

Die „Pille“ vs. Natürliche Empfängnisregelung

Während die Geburtenrate in den 1970er-Jahren weltweit bei 4,7 Geburten pro Frau lag, sind es seit 2005 nur mehr 2,6 Kinder pro Frau (UNFPA, Bevölkerungsfonds der UN 2010). Der Baby-Boom ist in Europa nach dem 2. Weltkrieg abgeebbt, es trat der sog. „Pillenknicke“ (ab 1960) ein. Innerhalb der Europäischen Union erreicht inzwischen nur noch Irland die notwendige Reproduktionsrate von 2,1 (errechneter Wert zum Erhalt der Bevölkerung, der die jährliche Sterberate durch Geburten ausgleicht), dicht gefolgt von Frankreich mit 2,02 Kindern pro Frau (2008). EU-weit lag die Fruchtbarkeit im Jahre 2008 bei 1,56 (Quelle: Eurostat).

Ein wesentlicher Faktor für die sinkende Geburtenrate ist das vor 50 Jahren in den USA entwickelte erste oral einzunehmende hormonelle Empfängnisverhütungsmittel, die sog. „Anti-Baby-Pille“. Anfangs wurde sie zurückhaltend und kritisch aufgenommen, schon bald aber enthusiastisch beworben und verbreitet. Erstmals in der Geschichte kam es so zu einer großflächigen Abgabe von hochpotenten, aber wenig geprüften Medikamenten an gesunde und vorwiegend junge Menschen. Mittlerweile ist die „Pille“ zu einer weiblichen Generationserfahrung geworden.

Im Zuge ihrer Massenverbreitung sind auch die Risiken und Folgewirkungen der „Pille“ immer deutlicher hervorgetreten. In der Öffentlichkeit werden diese indes häufig verharmlost oder verschwiegen, obwohl hormonelle Kontrazeptiva mittlerweile zu den am besten untersuchten Substanzen in der Medizin zählen. Rund 150 Angriffspunkte im weiblichen Organismus und eine unübersehbare Zahl von Wechselwirkungen sind bekannt. Darüber hinaus hat die „Pille“ die Beziehung der Geschlechter nachhaltig geprägt und durch die nun mögliche Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit binnen 50 Jahren eine kulturelle Umwälzung ungeahnten Ausmaßes hervorgerufen.

Im Folgenden werden die natürlichen und pharmakologischen Methoden zur Steuerung der Empfängnis und deren Auswirkung auf Gesundheit und Lebensqualität diskutiert. Ein zentraler Punkt in der Diskussion um die Methoden der Empfängnisregelung ist der bei den einzelnen Frauen (und auch bei ihren Partnern) bestehende Wunsch nach einer sexuellen Aktivität, die von der Möglichkeit einer Empfängnis „unbelastet“ ist.

Die „Pille“ bedeutet dabei einen Einbruch in die natürlichen Gefüge des weiblichen Hormonhaushalts, während die sog. Natürliche Empfängnisregelung (NER) eigentlich keine „Methode“, sondern lediglich angewandtes Wissen um natürliche Körpervorgänge darstellt.

Die „Pille“ und ihre Wirkungsweise

Das Grundprinzip der medikamentösen Empfängnisverhütung ist die Hemmung von Eireifung und Eisprung.

Dem weiblichen Körper wird durch die „Pille“ ein hochwirksames Hormonpräparat angeboten, das eine Schwangerschaft vortäuscht. Damit wird die Ausschüttung jenes Hormons, das die Eizelle reifen lässt (FSH), unterdrückt sodass der Eisprung wegfällt (Ovulationshemmung). Nach etwa 2 – 3 Wochen wäre nun die Schleimhaut der Gebärmutter bereit zur Einnistung einer befruchteten Eizelle. Da deren Reifung aber unterbunden wurde und damit auch der Eisprung ausbleibt, wird – durch Absetzen der „Pille“ nach 21 Tagen – eine „Abbruchblutung“ erzeugt, ähnlich der normalen Menstruation. Aus diesen längst bekannten Fakten kann ersehen werden, wie tief diese medikamentöse Manipulation in den weiblichen Hormonhaushalt eingreift.

Geschichte der Einführung der „Pille“

Die Prinzipien der medikamentösen Beeinflussung des weiblichen Zyklus sind seit den 1920er-

Jahren bekannt. 1951 synthetisierten der gebürtige Österreicher Carl Djerassi und L. E. Miramontes das erste oral wirksame Hormon, das zunächst zur Behandlung von Menstruationsbeschwerden zugelassen wurde. In der Folge konnte – unterstützt von der amerikanischen Frauenrechtlerin Margaret Sanger – nach Freigabe durch die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA 1950 die „Pille“ als Kontrazeptivum vermarktet werden, zunächst allerdings nur für den Gebrauch durch amerikanische Eheleute. Nach einem aufsehenerregenden Prozess 1972 wurde sie dann für alle Frauen verfügbar.

Die Weiterentwicklung führte zu niedrig dosierten Pillen (Mikropille und Minipille), zum sog. Langzeitzyklus (keine Entzugsblutung mehr) und zur 3-Monats-Spritze (nur aus Gestagenen bestehend). Derzeit nehmen laut WHO weltweit etwa 100 Millionen Frauen die „Pille“ ein, in Österreich sind es 40% der Frauen im gebärfähigen Alter. Die Wirksamkeit der Empfängnisverhütung, wie sie mit dem Pearl-Index erfasst wird, liegt bei 0,1 bis 0,9 Schwangerschaften pro Jahr (bei 100 Frauen, die die „Pille“ einnehmen).

Mit der „Pille“ setzte ein radikaler Wandel in der Medizin ein, die teils zur „Wunschmedizin“ und Lifestyle-Medizin bei an sich gesunden Menschen mutierte. Abgesehen vom moralischen Problem (siehe später), handelte es sich aus ärztlicher Sicht bei der Einführung der „Pille“ um ein einzigartiges Novum, da deren Verschreibung durch einen Arzt im Allgemeinen nicht in die Kategorie „Heilbehandlung“ eingereiht werden kann, sondern im Gegenteil: Ein hochpotentes Hormonpräparat mit erheblichen Nebenwirkungen wird an gesunde Frauen verabreicht.

Nebenwirkungen der „Pille“

Kreislaufisiko: Schon frühzeitig wurde ein erhöhtes Risiko für Venenthrombosen erkannt, das man durch Änderung der Hormonzusammensetzung der „Pille“ in den Griff bekommen wollte. Man versuchte bei „kombinierten Kontrazeptiva“ (KK) die enthaltene Hormondosis zu reduzieren (Gestagen, und zwar von über 50 µg auf 30 µg) oder neue Hormone zu entwickeln (Progestagen). Die Hoffnungen bzgl. der Risikominderung von Kreislaufkrankungen stellten sich allerdings als trügerisch heraus, wie aus großen Studien Mitte der 1990er-Jahre hervorging. Es war sogar zu einem Anstieg der Inzidenz an Thrombosen gekommen, den man den neuen Gestagenen zu-

schrieb. Davon sind vor allem Frauen mit anderen Risiken wie Diabetes, Übergewicht und Rauchen betroffen. So steigt das Risiko einer Thrombose bei Frauen, die die „Pille“ nehmen, allgemein auf das 2,5-fache; bei Raucherinnen ohne „Pille“ ist das „Relative Risiko“ (RR) acht Mal so hoch, bei solchen mit „Pille“ steigt das Risiko dann auf das 20-fache gegenüber einer gleichaltrigen Nichtraucherin ohne „Pille“.

Noch dramatischer ist die Steigerung des RR bei erblich bedingter Thromboseneigung, die oft erst anlässlich des unerwarteten Ereignisses einer Venenthrombose, Lungenembolie oder eines Gehirnschlags bei einer jüngeren Frau diagnostiziert wird (z. B. Faktor V-Leiden-Mutation, kommt bei ca. 4% aller Frauen vor). In der mittlerweile 4. Generation der KK wird ein künstliches Hormon mit geringem Thromboserisiko mit einem stark auf die Gebärmutterschleimhaut wirkenden Gestagen kombiniert. Aufgrund der kurzen Zeit seit der Einführung fehlen noch große Studien zum Nebenwirkungsprofil.

Gelegentlich hört man das Argument, das Austragen einer Schwangerschaft sei mit einem ähnlichen Risiko für die Frauen verbunden wie die Einnahme der „Pille“. Dies ist offensichtlich tendenziös, denn die Alternative zur „Pille“ ist nicht die Schwangerschaft, sondern die NER, deren Sicherheit derjenigen der „Pille“ annähernd gleichwertig ist, aber keine Nebenwirkungen hat. Es kann doch wohl nicht sein, dass die Verhinderung von Nachkommen gleich hoch zu bewerten ist wie das Austragen und die Geburt eines weiteren Erdenbürgers.

Krebsrisiko: Die International Agency for Research on Cancer (IARC) und die World Health Organisation (WHO) haben schon 1999 Kombinierte Kontrazeptiva (KK) zu erwiesenen Karzinogenen der Gruppe I für den Menschen erklärt. Aussagekräftige Studien bei Frauen mit und ohne „Pille“ über etliche Jahre sind schwierig durchzuführen, weil die nötige große Zahl von Probandinnen (Frauen unter 50) kaum zu erreichen ist.

Erwiesen ist die hohe Häufigkeit des Mammakarzinoms bei Hormonersatztherapie jenseits der Menopause. Dabei steigt das RR für Brustkrebs, Herzinfarkt, Schlaganfälle und besonders für Lungeninfarkte und vermindert sich nur für Osteoporose und Dickdarmkrebs. In Summe ist die Bilanz eindeutig negativ. Wenn man bedenkt, dass die „Pille“ die 6-fache Dosis einer Hormonersatztherapie enthält, ist es naheliegend, dass durch

eine längere Einnahme der „Pille“ das Brustkrebsrisiko steigt. In Analysen von mehreren gleichartigen Arbeiten (sog. Meta-Analysen) aus den Jahren 1996-2009 wird das RR bzgl. Kreislauferkrankungen und Krebs bei KK-Anwenderinnen bis zum 60. Lebensjahr mit 1,2 (Brustkrebs) bis 3,1 (Thromboembolien) angegeben.

Frühabtreibende Wirkung von KK: Diese wird mit 4% Wahrscheinlichkeit angenommen. Sie kommt dann zum Tragen, wenn es zu einer sog. Durchbruchovulation kommt und die Eizelle von (noch) vorhandenen Spermien befruchtet wird. Aufgrund der durch die Pilleneinnahme veränderten Beschaffenheit der Gebärmutter Schleimhaut kann sich die Eizelle nicht einnisten (Nidationshemmung) und geht ab. Durchbruchovulationen können bei schlampiger Pilleneinnahme, bei zu niedriger Pillendosis, aber auch durch medikamentöse Einflüsse auf den Stoffwechsel der „Pille“ auftreten.

Belastung der Psyche: Aufgrund des veränderten Hormonhaushalts kann es bei Frauen, die längerfristig „Pille“ nehmen, zu einem Libidoverlust und damit einem Absinken des sexuellen Interesses kommen. Das anfängliche Gefühl der „Befreiung“ schwindet auch insbesondere dann, wenn Frauen sich bewusst werden, dass sie allein die Verantwortung für die Empfängnisverhütung tragen und damit auch die alleinige Verantwortung für eine – letztlich nie ganz auszuschließende – Schwangerschaft. Sowohl die partnerschaftlichen als auch die sexuellen Beziehungen von Paaren werden dadurch ungünstig beeinflusst.

Andere unerwünschte Wirkungen: Relativ häufig leiden Frauen, die die „Pille“ einnehmen, unter Unwohlsein, Spannungsgefühl in der Brust und Gewichtszunahme. Außerdem kann es zu Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten kommen (Stimulierung oder Hemmung der Abbau-mechanismen von Medikamenten in der Leber).

In ihrer kulturellen Dimension ist die sexuelle Befreiung der Frau durch die „Pille“ ausgeblieben, sie hat sich vielmehr in ihr Gegenteil verkehrt. So bekannte die deutsche Feministin Alice Schwarzer (1977): „Wir haben sexuell verfügbarer zu sein als je zuvor.“ In der Ulmer Denkschrift (1974) hat die Ärzteschaft das damalige Gesundheitsministerium (CDU) vor der Verwandlung der Deutschen „in ein sterbendes Volk“ gewarnt. Die Realität hat diese Prophezeiung längst überholt: Seit 1972 („Pillen-Knick“) ist die Rate der Todesfälle höher als die der Geburten – und das

in praktisch der gesamten EU. Der epidemiologische Misserfolg manifestiert sich auch im weiteren Anstieg der Zahl der Abtreibungen, den man mittels „Pille“ vermeiden wollte.

Bis heute konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen dem Zugang zu Verhütungsmitteln und einem nennenswerten Rückgang von unerwünschten Schwangerschaften oder Abtreibungen nachgewiesen werden. Die Anwendung von Anti-Konzeptiva, die zu promiskuitivem Verhalten führt, scheint diese hohe Zahl sogar eher zu begünstigen. So wurden allein in Deutschland laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2010 rund 110.400 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Knapp drei Viertel, d.h. 74 Prozent der Frauen, die im Jahr 2010 Schwangerschaftsabbrüche durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahren alt, weltweit schätzt man 50 Millionen Abtreibungen pro Jahr.

Natürliche Empfängnisregelung (NER)

Diese fußt auf natürlichen Gegebenheiten des weiblichen Hormonhaushalts während des Menstruationszyklus. Die Annahme von unfruchtbaren Tagen ist alt (schon 1.000 v. Chr.) und wurde für die 2. Hälfte des Zyklus veranschlagt. Erst Ogino (1924) und Knaus (1929) „wagten“ es, die fruchtbaren Zeiten in etwa auf die 2. Woche des Zyklus einzugrenzen, was zur Entwicklung der „Kalendermethode“ führte (Knaus-Ogino, 1930er-Jahre). Wegen der großen Zyklusschwankungen und den damit oft langen Abstinenzzeiten bei gleichzeitig hoher Versagerquote hat sich diese Methode nicht durchgesetzt und gilt heute als überholt. Der Pearl-Index reicht bei dieser Methode von 14 bis 30 ungeplanten Schwangerschaften auf 100 Anwendungsjahre (= 1200 Zyklen) Vergleich: Bei Verzicht auf Anwendungen: 120 – 140 Babys, also ein „Schutz“ für nur jeden zehnten Zyklusmonat.

Ein anderer Ansatz, der vor rund 100 Jahren vom deutschen Geistlichen W. Hildebrand aufgegriffen wurde, war die Beobachtung der Schwankungen der Basaltemperatur. Die Methode beruht auf der Tatsache, dass stets nach dem Eisprung ein Temperaturanstieg erfolgt. Hildebrand wurde aber nicht ernst genommen, wodurch ein frühzeitiger Fortschritt durch Verquickung mit der Kalendermethode (was von Knaus abgelehnt wurde), blockiert wurde.

Erst in den 1940er- und 1950er-Jahren nahm sich die Wissenschaft immer mehr der Temperaturme-

thode an und verband sie schließlich mit klinischen Symptomen (Mittelschmerz), prähy-perthermaletem Temperaturabfall und Hormonmessungen, später (1991) auch mit dem Ultraschall.

Der deutsche Gynäkologe J. K. Döring hatte schon 1954 seine Methodenanleitung für Laien (Bestimmung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der Frau mit Hilfe der Körpertemperatur) in einem Buch herausgebracht. Während Temperatur- und Zervixschleimmethoden (J. Billings) Einzeichenmethoden darstellen, wurden schließlich bei den symptothermalen Methoden beide Indikatoren zu einer methodischen Einheit verbunden. Im Jahre 1965 veröffentlichte Josef Rötzer (1920 – 2010) diese Kombinationsmöglichkeit zum ersten Mal. Die symptothermalen Methoden haben sich in der Zwischenzeit vor allem in den hochzivilisierten Ländern in einigen Modifikationsformen als die sichersten und akzeptabelsten NER-Methoden erwiesen, wie auch eine Studie der deutschen Arbeitsgruppe Natürliche Familienplanung (NFP) zeigte.

Sie zeigte 2007 bei 18.000 Zyklen von 900 Frauen einen theoretischen Pearl-Index von 0,4 und in der praktischen Gebrauchssicherheit von 1,8 – Zahlen, die sich bereits mit der „Pille“ messen konnten.

Darüber hinaus ist die Natürliche Empfängnisregelung nicht nur ein Weg, um eine Empfängnis zu vermeiden, sondern kann auch eine Hilfe sein, einen Kinderwunsch zu erfüllen.

Die „Pille“ aus moralischer Sicht

Die Enzyklika *Humanae vitae* (1968) regte die Diskussion über Sinn und Form der natürlichen Empfängnisregelung weltweit an. Zwischen der natürlichen Empfängnisregelung und der Antikonzption durch die „Pille“, aber auch durch andere Verhütungsmittel, besteht nicht nur ein methodischer, sondern ein moralischer Unterschied. Kernpunkt der Verhütung ist die Verfälschung des ehelichen Aktes als solchem, da der unlösbare Sinngehalt zwischen liebender Vereinigung und Offenheit für die Weitergabe des Lebens (Untrennbarkeitsprinzip) zerstört wird. Dies widerspricht der Würde des Menschen (*Humanae Vitae*).

Ein Ehepaar, das die periodische Enthalt-samkeit übt, wählt keine Methode, sondern eine von der Offenheit zum Leben und von der gegenseitigen Achtung der menschlichen Würde getragene

Haltung. Ein besonderes Verdienst von Johannes Paul II. ist es, den Wert und die Schönheit der ehelichen Liebe in einer bisher nicht bekannten Deutlichkeit aufgezeigt zu haben. Die geschlechtliche Vereinigung von Mann und Frau ist heilig, wenn sie echte, personale Hingabe ist und prinzipiell für die Zeugung von Kindern offen bleibt. Die temporäre Enthalt-samkeit ist wertvoll, allerdings kann die natürliche Geburtenregelung missbraucht werden, wenn man sie mit antikonzeptiver Absicht anwendet und ohne hinreichenden Grund eine Annahme von Kindern ausschließt.

Damit bleibt die positive Grundaussage, dass die eheliche Gemeinschaft im Naturrecht als hoher Wert verankert und für alle jene Menschen zu respektieren ist, die in der Familie das wertvollste Mittel zur Einbettung der Nachkommenschaft erkennen. Voraussetzungen für einen leiblich und seelisch verantwortungsbewussten Umgang mit der eigenen Sexualität ist das Wissen darum, dass es sich bei der Frage rund um die Empfängnisregelung nicht um die Suche nach einer möglichst nebenwirkungsfreien Methode handelt. Um Sexualität positiv ins Leben zu integrieren, braucht es Tugend – und zwar von beiden Partnern.

Quelle:

Rella W., Bonelli J., Kummer S., *Fünfzig Jahre „Pille“: Risiken und Folgen*, *Imago Hominis* (2010); 17: 263-274

Baur S., *Wissenschaftliche Grundlagen der Natürlichen Familienplanung*, *Imago Hominis* (2010); 17: 275-289

Impressum:
Herausgeber, Verleger, Hersteller: IMABE-Institut
Redaktion: S. KUMMER

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
Tel. +43-1-7153592, Fax: +43-1-7153592-4
E-Mail: postbox@imabe.org
Web: <http://www.imabe.org/>

Alle bis jetzt erschienenen IMABE-Infos sind auf www.imabe.org kostenlos abrufbar.