ gestörter Persönlichkeit, schon lange bestehender oder aktueller Beziehungsproblematik, geringer kontrazeptiver Motivation und bislang eher nachlässigem Kontrazeptionsverhalten, sowie bei medizinischer, psychiatrischer und eugenischer Indikation. "In dem Maße, wie die Verantwortung von sich abgewälzt und ein anderer (z.B. der Arzt, die Familie, eine Behörde) zur entscheidenden und verantwortlichen Instanz erhoben wird, desto grösser ist später die Unzufriedenheit. Deshalb ist auch die Unzufriedenheit bei medizinischer, psychiatrischer und eugenischer Indikation größer, als bei der Operation aus Gründen der Familienplanung: Die Betroffenen haben sich selbst der Verantwortung entledigt und machen nun den Arzt oder gar eine Indikation zum verantwortlichen Sündenbock" (55). "Für die ärztliche Praxis ist es bedeutsam, daß weder das Lebensalter zur Zeit der Operation noch die Anzahl eigener Kinder einen Einfluß auf die seelischen Folgen der endgültigen Kontrazeption haben.... Die persönliche Reife und die Reife der Entscheidung zur definitiven Kontrazeption läßt sich eben nicht an der Zahl der Kinder und an der Zahl der Lebensjahre ablesen." (55).

Bezüglich der Libido sei auf die Ausführungen bei den Ovulationshemmern verwiesen, die hier ebenfalls gültig sind. Gegen eine Sterilisation im Wochenbett spricht der im ersten Lebensjahr des Kindes am häufigsten auftretende "Sudden Unexpected Death", bzw. das "Sudden Infant Death Syndrome" (SIDS).

Zusammenfassend kann man sagen, daß nebst den Argumenten gegen eine Sterilisation im Wochenbett die Komplikationsrate bei der Tubensterilisation an und für sich für einen Wahleingriff, der nicht sein muß, eindeutig zu hoch ist. Daneben zeigt die Zunahme der psychischen Folgen auf das zwei- bis dreifache im Verlaufe von knapp 10 Jahren, daß insbesondere auch diese Seite nicht vernachlässigt werden darf. Wir bemerken überdies in letzter Zeit eine zunehmende Nachfrage nach der Refertilisation, die bis heute, vor allem nach der Koagulationsmethode, noch sehr unbefriedigend ist.

Interessant ist, daß die amerikanischen Gynäkologen vor ca. 3 Jahren eine Verlautbarung herausgegeben haben, die Tubensterilisation künftig äußerst restriktiv zu handhaben.

---

#### 4. Präservativ oder Kondom

Das bis zur Pillenära viel geschmähte Kondom kam nun durch die Ausbreitung von AIDS wieder fulminant zum Einsatz, obwohl ihm sehr hohe Versagerquoten bei der Empfängnisverhütung angelastet werden. So hat der Münchner Frauenarzt Prinz (62) statistisch abgesichert errechnet, daß - bei einem Pearl-Index von 5 - 100 mit AIDS infizierte Männer pro Jahr 35 Frauen mit dem Virus infizieren, wenn sie ausschließlich Kondome benutzen. Man kann dies mit einem russischen Roulette vergleichen. Daraus geht auch deutlich die Verantwortungslosigkeit in der Aufklärung zur AIDS-Verhütung hervor, die am wahren Kern der Sache vorbeigeht und als üble Augenwischerei deklariert werden muß.

#### 5. Spermizide

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

---

## Bilanz der Kontrazeption und ihrer Folgen

Was verdanken wir der Kontrazeption der letzten 30 Jahre?

1. Die moderne Antikonzeption ermöglichte eine exzessive Liberalisierung der Sexualität im Sinne einer Trennung von Sexualität und Fortpflanzung. Die Sexualität wurde zum Konsumgut Nr. 1 und fand sukzessive ihren Platz auch außerhalb der ehelichen Gemeinschaft. Die Altersgrenze für die ersten sexuellen Kontakte sank bei den Jugendlichen drastisch.

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

3. Zerstörung der moralischen Grundlagen der westlichen Welt, insbesondere der christlichen Länder, durch die sexuelle Revolution und Festschreibung der Abtreibung als dem zur Zeit wohl am meisten gebrauchten Familienplanungsmittel (nach WHO ca. 50 Millionen Abtreibungen pro Jahr). Dadurch insbesondere Zerstörung der Moral der Jugend.

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

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

---

Schwächung der Immunabwehr.

5. Weitere verheerende medizinische Nebenwirkungen v.a. durch OH und IUD.
6. Massive Bevölkerungsimplosion in den Industrieländern, die zu sterbenden Völkern wurden. Dadurch massive Einwanderung von Menschen aus der 3. Welt, um den Lebensstandard der Industrienationen garantieren zu können. Damit Gefahr der Unterwanderung insbesondere der christlichen Kultur.
7. Keine Eindämmung des Bevölkerungswachstums in der 3. Welt, da sich dort weder Ovulationshemmer noch Spirale noch die Sterilisation durchsetzen konnten.
8. Da die moderne Kontrazeption aufgrund der Nebenwirkungen und der Versagerquoten nicht befriedigte, Suche nach neuen und perfekteren Familienplanungsmethoden. Diese liegen nun vor in Form von RU 486 (Progesteronantagonist) und Epostane (Progesteron-Synthesehemmer), kombiniert mit Prostaglandinen, die die medikamentöse Abtreibung bis zur Spätschwangerschaft ermöglichen und damit die in verschiedener Hinsicht belastendere chirurgische Abtreibung weitgehend ersetzen können. Ferner die bald zum Einsatz kommende Antibabyimpfung (Anti-HCG-Impfung), ebenfalls ein Frühabtreibungsmittel. Damit hält die perfektionierte Tötung ungeborenen Lebens zunehmend Einzug in unsere Gesellschaft mit der Folge eines wahren Holocausts ungeborenen Lebens. So kann man sagen, daß die große Tragik der Jahrhundertwende die Verarmung an Menschenleben ist, die ihrer Bestimmung nachkommen sollten und daran verhindert werden.

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

Die Entwicklung der künstlichen Kontrazeption mit all den genannten Folgen bestätigt den Wahrheitsgehalt der prophetischen Enzyklika "Humanae Vitae" von Papst Paul VI., die 1968 herausgegeben wurde. Sie hatte recht, hat recht und wird recht behalten. Jeder rational denkende Mensch kann, so glaube ich, aus den genannten Fakten ableiten, daß die Lehre der Kirche nicht als Belastung oder gar Schikane für den Menschen aufgefasst werden darf, sondern seinem

---

Wohle dient. Dies berechtigt zu tiefem Vertrauen in die Leitung der Kirche. Die Lösung der mehr als verworrenen Lage kann nicht darin bestehen, weitere effektvollere und sicherere Kontrazeptiva zu entwickeln - selbst wenn diese eigentlich verhütend und nicht abtreibend wirken würden -, sondern in der Eindämmung der sexuellen Freizügigkeit. Es muß ein neues Verständnis der Sexualität geschaffen werden. In diesem Sinne drücken sich sogar die ansonsten liberal denkenden Herausgeber des *Obstetrical & Gynecological Survey* in der neuesten Ausgabe aus (4): "Multiple partners - promiscuity, if you will - does not make for a good, monogamous marriage. Broken homes make "orphans of our children.".... "We need to preach the gospel of premarital abstinence. As women's primary physicians, we have the responsibility for at least trying to educate them. The tremendous threat of AIDS is a good reason for doing so and often affords a good opportunity for patient discussions".

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

Dr. med. Rudolf Ehmann

## Autorenverzeichnis von: "Probleme der Geburtenregelung"

- (1) **Aral S.O., Mosher W.D., Cates W.,** Contraceptive use, pelvic inflammatory disease, and fertility problems among American women: *Am. J. Obstet. Gynecol.* (1982) 1987, 157, 59
- (2) **Baum J.K., Holtz F., Bockstein J.J., Klein W.,** Possible association between benign hepatomas and oral contraceptives, *The Lancet* (1973) II, 926
- (3) **Beller F.K.,** Münster, Schriftenreihe der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster (1979/80) 2, 35
- (4) **Beral V., Hannaford P., Kay C.,** Oral contraceptive use and malignancies of the genital tract: Result from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study, *Obstetrical & Gynecological Survey* (1989) 44, 465
- (5) **Beral V., Ramcharan S., Faris R.,** Malignant melanoma and oral contraceptive use among women in California, *Br.J. Cancer* (1977) 36, 804
- (6) **Berelson on Population,** Ross A., Parker Mauldin W.,:Editors, Springer-Verlag New York Inc. (1988) S. 7, S. 43
- (7) **Braendli B., Flippini L.,** Gastroenterologische Nebenwirkungen oraler hormoneller Antikonzeptiva, *Medizinische Klinik* (1979) 74, 425
- (8) **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,** Köln, Jedes Kind hat ein Recht erwünscht zu sein, S. 12
- (9) **Cohen C., Deppe G.,** Endometrial carcinoma and oral contra-ceptive agents, *Obstet. Gynecol.*(1977) 49, 390
- (10) **Cramer D.W., Goldman M.B., Schiff I.,** The relationship of tubal infertility to barrier method and oral contraceptive use, *JAMA* (1987) 257, 2446
- (11) **Detering K., Kallischnig G.,** The cardiovascular risk of oral contraception with special reference to German mortality statistics, *N. Trends Gynecol. Obstetr.* (1985) 1, 360
- (12) **Diquelou J.Y., et al.,** Role of chlamydia trachomatis in causation of infection leading to ectopic pregnancies, *J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* (1988) 17, 325
- (13) **Donnez J., Wauters M., Thomas K.,** Luteal function after tubal sterilization, *Obstet. Gynecol.* (1981) 57, 65
- (14) **Forman D., Vincent T.J., Doll R.,** Cancer of the liver and the use of oral contraceptives, *Br. Med. J.* (1986) 292, 1357

- 
- (15) **Frech F.**, The Pill and the Medical making of Epidemics, HUMAN LIFE INTERNATIONAL-KONGRESS, Irvine, California, April 27 - May 1, 1988
  - (16) **Fülgraff G.**, Palm D., Herausgeber von Pharmakotherapie Klinische Pharmakologie, 6. neubearbeitete Auflage, Gustav Fischer Verlag Stuttgart, S. 347
  - (17) **Genton C.Y.**, Orale Kontrazeption und Krebsrisiko, Schweiz.Med. Wochenzeitschrift (1980) 111, 1742
  - (18) **Grünenthal:** Brief an Dr. Götz vom 27.3.86
  - (19) **Guhr O.**, Hormonal induzierte Portioveränderungen unter Ovulationshemmern, Münch. med. Wschr. (1972) 114, 766
  - (20) **Haller**, Ovulationshemmung durch Hormone, 79, 3.Auflage, (1971) Georg Thieme Verlag, Stuttgart
  - (21) **Harris R.W.C.**, Brinton L.A., Cowdell R.H., Skegg D.C.G., Smith P.G., Vessey M.P., Doll R., Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uteri, Br.J. Cancer (1980) 42, 359
  - (22) **Häussler, A.**, Die Pille das drohende Unheil, Miriam-Verlag, Jestetten (1975), S. 5., S. 6, (Fikentscher) S. 12 (Haller)
  - (23) **Hauser G.A.**, Zeitschrift für Sexualmedizin (1974) 8
  - (24) **Henderson B.E.**, Casagrande J.T., Pike M.C., Mack T., Rosario I. & Duke A., The epidemiology of endometrial cancer in young women, Br. J. Cancer (1983) 47, 749
  - (25) **Hirsch H.A.**, Derzeitiger Stand der Tubensterilisation, Geburtsh. Frauenheilk. (1977) 37, 461
  - (26) **Hoc S.**, Was alles sexuell übertragen wird, Selecta(1986), 9, 612
  - (27) **Holly E.A.**, Weiss N.S., Liff J.M., Cutaneous melanoma in relation to exogenous hormones and reproductive factors, JNCI (1983) 70, 827
  - (28) **Hulka B.S.**, Chambliss L.E., Kaufman D.G., Fowler W.C. & Greenberg B.G., Protection against endometrial carcinoma by combination product oral contraceptives, JAMA (1982) 247,475
  - (29) **HUMAN LIFE INTERNATIONAL-KONGRESS**, Irvine, California, April 27 - May 1, 1988, Mitteilung
  - (30) **Ikonomoff S.**, Warum die hormonalen Kontrazeptiva in Asien anders wirken als in Europa, Deutsches Aerzteblatt (1986), 83, 699
  - (31a) **Joyeux H.**, zitiert durch V.Pellegrini, Le Nouvelliste et Fav., Sion 6.3.87

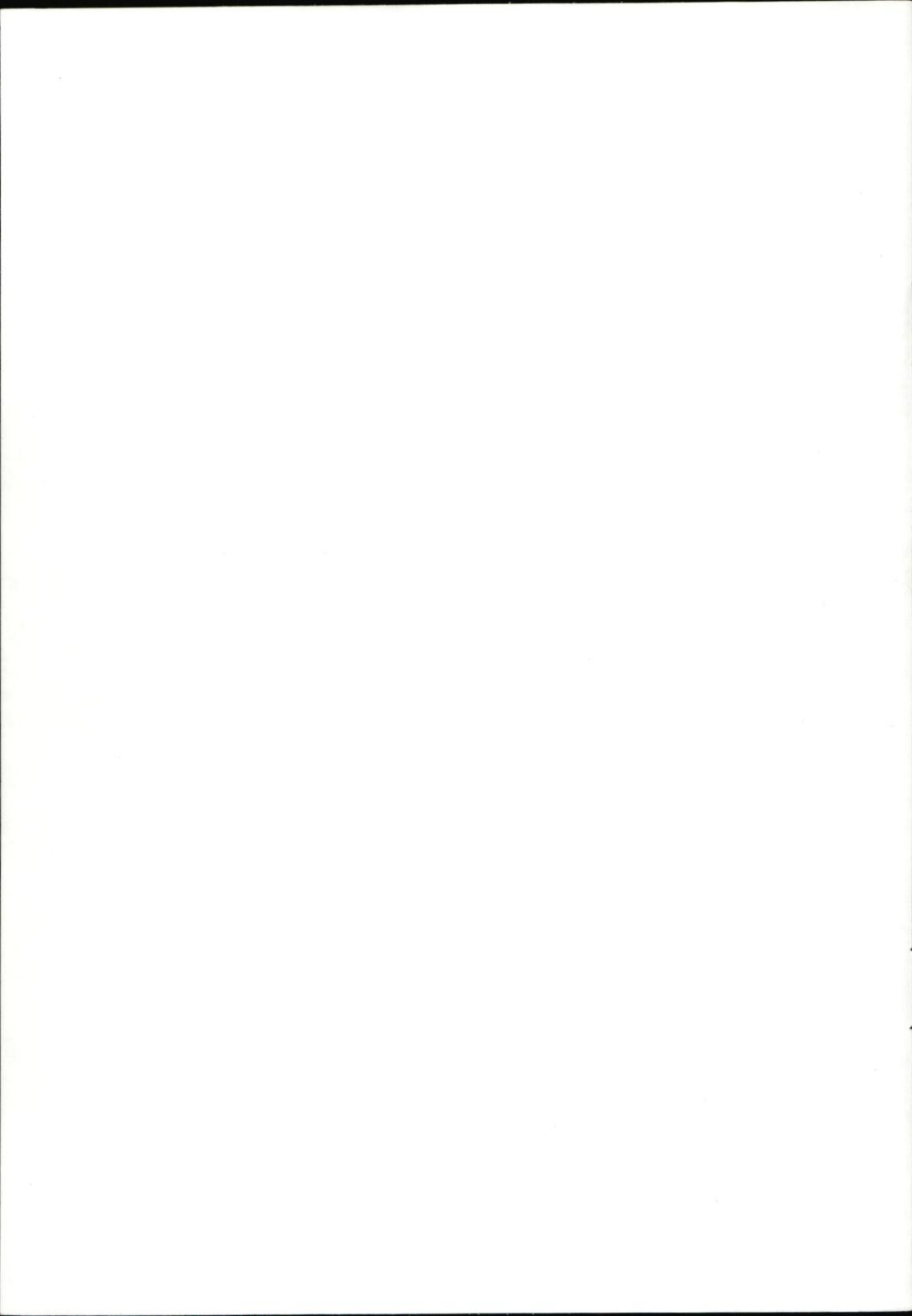
- 
- (31b) **Joyeux H.**, Hormonbombe Pille der Irrtum einer Epoche, Vortrag gehalten am XIV. internationalen Kongress für die Familie, Bonn 2.- 5. Mai 1989
- (32a) **Kabarity A.**, Mazrooei S., Further investigations on the cytological effects of some contraceptives, *Mutat.Res.* (1984) 135, 181
- (32b) **Kaiser R.**, Pfeleiderer A., Lehrbuch der Gynäkologie, Martius-Reihe, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York, 16. neubearbeitete Auflage 1989.
- (33) **Karnik R.**, Ammerer H.P., Perneckzy G., Slany J., Brenner H., Akute Verschlüsse im vertebrobasilären Stromgebiet bei Kindern und jüngeren Erwachsenen, *Dtsch.med.Wschr.* (1986) 111, 616
- (34) **Kaufman D.W.**, Shapiro S., Stone D. & 10 others, Decreased risk of endometrial cancer among oral contraceptive users, *N. Engl. J. Med.* (1980) 303, 1043
- (35) **Kay C.R.**, Hannaford P.C., Breast cancer and the pill- a further report from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study, *Br. J. Cancer* (1988) 58, 675
- (36) **Kierkegaard A.**, Deep vein thrombosis and the oestrogen content in oral contraceptives, *Contraception* (1985) 31, 29
- (37) **Lienhard A.**, Was hält beim Koitus am besten dicht? *Medical Tribune* (1989) 17, 14
- (38) **Liu C.**, Ding YS., Changes of SCE frequency and chromatin molecular composition in rat progeny whose mothers were treated with oral contraceptives in early pregnancy, *Mutat.Res.* (1987) 180, 115
- (39) **Louv C.W.**, Austin H., Perlman J., Alexander J. W., Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections, *Am. J. Obstet. Gynecol.* February (1989) 160, 396
- (40) **Ludwig K.S.**, Hormonale Kontrazeption: Eine Standortbestimmung. *Int. Symp.*, Basel 1983, 33-36, Karger, Basel (1983)
- (41) **Mall-Häfeli M.**, Brief an Apotheker Wöppelmann vom 22.5.86
- (42) **Mall-Häfeli M.**, Hormonale Kontrazeption: Eine Standortbestimmung. *Int.Symp.*, Basel 1983, 19-32, Karger, Basel (1983)
- (43) **Meirik O.**, Lund E., Adam H.O. et al., Oral contraceptive use and breast cancer in young women, *The Lancet* (1986) II, 650
- (44) **Miller D.R.**, Rosenberg L., Kaufmann D.W., Stolley P., Warshauer M.E., Shapiro S., Breast cancer before age 45 and oral contraceptive use: new findings, *Am. J. Epidemiol.* (1989) 129, 269

- 
- (45) **Molloy B.G.**, Coulson K.A., Lee J.M., Watters J.K., Ist die Annahme einer Konzeption nach 'vergessener Pille' realistisch?, *extracta gynaecologica* (1986) 10, 64
- (46) **Müntefering, H.**, Dallenbach-Hellwig, G. et al., Pathologisch-anatomische Befunde bei der gestörten Frühschwangerschaft, *Der Gynäkologe* (1988) 21, 262
- (47) **Mutschler E.**, Arzneimittelwirkungen. Ein Lehrbuch der Pharmakologie für Pharmazeuten, Chemiker und Biologen. Mit ein führenden Kapiteln in die Anatomie und Physiologie. (1972), Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, 2. Auflage, S.225
- (48) **National Abortion Federation-Kongress**, Boston, June 9-12, 1985, Mitteilung
- (49) **Neuberger J.**, Forman D., Doll R., Williams R., Oral contraceptives and hepatocellular carcinoma, *Br.Med.J.* (1986) 292, 1355
- (50) **N.L.**, Empfängnischutz für Teenager, *selecta* (1986) 9, 654
- (51) **Organon-Broschüre**: Interaktionen mit oralen Kontrazeptiva: Was ist zu beachten?
- (52) **Organon Marvelon**, Das hormonale Kontrazeptivum mit dem selektiven Progestagen Desogestrel, S. 11
- (53) **Ory H.W.**, Conger B.S., Naib Z., Tyler C.W., Hatcher R.A., Preliminary analysis of oral contraceptive use and risk of developing premalignant lesions of the uterine cervix, *Pharmacology of Steroid Contraceptive Drugs*, edited by S. Garatini and H.W. Berendes, Raven Press, New York, (1977)
- (54) **Peritz E.**, Ramcharan S., Frank J, Brown W.L., Huang S., Ray R., The incidence of cervical cancer and duration of oral contraceptive use, *Am. J. Epidemiol.* (1977), 6, 462
- (55) **Petersen P.**, Seelische Folgen nach endgültiger Sterilisation. Ergebnisse internationaler Studien über die freiwillige Sterilisation des Mannes und der Frau aus Gründen der Familienplanung. *Dtsch. Aertzeblatt* (1978) 75, 695
- (56) **Petitti D.B.**, Wingerd J., Use of oral contraceptives, cigarette smoking, and risk of subarachnoid haemorrhage, *The Lancet* (1978) II, 234
- (57) **Pinto MR.**, Possible effects of hormonal contraceptives on human mitotic chromosomes, *Mutat. Res.*(1986) 169, 149
- (58) **Pike M.C.**, Henderson B.E., Casagrande J.T., Rosario I., Gray G.E., Oral contraceptive use and early abortion as risk factors for breast cancer in young women, *Br.J.Cancer* (1981) 43, 72

- 
- (59) **Pike M.C., Krailo M.D., Henderson B.E., Duke A., Breast cancer in young women and use of oral contraceptives: Possible modifying effect of formulation and age at use, The Lancet (1983) II, 926**
- (60) **Pille, Die, J. Guillebaud, rororo (1985)**
- (61) **Porter J.B., Hunter J.R., Danielson D.A., Jick H., Stergachis A., Oral contraceptive and nonfatal vascular disease- recent experience, Obstet. Gynecol. (1982) 59, 299**
- (62) **Prinz W., AIDS - Kondome schützen miserabel, Medical Tribune (1987) 13,32, und Leserbrief von Braun-Clarke L., Kondome gegen AIDS: Dr. Prinz hat recht, Medical Tribune 22.5.87**
- (63) **R.H., Was ist da dran? Medical Tribune (1989) 16, 20**
- (64) **Rabe T., Runnebaum B., Pille und Krebs, Therapeutische Umschau (1986) 43, 5, 372**
- (65) **Red. Zur Risikoabschätzung von Femovan/Minulet, arznei- telegramm ATI, Arzneimittelinformation Berlin GmbH, (1989) 5, 50**
- (66) **Ritschard Th.,Fillipini L., Entzündliche Darmerkrankungen und hormonelle Antikonception, Schweiz. med. Wschr. (1986) 116, 594**
- (67) **Rösler R., Der Menschen Zahl, Christiana-Verlag, Stein am Rhein, (1989)**
- (68) **Rosenberg L., Shapiro S., Slone D., Kaufmann D.W., Helmrich S.P., Miettinen O.S., Stolley P.D., Rosenshein N.B., Schottenfeld D., Engle R.L. et al., Epithelial ovarian cancer and combination oral contraceptives, JAMA (1982) 247, 3210**
- (69a) **Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study, Mortality among oral contraceptive users, The Lancet (1977) II, 727**
- (69b) **Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study, Further Analyses of mortality in oral contraceptive users, The Lancet (1981) I, 541**
- (70) **Royal College of Obstetricians and Gynecologists (1978) Gynaecological Laparoscopy, The report of the working party of the confidential enquiry into gynaecological laparoscopy, Carron Brown J.A., Chamberlain G.V.P., Jordan J.A., Newton J.R., Nicholson J.R., Rothmann D., Sharratt M., Steptoe P.C., Symonds E.M., Br. J. Obstet. Gynecol. (1978) 85, 401**
- (71) **Rubin G.L, Ory H.W.,Layde P.M., Oral contraceptives and pelvic inflammatory disease, Am. J. Obstet Gynecol.(1982) 144, 630**

- 
- (72) **Schachter J., Grossman M., Sweet R.L., Holt J., Jordan C., Bishop E.,** Prospective study of perinatal transmission of *Chlamydia trachomatis*, *JAMA* (1986) 255, 3374
- (73) **Schering-Information,** Folge 4, Publikationen von Juli 1980 bis April 1984
- (74) **Schindler A. E.,** Neue Aspekte der hormonalen Kontrazeption, *Gynäkol. Prax.* (1985) 9, 47
- (75) **Seaman B.,** *Ärzte contra Pille*, Ullstein (1970)
- (76) **Shapiro S.,** Oral contraceptives - time to take stock, *N.Engl. J. Med.* (1986) 315, 450
- (77) **Silverberg S.G., Makowsky E.L., Roche W.D.,** Endometrial carcinoma in women under 40 years of age: Comparison of cases in oral contraceptive users and nonusers, *Cancer* (1977) 39, 592
- (78) **Silverberg S.G, & Makowsky E.L.,** Endometrial carcinoma in young women taking oral contraceptive agents, *J. Obstet. Gynecol.*(1975) 46, 503
- (79) **Stadel B.C., Rubin G.L., Webster L.A.,** Oral contraceptives and breast cancer in young women, *The Lancet* (1985) II, 970
- (80) **Stern E., Forsythe A., Youkeles L., Coffelt C.F.,** Steroid contraceptive use and cervical dysplasia: increased risk of progression, *Science* (1977) 196, 1460
- (81) **Svensson L., Westrom L., Mardh P.-A.,** Contraceptives and acute salpingitis, *JAMA* (1984) 251, 2553
- (82) **Sweet R.L., Schlachter J., Landers D.,** Chlamydial Infections in Obstetrics and Gynecology, *Clinical Obstet. Gynecol.* (1983) 26, 143
- (83) **Taubert H.D., & Kuhl H.,** *Kontrazeption mit Hormonen* (1980)
- (84) **The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study,** Oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer, *JAMA* (1983) 249, 1600
- (85) **The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study,** Oral contraceptive use and the risk of ovarian cancer *JAMA* (1983) 249, 1596
- (86) **The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study,** Long-term oral contraceptive use and the risk of breast cancer, *JAMA* (1983) 249, 1591
- (87) **Toth M. et al,** Role of infection in etiology of preterm birth, *Obstet. Gynecol.* (1988) 71, 723

- 
- (88) **UK National Case-Control Study Group**, Oral contraceptive use and breast cancer risk in young women, *The Lancet*, (1989), II, 973
- (89) **Van der Vange N.**, Referat "Ovarian activity and low dose contraceptives", 3. Tagung der Soc. f. Advancement of Contraception (SAC) vom 9.-13.9.85 in Bordeaux, Zitiert im *Organon Literaturservice 17/86* aus *Gyne* (Juni 1986)
- (90) **Vessey M.P.**, **Lawless M.**, **McPherson K.**, **Yeates D.**, Neoplasia of the cervix uteri and contraception: a possible adverse effect of the pill, *The Lancet* (1983) II, 930
- (91) **Washington A.E.**, **Gove S.**, **Schachter J.**, **Sweet R.**, Oral contraceptives, Chlamydia trachomatis infection, and pelvic inflammatory disease. A word of caution about protection, *JAMA* (1985) 253, 2246
- (92) **Washington A.E.**, **Sweet R.L.**, **Shafer M.A.**, Pelvic inflammatory disease and its sequelae in adolescents, *J. Adolesc. Health Care* (1985) 6, 298
- (93) **Weiss N.S.**, **Lyon J.L.**, **Liff J.M.**, **Vollmer W.M.**, **Daling J.R.**, Incidence of ovarian cancer in relation to the use of oral contraceptives, *Int. J. Cancer* (1981) 28, 669
- (94) **Weiss N.S.**, & **Sayvetz T.A.**, Incidence of endometrial cancer in relation to the use of oral contraceptives, *N.Engl. J. Med.* (1980) 302, 551
- (95) **Wolner-Hanssen W.**, **Svensson L.**, **Mardh P.-A.**, **Weström L.**, Laparoscopic findings and contraceptive use in women with signs and symptoms suggestive of acute salpingitis, *Obstet. Gynecol.* (1985) 66, 233
- (96) **Zöller Th.**, Die Pille hat sich gemausert, *Der informierte Arzt* (1987) 14, 53





Bezugsquelle dieser Schrift:

Europäische Ärzteaktion  
Postfach 1123  
7900 Ulm/Donau

Tel.: (07 31) 72 29 33

Fax: (07 31) 72 42 37