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: 73 (1975)

Heft: 10

Artikel: Die Antikonzeption

Autor: Gigon, U.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950940

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: 14.07.2025

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

DIE SCHWEIZER HEBAMME

Offizielles Organ des Schweizerischen Hebammenverbandes
Bern, 1. Oktober 1975 Monatsschrift 73. Jahrgang Nr. 10

Universitäts-Frauenklinik Bern (Prof. Dr. med. M. Berger)

Die Antikonzeption*

U. Gigon

Die intensive Diskussion über Abtreibung macht das Thema der Antikonzeption hochaktuell. Durch die Aufklärung des Volkes über die gängigen und sicheren Empfängnisverhütungsmethoden ist es möglich, die Zahl der Interruptiones zu vermindern. Hebammen und Schwestern müssen sich bewusst sein, dass viele Aerzte noch ein unvollständiges Wissen über die moderne Empfängnisverhütung haben. Es ist sehr wichtig, dass wenigstens das medizinische Pflegepersonal darüber orientiert ist. Hebammen, Schwestern und Aerzte sind zur Beratung über zuverlässige Antikonzeption verpflichtet, die Unterlassung müsste eigentlich als Kunstfehler oder als fahrlässige Handlung gewertet werden.

1. Die physiologische Unfruchtbarkeit

Vor der Menarche und gegen Ende des Reproduktionsalters ist die Frau unfruchtbar. Jenseits des 48. Lebensjahres ist eine Schwangerschaft sehr unwahrscheinlich, in grossen Statistiken wurden auf 10 000 Geburten 2 Geburten gefunden. Jenseits des 45. Lebensjahres ist demnach die Wahrscheinlichkeit einer Konzeption gering, so dass allgemein auf Empfängnisverhütungsmassnahmen verzichtet werden kann. Bei noch regelmässigen Zyklen sollte allerdings auch in diesem Lebensalter eine Antikonzeption betrieben werden.

2. Die Temperaturmethode

Durch Messen der Basaltemperatur (vor dem Aufstehen, während 5 Minuten, rektal) kann der Zeitpunkt der Ovulation ermittelt werden. Liegt die Basaltemperatur unter 37 Grad ist die Frau prinzipiell als fruchtbar anzusehen, nach Anstieg der Basaltemperaturkurve auf 37 Grad kann mit der durchgemachten Ovulation gerechnet werden. Die Frau ist also während der nun folgenden Gelbkörperphase nicht konzeptionsfähig. Die Methode ist zuverlässig, sie setzt aber ein intelligentes und diszipliniertes Ehepaar voraus. Ferner wird nicht berücksichtigt, dass die Libido der Frau am grössten in Zyklusmitte ist und gerade zu dieser Zeit diese Methode nichts taugt.
Das Gleiche gilt von der Methode nach Knaus-Ogino, diese Methode ist allerdings weniger zuverlässig und ist auch nur für intelligente und disziplinierte Ehepaare annehmbar. Auch sie berücksichtigt die Libido der Frau nicht.

3. Koitus interruptus

Die Methode muss, obschon sie besonders von den südländischen Völkern die eigentliche Antikonzeptionsmethode ist, abgelehnt werden. Erstens ist die Versagerquote selbst unter günstigen Bedingungen, das heisst bei zuverlässigem männlichem Partner, recht hoch, ferner ist diese Methode auf die Dauer für die Frau nicht zumutbar, da es meistens nicht zum Orgasmus kommt. Im übrigen ist die Methode aber sicher unschädlich.

4. Kondom, Präservativ

Von den mechanischen Mitteln her gesehen ist diese Methode recht zuverlässig, falls Kondome mit guter Qualität gebraucht werden (Ceylor, Conzeptrol). Diese Antikonzeptionsmethode ist sicher ideal gegen Ende des Wochenbettes, wenn die Ovulationshemmer (Pille) noch nicht gegeben werden können, da die Frau stillt. Ferner haben die Präservative noch den Vorteil, dass sie vor Uebertragung von Geschlechtskrankheiten weitgehend schützen. Allerdings muss auch hier die Aufklärung bis ins Detail erfolgen, so müssen die Leute z. B. darauf aufmerksam gemacht werden, dass ein Präservativ nur einmal gebraucht werden darf und dass bei erneutem Koitus ein neues Kondom zu verwenden ist.

5. Scheidendiaphragma, Portiokappe

Beide Methoden haben eine relativ hohe Zuverlässigkeit, vorallem wenn sie zusätzlich mit einem spermiziden Gel verwendet werden. Das Scheidendiaphragmaten-Nachteil, dass es recht schlecht vertragen wird und ferner durch die Patientin selbst eingeführt wird, diese Manipulation muss zuerst gelernt werden. Die Portiokappe ist insofern von Nachteil als die Patientin an den Arzt gebunden ist und sie allmonatlich entfernt resp. wieder eingeführt werden muss. Beide Methoden sind weitgehend unschädlich, werden aber in Europa kaum mehr gebraucht.

6. Intrauterinringe oder Spiralen aus Plastik mit oder ohne Kupferzusatz

Neben den hormonellen Antikonzeptiva besitzen die Spiralen die höchste Zuverlässigkeit, auf 100 Frauenjahre muss mit 3,5 Schwangerschaften gerechnet werden. Leider ist die Verträglichkeit oft recht mässig, insbesondere treten Zwischenblutungen auf und verlängerte Regelblutungen. Ferner werden die Spiralen teilweise wegen Uteruskontraktionen gar nicht vertragen. Bei steriler Applikation durch den Arzt ist die Methode weitgehend unschädlich, bei unsterilem Manipulieren werden allerdings Adnexitiden mit eventueller dauernder Unfruchtbarkeit beobachtet. Die Spiralen müssen alle zwei Jahre gewechselt werden. Das Einführen der Spirale direkt im Wochenbett oder nach einem Abort ist zwar möglich, aber wenig empfehlenswert, da die Spontanausstossungsrate damit recht gross wird. Die Frau muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie den Faden, der in die Vagina reicht, selber mit dem Finger kontrollieren kann und so weiss, dass die Spirale noch richtig sitzt.

7. Die Ovulationshemmer, hormonale Antikonzeption

Die Zuverlässigkeit ist optimal, die Versagerquote beträgt lediglich 0—1 Schwangerschaft pro 100 Frauenjahre. Im allgemeinen gute Verträglichkeit bei Wahl des geeigneten Präparates. Eine erhöhte Krebshäufigkeit (Mamma oder Portio) wurde bisher nicht beobachtet, dagegen scheint ein gewisser Zusammenhang mit Thrombosen oder Embolien zu bestehen. Allerdings sind diese Zusammenhänge noch nicht sicher aufgeklärt. Frauen mit Leberschaden oder massiver Varicosis sind für die Pille ungeeignet. Nebenwirkungen wie Uebelkeit und Gewichtszunahme sowie Libidoverlust oder Libidozunahme verschwinden meistens bei Aenderung des Präparates oder dann spontan nach zwei bis drei Zyklen. Von medizinischer Seite her bestehen keine Bedenken, die Pille auch bereits an Sechzehnjährige abzugeben. Die Dreimonatespritze, die auf

* Zusammenfassung eines Vortrages für den Hebammen- und Säuglingsschwesternfortbildungskurs, Universitätsfrauenklinik Bern, 1975

ähnlicher Grundlage beruht, das heisst auch hier wird der Eisprung unterdrückt, ist vor allem geeignet für Patientinnen, die sehr unzuverlässig sind in der Pilleneinnahme (Psychiatriepatientinnen) oder dann auch bei Frauen, wo der Kinderwunsch mit grosser Wahrscheinlichkeit erfüllt ist. Periodenunregelmässigkeiten oder sogar Sterilität nach Pilleneinnahme sind bekannt, sie können auf relativ einfache Weise behoben werden. Eine dauernde Sterilität infolge Ovulationshemmer ist bis heute nicht bekannt. Am besten werden die Pillen für 18 Monate genommen, und dann eine Pause von 3—4 Monaten eingehalten, dies bei Frauen, die noch Kinder wünschen. Patientinnen, die keine Kinder mehr wollen, dürfen die Pille unbeschadet über Jahre ohne Pause nehmen.

Die Minipille

Die sogenannte Minipille ist etwas unsicherer als die normalen hormonalen Ovulationshemmer, sie führt lediglich dazu, dass das Gebärmutterhalssekret so verändert wird, dass eine Aszention des männlichen Samens verunmöglicht wird. In ihrer Zuverlässigkeit ist sie ungefähr mit der Intrauterinspirale vergleichbar. Als Vorteil der Minipille gilt, dass die psychischen Nebenwirkungen wie Uebelkeit, Kopfschmerzen oder dann Libidoveränderungen unter der Minipille nicht auftreten, dagegen muss mehr mit Zwischenblutungen und mit unregelmässigen Menstrualblutungen gerechnet werden. Sehr wichtig ist, dass die Minipille an jedem Tag, das heisst auch während der Menstruation und ungefähr zur gleichen Zeit eingenommen werden muss. Für den Einsatz der Minipille sind also nur sehr zuverlässige Patientinnen geeignet.

8. Die Pille danach

Eine eigentliche, sich im Handel befindende Pille danach existiert noch nicht. Wenn aber nach einem Koitus die Angst einer unerwünschten Schwangerschaft besteht, kann durch Gabe von Oestrogenen bis 72 Stunden nach dem Koitus eventuell eine Einnistung des Eies verhindert werden. So ist es z. B. möglich, Stilbene (z. B. Hormoestrol 2 x 25 mg an 5 aneinanderfolgenden Tagen) zu geben. Im allgemeinen kommt es nach dieser Therapie innerhalb 5—12 Tagen zu einer Abbruchblutung.

9. Die Sterilisation

Die Methode ist endgültig, dies vor allem in all den Fällen, wo heute die Sterilisation durch Bauchspiegelung und Koagolation der Tuben durchgeführt wird. Die Beratung zur Sterilisation der Frau oder noch besser des Mannes muss sehr verantwortungsvoll geführt werden, nicht selten werden Patientinnen oder Patienten in der Sterilitätssprechstunde gesehen, die eine Refertilisationsoperation wünschen. Irgendwelche Regeln wie z. B. Alter oder Kinderzahl sollten aber bei der Beratung keine Rolle spielen, vielmehr gilt es auch soziale, religiöse und medizinische Momente zu berücksichtigen. Im Zweifelsfall ist es sicher besser, wenn ein Ehepaar noch eine weitere Beratung durch einen Eheberater oder durch einen Psychiater erhalten kann.

Abstand zwischen den Schwangerschaften und die Kinderzahl müssen zu den Grundrechten des Menschen gezählt werden. Es ist unsere Aufgabe, die Leute über die Möglichkeiten der Empfängnisverhütung aufzuklären und die methodische Zuverlässigkeit und die Schädlichkeit resp. Unschädlichkeit darzulegen. Ferner muss immer abgewogen werden, ob eine bestimmte Methode für ein bestimmtes Ehepaar überhaupt annehmbar ist. Als besonders wirksamer Zeitpunkt für die Aufklärung über die Empfängnisverhütung erweist sich die Beratung nach einer Geburt und im Wochenbett.

PD Dr. med. U. Gigon, Universitäts-Frauenklinik,
Schanzeneckstrasse 12, 3012 Bern