

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 63 (1965)

Heft: 2

Artikel: Familienplanung

Autor: Maurer, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951674>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Schweizer Hebamme

2

Bern, 1. Februar 1965 Monatsschrift 63. Jahrgang

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. Neuweiler, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Fräulein Martha Lehmann, Hebamme, Zollikofen (BE) Tel. 65 12 80.

Abonnements: Jahresabonnement für die Schweiz Fr. 6.—, für das Ausland Fr. 6.— plus Porto. — Inserate: im Inseratenteil pro einspaltige Petitzeile 60 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzeile 90 Rp.

Druck und Expedition: Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Mattenenge 2, Bern, Tel. (031) 22 21 87, Postcheck 30-409, wohnin auch Abonnements- und Insertionsaufträge zu richten sind.

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Dir. Prof. Dr. med. W. Neuweiler)

Familienplanung

von Dr. med. H. Maurer

Die Idee der Familienplanung findet in letzter Zeit auch in unserem Lande immer weitere Verbreitung und Anerkennung. In vielen Ländern wurden Gesellschaften gegründet, die in einer internationalen Vereinigung, der International Planned Parenthood Federation, zusammengeschlossen sind. Diese Gesellschaften setzen sich für eine glückliche und gesunde Familie ein und suchen dieses Ziel durch Erforschung aller damit zusammenhängenden Fragen, durch Veranstaltung von wissenschaftlichen Tagungen, Herausgabe von Aufklärungsliteratur und durch Schaffung von Beratungsstellen für die Eltern zu erreichen.

Im Zentrum des ganzen Fragenkomplexes steht — neben der sexuellen Aufklärung und Erziehung — die Beschränkung der Kinderzahl, d. h. also die Empfängnisverhütung. Die Kinderzahl soll nicht mehr dem Zufall überlassen werden, und es wird keine unbegrenzte Fruchtbarkeit mehr gefordert. Die Kinder sollen nicht nur gezeugt, sondern auch ernährt, erzogen und ausgebildet werden. «Verantwortungsbewusste Elternschaft» lautet die Devise.

Man mag einwenden, dass in wirtschaftlich hoch entwickelten Ländern, wie z. B. in Westeuropa, in der Praxis schon lange Familienplanung getrieben werde, wenn es auch niemand recht wagte, das Thema öffentlich zur Sprache zu bringen. In der Tat sind bei uns Familien mit vielen Kindern seit Jahren eher selten geworden. Die erschreckend hohe Zahl der artifiziellen Aborte — legaler und illegaler — beweist aber, dass das Problem auch bei uns noch keineswegs gelöst ist.

Auf weltweiter Basis betrachtet, zeigt die drohende Ueberbevölkerung der Erde die brennende Aktualität der Familienplanung. Dank den Fortschritten der Medizin gelang es in den letzten Jahrzehnten, die verheerenden Seuchen zu besiegen, denen im Mittelalter immer wieder Millionen von Menschen zum Opfer gefallen waren. Die früher gewaltige Säuglingssterblichkeit konnte auf ein Minimum reduziert werden, und die Lebenserwartung der Menschen wurde verdoppelt bis verdreifacht. All das führte, besonders in Asien und Südamerika, zu einem beängstigenden Bevölkerungszuwachs, welcher von einem Kenner als «das erste Weltproblem der Geschichte» bezeichnet wurde. Gegenwärtig leben auf der Erde ungefähr drei Milliarden Menschen. Bei unveränderter Zuwachsrate werden es um das Jahr 2000 doppelt so viele sein. Amerikanische Wissenschaftler haben ausgerechnet, dass schon vor der Mitte des nächsten Jahrhunderts die Nahrungsreserven der Erde, trotz der zu erwartenden gewaltigen Weiterentwicklung der Technik und der Verbesserung der Produktionsmöglichkeiten, erschöpft sein müssen, was mehr oder weniger dem Weltuntergang gleichkäme. Uns an Ueberfluss und Hochkonjunktur leidenden Schweizern mag es heute schwer fallen, die scheinbar in weiter Ferne liegende Gefahr, in welcher die ganze Menschheit schwebt, zu erkennen. Schon unsere Kinder und Enkel jedoch werden die Folgen der Ueberbevölkerung am eigenen Leibe zu spüren bekommen, wenn es in den nächsten Jahren nicht gelingt, einen Ausweg zu finden. Schon jetzt drohen die ganzen Anstrengungen für die Entwicklungshilfe durch den extremen Bevölkerungszuwachs in den unterstützten Ländern zunichte gemacht zu werden. Die mit gewaltigen finanziellen Mitteln und grossem personellem Einsatz erreichte Produktionssteigerung reicht kaum zur Ernährung der sich rasch vermehrenden Bevölkerung auf dem bisherigen Niveau, geschweige denn zur dringend ersuchten Hebung des Lebensstandards.

Angesichts der kritischen Lage ist es eigentlich erstaunlich, wie wenig bisher unternommen wurde, um eine Lösung zu finden. Religiöse, ethische und politische Bedenken mögen das ihre beigetragen haben. Der Haupt-

grund für diese relative Untätigkeit ist aber wohl darin zu suchen, dass bisher keine allgemein akzeptable, genügend sichere und einfache Methode der Empfängnisverhütung zur Verfügung stand. Die katholische Kirche erlaubt bisher offiziell nur die Methode der periodischen Enthaltung unter Berücksichtigung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der Frau. Diese nach ihren beiden Entdeckern, dem Oesterreicher Knaus und dem Japaner Ogino, benannte Methode geht auf das Jahr 1931 zurück. Die beiden Forscher stellten fest, dass der Eisprung (Follikelsprung, Ovulation) normalerweise 14 Tage vor Beginn der folgenden Menstruation stattfindet, d. h. also in der Mitte des normalen 28tägigen Zyklus. Da das Ei nur innerhalb weniger Stunden nach dem Follikelsprung befruchtbar ist, beschränkt sich die fruchtbare Periode der Frau auf eine kurze Zeitspanne in der Mitte des Zyklus. Vor 1931 hatten über den Ablauf des menstruellen Zyklus unklare Ansichten geherrscht. Auf Grund von Beobachtungen an Hunden hatte man sogar vielfach angenommen, die fruchtbaren Tage der Frau fielen mit der Menstruation zusammen.

Der Nachteil der Knaus-Oginomethode ist ihre Unzuverlässigkeit. Auch bei sonst regelmässigen Zyklen können vielerlei äussere und innere Einflüsse wie Reisen, Aufenthalte am Meer oder in grosser Höhe, Krankheiten oder starke seelische Erschütterungen die Ovulation um mehrere Tage verschieben. Zudem können wahrscheinlich zu jedem beliebigen Zeitpunkt des Zyklus zusätzliche Ovulationen auftreten. Da es bisher keine wirklich sichere Möglichkeit gibt, den Zeitpunkt des Follikelsprungs und damit die fruchtbaren Tage zu bestimmen oder gar vorauszusagen, sind diese Abweichungen vom errechneten Kalender gar nicht erkennbar. Dadurch erklären sich die vielen Versager.

Die Sicherheit kann erhöht werden durch Kombination der Knaus-Oginomethode mit der Messung der Basaltemperatur (morgendliche Rektaltemperatur unmittelbar nach dem Erwachen). Diese Temperatur ist in der zweiten Zyklushälfte zirka 0,5 Grad höher als in der ersten. Der Anstieg erfolgt ein bis zwei Tage nach dem Follikelsprung. Kurz vor Beginn der nächsten Menstruation wird wieder das ursprüngliche Temperaturniveau erreicht. Leider ist auch diese Methode nicht absolut zuverlässig. Die Temperaturkurve verläuft oft uncharakteristisch und lässt keine sicheren Schlüsse zu. Temperaturerhöhungen aus andern Gründen machen das Verfahren vorübergehend unbrauchbar. Zudem werden die täglichen Messungen von vielen Frauen als zu mühsam empfunden.

Die zahlreichen mechanischen und chemischen Verhütungsmittel (Kondom, Pessare mit oder ohne spermientötende Gelées) sind durchaus brauchbar, weisen jedoch gelegentlich ebenfalls Versager auf. Vielfach werden sie aus ästhetischen Gründen abgelehnt. In jüngster Zeit werden auch intrauterine Spiralen aus Kunststoff empfohlen, deren Wirksamkeit und Unschädlichkeit noch nicht endgültig abgeklärt sind.

Eine weitere, relativ weit verbreitete Möglichkeit der Empfängnisverhütung ist die vorzeitige Unterbrechung des Geschlechtsverkehrs. (Coitus interruptus). Abgesehen von den auch hier möglichen Versagern ist diese Methode vor allem aus psychischen Gründen unbefriedigend und vermag den Forderungen der Familienplaner, die sich für eine gesunde und glückliche Familie einsetzen, keineswegs zu entsprechen.

Die operative Sterilisation der Frau oder des Mannes wurde an dieser Stelle vor eineinhalb Jahren schon besprochen. Sie verlangt eine ganz genaue Indikationsstellung und kommt wegen ihrer Endgültigkeit für die Anwendung auf breiterer Basis nicht in Frage.

Die bis jetzt beschriebenen Methoden der Empfängnisverhütung sind weit verbreitet und in ihrer Gesamtheit zweifellos recht wirksam. Ihnen ist es zu verdanken, dass in Europa und USA die Bevölkerung wesentlich langsamer wächst als in den sogenannten Entwicklungsländern Asiens und Südamerikas. Ihre Unvollkommenheit jedoch bewog zahlreiche Forscher, nach besseren Methoden zu suchen. Dabei stiessen diese Neuentwicklungen im Anfang auf grossen Widerstand. Erst in den letzten Jahren haben sie mit zunehmender Einsicht in die Notwendigkeit der Familienplanung die notwendige Anerkennung und Unterstützung erfahren. Das vorläufige Resultat dieser Bemühungen sind die sogenannten Ovulationshemmer (häu-

fig mit dem hässlichen Wort «Antibabypille» bezeichnet), die in jüngster Zeit auch in unsern Gegenden zunehmende Aufmerksamkeit und Verbreitung finden. Mit diesen Tabletten wollen wir uns nun eingehender beschäftigen.

Schon seit der letzten Jahrhundertwende war bekannt, dass gewisse, vom Ovar abgesonderte Stoffe die Fähigkeit haben, während des Zyklus und vor allem während der Schwangerschaft Eireifung und Eisprung zu verhindern. 1934 gelang es, in Form des Gelbkörperhormons Progesteron die verantwortliche Substanz zu isolieren und deren chemische Formel zu bestimmen. Die ersten Tierversuche bestätigten die Eigenschaft des Progesterons, die Ovulation zu unterdrücken.

Ungefähr zur gleichen Zeit entdeckten andere Forscher, dass Progesteron geeignet zu sein schien zur Behandlung langjähriger Unfruchtbarkeit, also das genaue Gegenteil der Empfängnisverhütung. Kurze Zeit nach Abbruch einer dreimonatigen Progesteronbehandlung wurde ein erstaunlich hoher Prozentsatz der vorher während vieler Jahre kinderlosen Frauen schwanger.

Die beiden Forschergruppen vereinigten nun ihre Anstrengungen. Der Anwendung des Progesterons, also eines körpereigenen Stoffes, beim Menschen waren dadurch enge Grenzen gesetzt, dass es entweder in kurzen Abständen injiziert oder, auf oralem Wege, in extrem hohen Dosen gegeben werden musste. Nach weiteren Anstrengungen wurde schliesslich unter zweihundert getesteten Substanzen ein chemisch nahe verwandter Abkömmling des Progesterons gefunden, der in viel geringeren Dosen als das letztere die gleiche Wirkung entfaltete. Der Schöpfer der Ovulationshemmer, der amerikanische Hormonforscher Pincus, kombinierte nun dieses synthetische Gelbkörperhormon (Gestagen) mit einer geringen Dosis Follikelhormon (Östrogen). Damit war 1954 die «Pille» geschaffen. Im Jahre 1956 begannen die ersten ausgedehnten Anwendungen in Puerto Rico. In genauen Untersuchungen an vielen Tausenden von Frauen wurden sowohl die Wirksamkeit als auch die Unschädlichkeit dieses Medikaments bestätigt, sodass es 1960 in den USA für den Handel freigegeben wurde. Millionen von Frauen verwenden seither regelmässig mit Erfolg diese Tablette zur Empfängnisverhütung. Damit schiene alles in bester Ordnung zu sein, wenn nicht immer wieder Stimmen laut würden, die vor der Anwendung der Ovulationshemmer warnen, über beobachtete oder vermutete Nebenwirkungen berichten oder prinzipielle Bedenken anbringen.

Wir wollen nun versuchen, den heutigen Stand der Dinge objektiv zu betrachten. Bis zur Stunde sind die Ovulationshemmer in sieben verschiedenen, praktisch gleichwertigen Markenpräparaten, deren Zusammensetzung mehr oder weniger grosse Unterschiede zeigt, im Handel erhältlich. Im Prinzip enthalten alle Tabletten zwei Komponenten: ein Gestagen (synthetischer Progesteronabkömmling) und ein Östrogen (Follikelhormon).

Vom 5. bis 24. Zyklustag muss täglich je eine Tablette eingenommen werden. Von der Regelmässigkeit und Zuverlässigkeit der Tabletteneinnahme hängt die Sicherheit der empfängnisverhütenden Wirkung entscheidend ab. Schon bei einem Unterbruch von ein bis zwei Tagen kann eine Schwangerschaft eintreten. Die Wirkungsweise der Pillen ist noch nicht endgültig abgeklärt. Man nimmt heute an, dass Eireifung und Follikelsprung einerseits durch direkte Einwirkung auf das Ovar und andererseits durch Bremsung des dem Ovar übergeordneten Zwischenhirn-Hypophysensystems gehemmt werden. Daneben entfalten die Pillen eine direkte Wirkung auf die Uterusschleimhaut im Sinne eines Aufbaus und Umbaus, wie sie in ähnlicher Weise während des normalen Zyklus unter dem Einfluss der körpereigenen Hormone stattfinden. Wenn nun die Behandlung am 24. Zyklustag unterbrochen wird, so kommt es nach zwei bis vier Tagen zu einer Blutung (Hormonentzugsblutung), die äusserlich von einer normalen Regelblutung höchstens durch ihre geringere Intensität zu unterscheiden ist. Am fünften Tag nach Eintritt der Blutung (fünfter Zyklustag) beginnt die neue Behandlungsserie bis und mit 24. Tag usw.

Nach einer Geburt soll die Behandlung mit Ovulationshemmern erst im Anschluss an die erste normale Menstruation aufgenommen werden. Während des ersten Behandlungszyklus ist die volle empfängnisverhütende Wirksamkeit erst nach ungefähr acht Tagen erreicht, später ist sie durchgehend gewährleistet. Nach der gegenwärtigen Ansicht der meisten Fachleute soll die Behandlung nach zwei Jahren für zwei bis drei Monate unterbrochen werden. Wenn während dieser Pause der spontane Zyklus in normaler Weise abläuft, können anschliessend die Tabletten wieder für weitere zwei Jahre verabfolgt werden.

Bei einem geringen Prozentsatz der Frauen treten Störungen im Ablauf des künstlichen Zyklus auf. So können bereits während der Behandlung mehr oder weniger starke Blutungen auftreten. Diese lassen sich meist durch Erhöhung der Dosis (z. B. zwei Tabletten täglich) beheben. Es ist selbstverständlich, dass in diesen Fällen durch frauenärztliche Untersuchung andere, organisch bedingte Blutungsursachen ausgeschlossen werden müssen. Eine andere Art der Störung besteht im Ausbleiben der Regelblutung nach Unterbruch der Behandlung am 24. Zyklustag. Begrifflicherweise sind die Frauen durch dieses Ereignis sehr beunruhigt, vermuten sie doch in erster Linie eine Schwangerschaft. Eine solche ist bei zuverlässiger Tabletteneinnahme ausgeschlossen. In Zweifelsfällen

klärt ein Schwangerschaftstest die Situation. Auch wenn keine Blutung eintritt, muss sechs Tage nach Absetzen der Tabletten mit der neuen Serie begonnen werden. Wird die Behandlung für längere Zeit oder definitiv abgesetzt, so kommt normalerweise der spontane, ursprüngliche Zyklus sofort wieder in Gang. In einzelnen Fällen kann die Menstruation jedoch während mehrerer Monate ausbleiben.

Bei ungefähr einem Drittel der Frauen treten vorwiegend zu Beginn der hormonalen Empfängnisverhütung subjektive Nebenerscheinungen auf. Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Spannen in den Brüsten, Wälungen, Schwindel, Reizbarkeit und Veränderungen der Geschlechtstrieb wurden beobachtet. In vielen Fällen verschwinden diese Beschwerden nach dem zweiten oder dritten Behandlungszyklus, hie und da ist auch ein periodischer Verlauf festgestellt worden. Die Nebenwirkungen sind selten so stark, dass die Behandlung deswegen abgebrochen werden müsste.

Während der Behandlung mit Ovulationshemmern muss das Körpergewicht überwacht werden. Es wurde verschiedentlich ein Gewichtsanstieg beobachtet, der sich meist in bescheidenem Rahmen hält, vereinzelt aber doch das erträgliche Mass übersteigen kann. Von der Gewichtszunahme werden sowohl normalgewichtige, als auch vorher schon übergewichtige Frauen betroffen.

In den letzten zwei Jahren waren zum Teil alarmierende Meldungen über das gehäufte Vorkommen von Thrombosen und Embolien, vereinzelt mit tödlichem Ausgang, und von Leberschädigungen während der Einnahme von Ovulationshemmern zu vernehmen. Eine genaue Abklärung dieser Fälle und weitere eingehende klinische und Laboruntersuchungen liessen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Tabletten und den genannten Erkrankungen ausschliessen. Trotzdem herrscht heute die Ansicht vor, dass Frauen mit Thromboseneigung oder Leberschädigung von der Behandlung mit Ovulationshemmern auszuschliessen seien.

Damit haben wir die wichtigsten, bis heute bekannten unerwünschten Nebenwirkungen der hormonalen Empfängnisverhütung besprochen. Zwei wichtige Fragen jedoch, die sich im Zusammenhang mit dieser Behandlung stellen, sind bis heute noch nicht endgültig zu beantworten: Die Frage einer eventuellen krebserregenden Wirkung der Tabletten und diejenige einer Schädigung der Nachkommenschaft. Es handelt sich dabei um hypothetische Spätschädigungen, die möglicherweise erst nach Jahren oder Jahrzehnten, vielleicht erst in der nächsten oder übernächsten Generation, zum Vorschein kommen könnten. Die bisherigen ausgedehnten Untersuchungen ergaben keinerlei Anhaltspunkte für das Auftreten der genannten Schädigungen. Da die Ovulationshemmer jedoch erst seit zehn Jahren in Gebrauch sind, wissen wir natürlich noch nichts über Schäden, die nach zwanzig Jahren oder noch später auftreten könnten. Das gleiche Problem stellt sich übrigens auch bei andern Medikamenten, die über längere Zeit verabreicht werden müssen. Diese wichtigen Fragen werden laufend geprüft, und es werden weitere Erfahrungen gesammelt. Vorläufig müssen wir uns mit einer gewissen Unsicherheit abfinden.

Die Empfängnisverhütung ist übrigens nicht die einzige Anwendungsmöglichkeit der Ovulationshemmer. Wie schon die beschriebenen Untersuchungen mit dem Progesteron zeigten, ist es möglich, durch Hormonbehandlung eine funktionelle Unfruchtbarkeit zu beheben. Zahlreiche Aerzte haben diese Eigenschaft der Pillen schon mit Erfolg ausgenutzt, doch sind die Erfahrungen noch zu gering, als dass jetzt schon ein endgültiges Urteil über die Wirksamkeit möglich wäre. Andere therapeutische Indikationen sind zu starke oder unregelmässige Regelblutungen, schmerzhafte Perioden (Dysmenorrhoe) und die Endometriose (ausserhalb der Gebärmutter liegende Inseln von Uterusschleimhaut, die während der Menstruation starke Schmerzen verursachen). Auch bei diesen Krankheitsbildern sind Erfolge beschrieben worden, das letzte Wort ist aber ebenfalls noch nicht gesprochen.

Zusammenfassend können wir sagen, dass die Hormontabletten die weitaus sicherste aller bisher bekannten Methoden der Empfängnisverhütung darstellen. Bei zuverlässiger Anwendung gewähren sie eine nahezu hundertprozentige Sicherheit. Gerade darin liegt auch eine gewisse Schwierigkeit, ist es doch nicht jedermanns Sache, während Monaten und Jahren regelmässig Tabletten einzunehmen. Aus dem bisher Gesagten dürfte hervorgehen, dass die Tabletten ein hoch wirksames, nicht ganz harmloses Medikament darstellen, das in die Hand des Arztes gehört. Sie sind daher mit Recht rezeptpflichtig, und die Rezepte sollen auf zwei bis drei Monate beschränkt werden. Die Frauen gehören während der Behandlung in ärztliche Kontrolle. Nach den bisherigen Kenntnissen ziehen die Ovulationshemmer keine schweren irreversiblen gesundheitlichen Schädigungen nach sich, wobei allerdings die Frage eventueller Spätschädigungen noch offen bleibt.

Das Problem der Familienplanung und der Empfängnisverhütung ist gegenwärtig in voller Entwicklung begriffen. Die Einsicht, dass vor allem wegen der drohenden Ueberbevölkerung in gewissen Gebieten der Erde und wegen der grossen Zahl artifizierlicher Aborte in unsern Gegenden etwas unternommen werden muss, ist allgemein verbreitet. Ueber die Art des Vorgehens sind die Ansichten noch geteilt. Wir haben gesehen, welche Möglichkeiten heute zur Verfügung stehen und welches deren Vor- und Nachteile sind. Vielleicht werden wir schon in einigen Jahren dank weiteren Forschungsarbeiten noch bessere Methoden besitzen, um «dem ersten Weltproblem der Geschichte» Herr zu werden.