

Nachweis neurohormonaler Kettenreaktionen bei der Steuerung der Genitalfunktion erbracht werden.

Bei Organismen mit spontanem Zyklus weisen Ausbleiben des Brems- und Umschalteffektes des Follikelhormons nach Durchtrennung des Hypophysenstiemes, Zyklusstörungen nach Schädeltraumen und die psychische Beeinflussbarkeit der Menstruation auf das Vorhandensein neurohormonaler Regulationen. Eine zusätzliche direkte nervöse Beeinflussung der Ovarien und des Uterus wird auf Grund von Zyklusstörungen nach Querschnittläsion des Rückenmarks und auf Grund anderer Befunde bei Mensch und Tier angenommen.

Außer den nervösen Einflüssen auf die Genitalfunktion sind umgekehrt auch hormonale Einwirkungen auf das Nervensystem vorhanden. Beispiele werden angeführt.

Das Hypophysenzwischenhirn-System wird auf Grund der vorliegenden Befunde als Ort der Einwirkung nervöser Impulse auf das endokrine System angesehen. Die neueren Ansichten über die Art der Reizübermittlung vom Hypothalamus zum Hypophysenvorderlappen, die zentrifugale (Harris) und zentripetale (Spatz) neurovaskuläre Kette, werden besprochen. Das im Tuber cinereum vermutete Sexualzentrum wird als koordinatives, nicht autonomes Zentrum angesprochen. Sein Funktionsziel ist die Einhaltung der individuellen Rhythmik und die Anpassung der Notwendigkeiten der Fortpflanzung an die Anforderungen des Organismus.

#### Schrifttum

(1) Camus, J., u. Roussy, R.: *Endocrinology (Am.)* 4 (1920): 507. — (2) Bailey, P., u. Bremer, F.: *Arch. int. Med. (Am.)* 28 (1921): 773. — (3) Bickenbach, W.: *Fiat Reviev Gebh., Gyn., Teil 1* (1947). — (4) Bickenbach, W.: *Vortr. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäk.* 21./22. VI. 1947. — (5) Bansi: *Nordwestdeutsche Gesellsch. f. Inn. Medizin, Hamburg* 1947. (*Klin. Wschr.* 26 [1948]: 31. — (6) Schellong: *Niederrhein-Westfäl. Gesellschaft f. Gynäk.* 1949. (*Düsseldorf, Geb.-Fra.* 10 [1950]: 632. — (7) Hill, R. T.: *J. Physiol. (Brit.)* 83 (1934): 129. — (8) Marshall u. Verney: *J. Physiol. (Brit.)* 86 (1936): 327. — (9) Harris, G. W.: *J. Physiol. (Brit.)* 88 (1936): 361. — (10) Nowakowski, H.: *Acta Neurovegetativa* 1 (1950): 13, 32. — (11) Westmann, A., u. Jacobsohn, D.: *Acta obstetr. scand.* 22 (1942). — (12) Junkmann u. Hohlweg: *Klin. Wschr.* 2 (1932): 321. — (13) Brooks, C. McC.: *Amer. J. Physiol.* 121 (1938): 157. — (14) Westmann, A.: *Acta obstetr. scand.* 20 (1940): 392. — (15) Knaus, H.: *Die Physiologie der Zeugung.* (Maudrich, Wien 1950.) — (16) Hohlweg, W., u. Dohrn: *Klin. Wschr.* 1932: 233. — (17) Hohlweg, W.: *Klin. Wschr.* 1934: 92. — (18) Herold, L., u. Effkemann, G.: *Arch. Gynäk.* 167 (1938): 389. — (19) Schultheiss: *Schweiz. med. Wschr.* 13 (1932): 335. — (20) Mayer, A.: *Zbl. Gynäk.* 62 (1938): 2578. — (21) v. Raisz: *Zbl. Gynäk.* 63 (1939): 730. — (22) Goecke, H.: *Zbl. Gynäk.* 63 (1939): 2678. — (23) Trautmann: *Zbl. ges. inn. Med.* 4 (1949): 206. — (24) Tscherne: *Zbl. Gynäk.* 64 (1940): 1474. — (25) Driggs u. Spatz, H.: *Virchows Archiv* 305 (1939): 567. — (26) Goecke, H., u. Beaufays, J.: *Arch. Gynäk.* 160 (1935) 211. — (27) Sakaguchi: *J. orient. Med. (Mandsch.)* 30 (1939). — (28) Kopp, K.: *Zbl. Gynäk.* 72 (1950): 915. — (29) Sunder-Plassmann, P.: *Klin. Wschr.* 13 (1934): 364. — (30) Brooks, C. McC.: *Amer. J. Physiol.* 113 (1935): 18. — (31) v. Wagenen, G.: *Amer. J. Physiol.* 105 (1933): 473. — (32) Markee, J. E., Davis, J. H., u. Hinsey, J. C.: *Anat. Rec. (Am.)* 64 (1936): 231. — (33) Aschner: *„Die Blutdrüsenkrankungen des Weibes.“* (Wiesbaden 1918.) — (34) Siegert: *Med. Klin.* 1929: 1845; *Zbl. Gynäk.* 1931: 2686. — (35) Bickenbach, W.: *Zbl. Gebh.* 103 (1932): 146. — (36) Kraul, L.: *Arch. Gynäk.* 131 (1927): 600. — (37) Speransky, A. D.: *„Grundlagen der Theorie der Medizin.“* (Saenger, Berlin 1950.) — (38) Stieve, H.: *Dtsch. med. Wschr.* 66 (1940): 925; *Zbl. Gynäk.* 66 (1942): 1698. — (39) Soskin, Wachtel u. Hechter: *J. amer. med. Assoc.* 1940. — (40) Aresin: *Zbl. Gynäk.* 69 (1947). — (41) Kohler, R.: *Geb. Fra.* 9 (1949): 927. — (42) Bickenbach, W., u. Hess, M.: *Dtsch. med. Wschr.* 74 (1949): 876. — (43) Steiner, M.: *Dtsch. med. Wschr.* 52 (1926): 2120. — (44) Billings, E. G.: *Bull. Hopkins Hosp., Baltim.* 54 (1934): 440. — (45) Düker: *Vortrag Med. Gesellsch. Göttingen, 1942.* — (46) Steinmann, J.: *Diss. Münster* 1950. — (47) Erhardt: *Klin. Wschr.* 1929, 44: 2044. — (48) van der Velde, Th. H.: *„Die vollkommene Ehe.“* (Montana Verlag 1926.) — (49) Elert, R.: *im Druck.* — (50) Vollmann, U.: *Mscr. Gebh.* 111 (1940): 41. — (51) Döring, G. K.: *Geb. Fra.* 9 (1949): 757; 10 (1950): 515. — (52) Döring, G. K., Loeschcke, H. H., u. Ochwald, B.: *Pflügers Archiv* 252 (1949): 216. — (53) Haselbalch, K. A., und Gammeltoft, S. A.: *Biochem. Z.* 68

(1915): 206. — (54) Döring, G. K., u. Loeschcke, H.: *Pflügers Archiv* 249 (1947): 437. — (55) Effkemann, G., u. Strüver, H.: *Zbl. Gynäk.* 63 (1939): 1248. — (55a) Effkemann, G.: *Arch. Gynäk.* 169 (1939): 307. — (56) Tsutsulopulos, G.: *Arch. Gynäk.* 168 (1939): 609. — (57) Döring, G. K., u. Schaefer, E.: *Oberrhein. Gesellsch. f. Gynäk.* 25. Febr. 1951, Freiburg i. Br. — (58) Hess, W. R.: *„Das Zwischenhirn.“* (Schwabe, Basel 1949.) — (59) Hohlweg, W., u. Junkmann, K.: *Klin. Wschr.* 11 (1932): 321. — (60) Smith, P. E.: *J. amer. med. Assoc.* 88 (1927): 158. — (61) Cahane, M., u. Cahane, T.: *Rev. franc. Endocrin* 13 (1935): 366. — (62) Biggart, J. H., u. Alexander, G. L.: *J. Path. a. Bact.* 48 (1939): 405. — (63) Hetherington, A. W., u. Ranson, S. W.: *Anat. Record* 78 (1940): 149. — (64) Bustamente, Spatz u. Weisschedel: *Dtsch. med. Wschr.* 68 (1942): 289. — (65) Hess, M.: *Arch. Gynäk.* (im Druck.) — (66) Dorff, G. B., u. Shapiro, L. M.: *Amer. J. Dis. Childr.* 53 (1937): 481. — (67) Ford, F. R., u. Guild, H.: *J. Hopk. Hosp. Bull.* 60 (1937): 192. — (68) Richter, C. P.: *Amer. J. Physiol.* 106 (1933): 80. — (69) Westman, A., u. Jacobsohn, D.: *Acta Path. Microbiol. Scand.* 15 (1938): 301. — (70) Leininger, C. R., u. Ranson, S. W.: *Anat. Record* 87 (1943): 77. — (71) Dott, N. M.: *Quart. J. exper. Physiol.* 13 (1923): 241. — (72) Dandy, W. E.: *J. amer. med. Assoc.* 114 (1940): 312. — (73) Markee, J. E., Sawyer, C. H., u. Hollinshead, W. H.: *Endocrinology* 38 (1946): 345. — (74) Harris, G. W.: *Proc. roy. Soc. Biol. (Lond.)* 122 (1937): 374. — (75) Westman, A., u. Jacobsohn, D.: *Acta obstetr. scand.* (Schwd.) 17 (1937): 235. — (76) Bargmann, W.: *Z. Zellforsch. usw.* 34 (1949): 610. — (77) Hild, W.: *Z. Zellforsch. usw.* 35 (1950). — (78) Westmann, A., Jacobsohn, D., u. Hillarp, N. A.: *Mscr. Gebh.* 116 (1934): 225. — (79) Popa, G. T., u. Fielding, U.: *J. Anat. London* 65 (1930): 88. — (80) Wislocki, G. B., u. King, L. S.: *Amer. J. Anat.* 58 (1936): 421. — (81) Green, J. D., u. Harris, G. W.: *J. Endocrinology* 5 (1947): 136. — (82) Markee, J. E., Sawyer, C. H., u. Hollinshead, W. H.: *Endocrinology* 38 (1946): 345. — (83) Sawyer, C. H., Markee, J. E., u. Hollinshead, W. H.: *Endocrinology* 41 (1947): 395. — (84) Spatz, H.: *Tagung zur Bespr. neurovegetativer Probleme, Schloß Burg a. d. Wupper 1950, ref. Acta Neuroveg.* 1 (1950): 642. — (85) Hess, M.: *Arch. Gynäk.* (im Druck.) — (86) Feuchtinger, O.: *Klin. Wschr.* 20 (1941): 993. — (87) Waidl, E.: *Arch. Gynäk.* 176 (1949): 811.

Aus der Landesfrauenklinik der Rheinprovinz Wuppertal-Eibfeld  
(Direktor: Prof. Dr. Anselmino)

## Geburtenregelung in USA

Von K. J. Anselmino und R. Gross

Das Thema Geburtenregelung, das in den Referaten über Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung des diesjährigen Deutschen Gynäkologen-Kongresses anklingt, hat in den europäischen Ländern und in den USA eine recht unterschiedliche Entwicklung erfahren. Wer die amerikanische Fachpresse verfolgt oder Gelegenheit hat, im Lande selbst Erfahrungen zu sammeln, ist überrascht über den Umfang der Propaganda und Aufklärung, die nicht nur in den medizinischen Zeitschriften, sondern auch in der breiten Öffentlichkeit auf dem Gebiete der Geburtenregelung betrieben werden, und über die Bereitwilligkeit, mit der sich die amerikanische Ärzteschaft dieser Entwicklung zur Verfügung gestellt hat. Der aufmerksame Beobachter kann aber nicht umhin, hinter dieser Aktivität nicht nur die Anstrengungen von Ärzten und Laien und die Bemühungen einiger privater und öffentlicher Organisationen zu erkennen, sondern auch das Walten einer mächtigen Industrie zu vermuten. Es scheint der Mühe wert, zu verfolgen, wie sich diese Entwicklung vollzogen und zu welchen praktischen Ergebnissen sie bisher geführt hat.

Es ist ein weiter Weg, der in USA bis zu der heutigen Einstellung zur Frage der Geburtenregelung und Konzeptionsverhütung — drüben als Kontrazeption bezeichnet — zurückgelegt wurde. Die „Lex Comstock“ aus dem Jahre 1873 klassifizierte noch die Kontrazeption mit der Unzucht und machte ihre zwischenstaatliche Verbreitung innerhalb der USA zu einem Vergehen gegen die Bundesgesetze. Zahlreiche Bundesstaaten schlossen sich der Bundesgesetzgebung für ihren Landesbereich an. Im Jahre 1912 begann die New Yorker Krankenschwester Margaret Sanger im Anblick der Notlage der Frauen und

Mütter in den von ihr betreuten Elendsvierteln eine Bewegung, die sich die Geburtenregelung und die Konzeptionsverhütung zum Ziel setzte, von der Meinung ausgehend, daß die Eltern das Recht hätten, ihre Familie zu „planen“. Die Reaktion der Öffentlichkeit war zunächst ablehnend, und Verhaftungen, Verurteilungen und Auflösung von Versammlungen durch die Polizei waren nichts Ungewöhnliches. Immerhin erwirkte die Sanger 1918 eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofes des Staates New York, die zwar ihre Verurteilung wegen Eröffnung einer Beratungsstelle für Kontrazeption aufrecht erhielt, es aber Ärzten erlaubte, antikonzepionelle Mittel „zur Verhütung oder Heilung von Krankheiten“ zu verordnen. In der Folge wurde durch eine Reihe von Gerichtsentscheidungen das Recht der Ärzte auf Information und auf Verordnung von Antikonzipienten in allen Staaten mit Ausnahme von Connecticut und Massachusetts festgestellt und darüber hinaus in 19 Staaten die Kontrazeption allgemein auch für Laienpropaganda freigegeben.

Diese Entwicklung wurde in hohem Maße getragen von der „Amerikanischen Liga für Geburtenkontrolle“ bzw. ihrer Nachfolgerin, der „Gesellschaft für Elternschaftsplanung“, die heute eine bedeutende Organisation darstellt. Die 1921 auf einer von der Polizei aufgelösten Versammlung gegründete Liga suchte ihr Programm zunächst durch Beeinflussung der öffentlichen Meinung, später in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft durch Gründung eigener Beratungsstellen für Kontrazeption zu verwirklichen. Die erste derartige Poliklinik wurde 1923 in New York gegründet.

Nachdem die Anwendung der Kontrazeption aus medizinischer Indikation anerkannt war, wurde die weitere Entwicklung in der Folge vor allem durch die Ausweitung der Anzeigestellung gekennzeichnet. Bei seiner schon erwähnten Entscheidung vom Jahre 1918 hatte das Oberste New Yorker Gericht in sehr weitherziger Auslegung unter Krankheit u. a. auch eine Zustandsänderung des Organismus verstanden, „die Schmerz oder Krankheit androht“, und damit der Ärzteschaft eine weitgehende Anwendung freigegeben. In der Folge wurde immer offener auch das sogenannte Child-spacing — d. h. die willkürliche Bestimmung des zeitlichen Geburtenabstandes — in die medizinische Indikationsstellung einbezogen, insbesondere nachdem 1929 als erste einflußreiche kirchliche Organisation die Zentralkonferenz der amerikanischen Rabbiner das Child-spacing auch von ihrem kirchlichen Standpunkt aus billigte. Es folgten bald protestantische Kirchengruppen und an die hundert religiöse, pädagogische und medizinische Gesellschaften, unter den letzteren die angesehene New York Academy of Medicine. 1937 empfahl die große amerikanische Ärztesgesellschaft, die American Medical Association, die Aufnahme des Unterrichts in der Kontrazeption in den Lehrplan der medizinischen Hochschulen, ohne dort allerdings zunächst viel Entgegenkommen zu finden. Seit 1941 bemüht sie sich um eine wissenschaftliche Überprüfung der verschiedenen antikonzepionellen Mittel. Inzwischen nahmen eine Reihe von Südstaaten die Ziele der Liga in ihr Programm der öffentlichen Gesundheitspflege auf und stellten dafür staatliche Einrichtungen zur Verfügung. 1941 änderte die Liga ihren Namen und konstituierte sich als „Gesellschaft für Elternschaftsplanung“. Dies ist offenbar nicht nur ein Euphemismus; vielmehr wurde gleichzeitig das Aufgabengebiet erweitert: Neben Konzeptionsverhütung und Eheberatung traten Infertilitätsbekämpfung und wissenschaftliche Arbeit auf allen drei Gebieten. Diesem Ziel dienen denn auch neben 200 ärztlich geleiteten „Kliniken (d. h. Beratungsstellen) für Elternschaftsplanung“, welche den örtlichen Ausschüssen der Gesellschaft unterstehen, eine Reihe von „Unfruchtbarkeits-Kliniken“, die ebenfalls aus den privaten Mitteln der Gesellschaft unterhalten werden.

Die antikonzepionelle Beratung und Behandlung durch die Institute der Gesellschaft für Elternschaftsplanung bildet aber offenbar nur einen verschwindenden Bruchteil der gesamten auf dieses Gebiet verwandten Bemühungen. Sie wird zu einem weit größeren Teil vielmehr von den freipraktizierenden Ärzten

bzw. Fachärzten und neuerdings auch vom staatlichen Gesundheitsdienst getragen. Diese Einstellung zur Kontrazeption hat sich nach Eastman (1942) innerhalb der Ärzteschaft allerdings nur sehr langsam gegenüber einer teils skeptisch abwartenden, teils gleichgültigen, teils ablehnenden Haltung durchgesetzt. Diese Zurückhaltung, meint derselbe Autor, sei nicht einem Fehler, sondern eher einer Tugend zuzuschreiben gewesen: dem tiefverwurzelten Sinn der amerikanischen Ärzteschaft für ihre moralische Verantwortlichkeit. Dennoch ist inzwischen der Wandel in den Anschauungen derart, daß — wie eine von 3381 Ärzten beantwortete Umfrage ergab — der weitaus überwiegende Teil dieser Ärzte der Geburtenregelung zustimmt (Guttmacher, 1947) (Tab. 1).

Indikation zur Konzeptionsverhütung	Billigung ca. %	Ablehnung ca. %	Unentsch. ca. %
Medizinische Indikation (organische Erkrankungen)	96	2	2
Intervallregelung (Child spacing)	89	8	3
Wirtschaftliche Gründe	79	14	7
Beilegung von Ehestreit	72	—	—
Ohne Indikation für alle Verheirateten	68	29	3

Tab. 1. Stellung der Ärzteschaft zur Geburtenregelung

Wenn die Ausweitung der medizinischen Anzeigestellung zur Kontrazeption schrittweise erfolgte, so waren es jeweils wissenschaftliche Arbeiten, welche diese Ausweitung vom medizinischen Standpunkt aus zu begründen versuchten. Darüber erfahren wir Interessantes aus einer Arbeit von Eastman, Direktor der Geburtshilflichen Klinik der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore. Es wurden unterschieden:

1. Indikationen, die auf die Erhaltung des mütterlichen Lebens gerichtet sind (organische Erkrankungen).

2. Indikationen, die auf die Gesunderhaltung des Nachwuchses gerichtet sind (eugenische Indikation).

Diese beiden Indikationen entsprechen in etwa den auch bei uns gültigen Ansichten.

Eine Einschränkung der Fruchtbarkeit der Schwachsinnigen aller Grade erscheint dem Autor besonders wünschenswert im Hinblick auf die in den intelligenteren Schichten seit langem üblich gewordene freiwillige Begrenzung der Kinderzahl, als deren Folge ein Absinken der Durchschnittsintelligenz um mehrere „Punkte“ von Generation zu Generation statistisch nachweisbar sein soll (Cattell, 1937, u. a.). Dementsprechend wird auch von der freiwilligen Sterilisation in diesen Fällen häufig Gebrauch gemacht. Bis 1940 wurden in USA über 33 000 eugenische Sterilisationen durchgeführt, davon über 40% allein in Kalifornien.

3. Indikationen, die auf die Gesunderhaltung der Mutter und des Nachwuchses zu gleich gerichtet sind (häufige Geburten).

Zur Begründung wird darauf hingewiesen, daß die Natur bei stillenden Frauen für einen gewissen Abstand zwischen den Geburten gesorgt hat. Ferner zeige die Statistik, daß die Kindersterblichkeit bei rasch aufeinanderfolgenden Geburten erheblich höher sei (Woodbury, 1925). Eine Untersuchung von Yerushalmy (1945) über den optimalen Geburtenabstand zeigt für jede Parität und Altersgruppe, daß relativ kurze und relativ lange Intervalle mit einer höheren Totgeburtenrate belastet sind. Von seiten der Psychiater machte Coghill (1941) auf emotionale Störungen bei Eltern und Kindern bei ungewollter Elternschaft aufmerksam, und das Hauptschlagwort der Gesellschaft für Elternschaftsplanung lautet dementsprechend: „Jedes Kind ein gewolltes Kind!“ Menninger (1943) untersuchte die psychiatrischen Aspekte der Kontrazeption in einer für die amerikanische Einstellung charakteristischen Weise. Er stellt die rhetorische Frage: „Warum sollte irgendeine Frau ein Kind haben müssen, wenn sie kein Kind zu haben wünscht?“ Der Konflikt entstehe daraus, daß der Mensch verschiedenen Autoritäten (Staat, Kirche, Gesellschaft, wirtschaftlichen Rücksichten usw.) unter-

worfen sei, bzw. sich ihnen in wechselndem Maße unterworfen fühle, und daß diese Autoritäten häufig nicht miteinander übereinstimmen. Der Arzt könne in diesem Widerstreit keine Entscheidung fällen, vielmehr bleibe dies dem einzelnen überlassen. Man müsse jedoch jedem Erwachsenen, der es wünscht, das Wissen und die Möglichkeit zur Kontrazeption zur Verfügung stellen: „Für Ignoranz, mangelnde Kenntnis, fehlende Möglichkeiten oder fehlende Beratung gibt es in diesem erleuchteten Zeitalter keinerlei Entschuldigung mehr.“ Der Autor fordert die Möglichkeit zur Empfängnisverhütung paradoxerweise vor allem im Interesse des Kindes! Für dieses gebe es keine schlimmere Erfahrung als die, unerwünscht zu sein. Diese und andere Arbeiten werden als die hauptsächlichste medizinische Rechtfertigung für das „Child spacing“ angesehen neben der Beobachtung, daß gehäufte Geburten u. U. eine schwere Belastung für die Gesundheit der Mutter sein können. Mit der Einführung der Intervallregelung war natürlich für die breiteste Anwendung der Kontrazeption der Boden geebnet.

#### 4. Indikationen, die auf die Bewahrung von Gesundheit und Wohlergehen der Gesamtfamilie gerichtet sind (Milieu-Faktoren).

Es ist offenkundig, daß die Anerkennung einer so formulierten Indikation dem Arzt völlig freie Hand zur antikonzeptionellen Medikation gibt. Denn es wird damit Sache der persönlichen Auffassung, wieviel Kinder man für das „Wohlergehen der Gesamtfamilie“ für angemessen hält. Gewiß steigt in der Statistik die Kindersterblichkeit mit dem Fallen des Einkommens (Green, 1930), und man mag daraus die Frage ableiten, „ob man es als vorsorgende Medizin bezeichnen könne, zuzulassen, daß in den Häusern, in denen die Armut herrscht, Kind auf Kind geboren wird“. Der Autor gibt zu, daß es zunächst Aufgabe der Sozialpolitik wäre, diese Armut zu beseitigen, glaubt jedoch nicht an die Lösung dieser Aufgabe in absehbarer Zeit. Und so findet er, „daß die Geburtenregelung ihre größte Brauchbarkeit gerade auf diesem Felde finden wird — und, wenn man so will, aus streng medizinischen Gründen“.

Man wird hierzulande derartigen Argumentationen kaum zu folgen bereit sein, und auch Eastman ist sich der Gefahren der Geburtenregelung bei mißbräuchlicher Anwendung und Übertreibung wohl bewußt. Aber ohnehin werden antikonzeptionelle Maßnahmen nach zuverlässigen Schätzungen heute von zwei Dritteln der verheirateten Bevölkerung in USA benutzt. Die Wirtschaftszeitschrift Fortune schätzte im Februar 1938 die jährlichen Ausgaben der amerikanischen Bevölkerung für antikonzeptionelle Mittel auf den horrenden Betrag von 250 Millionen Dollar, wovon etwa 38 Millionen für Condome, der Rest für die 636 bekannten, von Frauen anzuwendenden Markenartikel ausgegeben worden sein sollen. Die Mittel für „weibliche Hygiene“ werden in den Zeitungen angepriesen und in 300 000 Verkaufsstellen, darunter aber nur knapp 60 000 Apotheken und Drogerien, ja selbst in öffentlichen Automaten feilgeboten. Erstaunlich bleibt dabei, daß von den 500 000 jährlich beobachteten Aborten etwa 70% als artefiziell eingeleitet geschätzt werden.

Trotz dieser negativen Erscheinungen kommt Eastman zu dem Schluß, daß die medizinische Indikation für die Empfängnisverhütung vorhanden und dringend sei. Einen Abusus gebe es auch bei anderen geburtshilflichen Maßnahmen, vom Pituitrin bis zum Kaiserschnitt. Die Frage laute daher nicht, ob eine Geburtenregelung durchgeführt werden solle oder nicht, sondern nur noch, ob man sie nicht besser in die Verantwortung des Arztes überführen solle; allein er sei als Berater der Familie in der Lage, auch die positive Seite der Familienplanung zu berücksichtigen. Aber wird es je noch gelingen, den entfesselten Strom wieder einzudämmen?

Beschäftigen wir uns noch kurz mit der Frage der praktischen Durchführung der Kontrazeption. Die weitaus verbreitetsten Methoden sind sowohl in den amerikanischen Großstädten als auch auf dem Lande — falls die Verhütung ohne ärztliche Beratung auf eigene Faust durchgeführt wird — diejenigen, die am leichtesten praktizierbar sind: der Coitus interruptus, die Scheidenspülung und die Condomanwendung. Über ihre relative Verteilung gehen die Schätzungen bzw. Ermittlungen weit

auseinander. Die meisten Autoren rücken den Coitus interruptus an Popularität weitaus an die erste Stelle, während Kinsey und Mitarbeiter in ihrem bekannten Bericht die Scheidenspülung bevorzugt fanden. Nach den jüngsten Eindrücken scheint die Condomanwendung wieder an Häufigkeit zuzunehmen, nachdem während des letzten Krieges die amerikanische Condomproduktion allein für Militärzwecke zeitweilig eine Höhe von 3 Millionen pro Tag erreicht hatte (Dickinson, 1950). Alle Erfahrungen stimmen darin überein, daß diesen und ähnlichen einfachen Methoden trotz der Unregelmäßigkeit und der Mängel ihrer Anwendung eine beträchtliche Wirksamkeit hinsichtlich der allgemeinen Senkung der Geburtenziffer nicht abzusprechen ist.

In der ärztlichen Verordnung standen und stehen dagegen die Scheiden-Okklusiv-Pessare in Verbindung mit einem spermatoziden Gelee oder Creme an erster Stelle. Von 2500 Ärzten verordneten 70% diese Methode an erster, 11% an zweiter und 8% an dritter Stelle (Guttmacher, 1947). Die meisten Beratungsstellen für Kontrazeption in den Großstädten geben ebenfalls dem Pessar plus Gelee als sowohl sicherster und brauchbarster, als auch körperlich und seelisch unschädlichster Methode bei weitem den Vorzug (Stix, 1946, Cavanagh, 1950). Ihr Nachteil liegt auf praktischem und, wenn man so will, auf ästhetischem Gebiet. Die richtige Einlage des Okklusiv-Pessars erfordert Übung und Intelligenz und — wegen der notwendigen, recht ausführlichen Unterweisung und Nachkontrolle durch den Arzt — auch einen nicht unbedeutenden Kostenaufwand. Und wenn es auch Frauen geben mag, bei denen die Einlage des Pessars „zur gewöhnlichen abendlichen Hygiene gehört“, so kann man sich doch kaum die allgemeine Anwendung dieses Verfahrens in breiteren Schichten vorstellen. Ja, es wird von verschiedenen Autoren sogar angegeben, daß mindestens die Hälfte der Ratsuchenden nach kürzerer oder längerer Anwendung des ihnen verordneten Pessars wieder zu der früher geübten, selbstgewählten Technik zurückkehrt. Stix (1946) tadelt daher die Einseitigkeit, mit der die meisten Ärzte und Beratungsstellen die Pessar-Gelee-Methode bevorzugen, und rät zu einem Eingehen auf die individuellen Wünsche und Gewohnheiten.

Es entspricht offenbar den gewonnenen Erfahrungen, wenn zunehmend versucht wird, das Scheidenpessar durch simplere Methoden zu ersetzen. Dazu gehört zunächst die einfache Gelee- oder Creme-Anwendung ohne Zuhilfenahme des Pessars; doch scheint selbst diese Vereinfachung für viele noch zu umständlich oder unästhetisch, da die Notwendigkeit bleibt, ein bestimmtes Quantum des Mittels in eine Art Spritze zu füllen und in die Scheide zu applizieren. Als Neuestes empfiehlt Eastman für die Massen-anwendung in mehreren Arbeiten (1944, 1949) Suppositorien, wobei allerdings neuentwickelte Suppositoriengrundlagen (an Stelle der früher üblichen Kakao-butter) zusammen mit hochwirksamen, spermatoziden Stoffen benutzt werden. Nach den Erfahrungen der Frauenklinik der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore soll die neue Suppositorienmethode in der praktischen Zuverlässigkeit hinter der Pessar-Gelee-Methode nicht mehr zurückstehen, sie aber bei weitem durch die Einfachheit ihrer Anwendung und ihre ästhetischen Vorzüge übertreffen (Eastman, 1949). Tablettenanwendung wird in der neueren amerikanischen Literatur nicht erwähnt. Die früher in Deutschland öfter angewandte Portiokappe hat in USA praktisch keine nennenswerte Rolle gespielt, und intrauterine Maßnahmen werden ebenso wie bei uns streng abgelehnt.

Der periodischen Fruchtbarkeit bzw. Unfruchtbarkeit der Frau (nach Knaus-Ogino) als Mittel der Geburtenregelung wird auch in USA deshalb besonderes Interesse entgegengebracht, weil sie — neben der Abstinenz — die einzige von der katholischen Kirche gebilligte Methode der Konzeptionsverhütung darstellt. In größeren Versuchsreihen (Latz u. a. Schrifttum siehe bei Knaus, 1950) konnte gezeigt werden, daß auch die Knaus-

Methode bei richtiger Anwendung und unter entsprechenden Voraussetzungen einen Sicherheitsgrad hat, der dem der übrigen Methoden nicht nachsteht, wobei die Einbeziehung der Messung der Basaltemperatur einen erheblichen Fortschritt zu bedeuten scheint. Andererseits wird nicht verkannt, daß die Methode eine lange und sorgfältige Beobachtung vor ihrer Anwendung erfordert, und daß sie häufig genug zu hohe Anforderungen an die Intelligenz und die Willigkeit der Partner stellt.

Es darf nicht übersehen werden, daß die Brauchbarkeit jeder Methode von zahlreichen Faktoren abhängt, wobei die Sicherheit der Konzeptionsverhütung zwar als wichtig, aber gerade in den schlichteren Bevölkerungskreisen nicht wichtiger als die Einfachheit gewertet wird. Das Ergebnis hinsichtlich der Sicherheit der Verhütung ist nicht nur unter den verschiedenen Methoden verschieden, sondern wechselt auch bei Anwendung der gleichen Methode außerordentlich, je nachdem sie in Großstädten oder auf dem Lande, in den Nord- oder Südstaaten oder gar in den Kolonien oder schließlich mit oder ohne vorausgegangene Belehrung angewandt wird. Und selbst innerhalb entsprechender Menschengruppen werden die Ergebnisse beim einzelnen wiederum nicht nur von Intelligenz, Geschicklichkeit und Willigkeit, sondern auch von Alter, Ehedauer, von der Zahl der vorangegangenen Geburten u. a. beeinflußt. Dennoch hat man versucht, einen zahlenmäßigen Vergleich zu schaffen durch Einführung einer Art von Konzeptionsindex, der die Zahl der beobachteten Schwangerschaften bei 100 Frauen pro Jahr (bzw. dem Äquivalent von 100 Jahren pro Frau) bei gegebener Konzeptionsmöglichkeit angibt. Als Norm (ohne Anwendung irgendeiner Art von Kontrazeption) werden von den verschiedenen Autoren in den verschiedenen Gegenden der USA Zahlen angegeben, die zwischen 64 bis 105 Konzeptionen pro 100 Frauenjahren, im Durchschnitt bei etwa 80, liegen.

Sorgfältige Beobachter kommen zu dem Ergebnis, daß die unbeaufsichtigte, regelmäßige oder unregelmäßige Anwendung der verschiedenen antikonzepionellen Maßnahmen zu einer Abnahme des Konzeptionsindex um im Durchschnitt rund 50% führt, wobei aber große Unterschiede insofern bestehen, als z. B. in New York die Abnahme der Geburtenhäufigkeit fast 80%, bei einer Südstaaten-Negerbevölkerung aber nur 28% betrug. Wurden aber die Patienten angeleitet und über einige anatomische Voraussetzungen und die wichtigsten Gründe für Sorgfalt und Aufmerksamkeit aufgeklärt, so erhöhte sich die Abnahme der Geburtenhäufigkeit bei den Negerfrauen auf 55%, auch wenn zum großen Teil die alten, gewohnten Methoden beibehalten wurden. Bei alleiniger Anwendung der Pessar-Gelee-Methode mit sachverständiger Kontrolle und Anleitung konnte von vier Beratungsstellen in New York, Cincinnati und Süd-Carolina (letztere mit 50% Negerpatienten) allenthalben eine Senkung der Geburtenhäufigkeit um 80—95% beobachtet werden (Stix, 1946, Cavanagh, 1950).

An Hand einer Reihe von einschlägigen Arbeiten haben wir die Tab. 2 zusammengestellt, welche die große Schwankungsbreite der beobachteten Ergebnisse angibt. Wie man sieht, ist

Art der Antikonzepionstechnik	Versager (Konzeptionsindex)
Okklusiv-Pessar + Gelee oder Creme	6—29
Gelee oder Creme allein	6—41
Suppositorien	10—27
Periodische Enthaltbarkeit	12
Condom	6—19
Coitus interruptus	12—38
Scheidenspülungen	36
Puder-Schwämmchen	27—35

Tab. 2. Wirksamkeit verschiedener antikonzepioneller Methoden bei ärztlicher Überwachung

trotz aller Bemühungen auch in den USA eine hundertprozentige Sicherheit mit keiner Methode erreicht und — nach dem Gesagten — auch nicht so leicht erreichbar. So sehr diese Frage den Arzt und seinen Patienten auch interessieren mag, so ist

sie doch nach der bisherigen Entwicklung gar nicht mehr die allein wesentliche. Die Geburtenregelung ist vielmehr — und das hoffen wir deutlich gemacht zu haben — in USA längst zu einem eminent sozialpolitischen Anliegen geworden.

Eastman gibt zu, daß, wenn zwei Drittel der amerikanischen verheirateten Bevölkerung antikonzepionelle Maßnahmen benutzen, allein durch die Höhe dieser Ziffer die bestehenden Zustände ad absurdum geführt werden; man müsse vielmehr die Tatsache anerkennen, daß es weit überwiegend persönliche Gründe sind, die zur Kontrazeption führen, und daß damit auf die Dauer — bei der nachgewiesenen viel häufigeren und geschickteren Anwendung durch die Intelligenten — ein allmählicher Niedergang der nationalen Intelligenz zu erwarten steht.

Mit der so gewonnenen — fast möchte man sagen: erzwungenen — Zielsetzung, die Geburtenregelung nunmehr jedermann, und auch den Unintelligenten und den Farbigen — und gerade ihnen — zugänglich zu machen, wird sie zwangsläufig zu einer Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes und verlangt den Einsatz von leicht praktikierbaren Verhütungsmitteln für den Massenverbrauch, wie es z. B. die von Eastman empfohlenen Suppositorien sein sollen. In USA geht die Entwicklung konsequent in dieser Richtung weiter (Stix, 1946). Der US-Bundesgesundheitsdienst hat seine Bereitschaft erklärt, darauf gerichtete Programme zu unterstützen, die von den Bundesstaaten in Angriff genommen werden. Dies ist unterdes in einer ganzen Reihe von Südstaaten durch die Einrichtung staatlicher Beratungsstellen geschehen, und es dürfte kein Zufall sein, daß es sich dabei um Staaten mit einem hohen Anteil an farbiger Bevölkerung handelt.

Die Problematik der amerikanischen Geburtenregelung kann im Rahmen dieses kurzen Berichtes nicht weiter verfolgt werden. H. C. Taylor, Direktor der Frauenklinik der Columbia-Universität in New York, hat einmal die Elternschaftsplanung eine der größten Ideen genannt, welche die Menschheit konzipiert hat. Nicht zu Unrecht! Nur haben leider schon viele große Ideen bei ihrer Umsetzung in die Wirklichkeit eine unvorhergesehene und mitunter verhängnisvolle Wendung genommen. Und so hat sich schon heute das Problem des — glückhaften oder verhängnisvollen — Einflusses der derzeitigen amerikanischen Praxis der Geburtenregelung für die Einzelfamilie und für die Bevölkerungsstruktur gestellt. Dieses Problem verlangt eine Lösung, der sich auf die Dauer der Staat und der öffentliche Gesundheitsdienst in noch weit höherem Maße als bisher werden annehmen müssen. Auch für uns in Deutschland wird sich die ganze Problematik der Geburtenregelung früher oder später ergeben — vielleicht weniger kraß und greifbar, aber darum nicht weniger dringlich, und vielleicht ist sie schon da! Es wird gut sein, wenn wir beizeiten aus den amerikanischen Erfahrungen lernen.

**Schrifttum**

Boyle, F., Cohen, H., Hernandez, M., Stahle, P.: The nurse and planned parenthood, New York. — Cattel, R. B.: The fight for national intelligence, London 1937. — Cavanagh, W. V.: Amer. J. Obstetr. 59 (1950): 883. — Coghill, H. de J.: Virginia Med. Monthly 68 (1941): 682. — Dickinson, R. L.: Techniques of Conception Control, Baltimore 1950. — Eastman, N. J.: New Intern. Clinics 1 (1942): 271; South. Med. J. (Amer.) 42 (1949): 346. — Eastman, N. J., u. Seibels: J. amer. med. Assoc. 139 (1949): 16. — Eastman, N. J., u. Scott, A. B.: Human Fertility 9 (1944): 33. — Fleck, St., Snedeker, E. F., u. Rock, J.: New England J. Med. 223 (1940): 1005. — Green, H. W.: Population characteristics, Cleveland 1930. — Guttmacher, A. L.: Human Fertility 12 (1947): 1. — Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., u. Martin, C. E.: Sexual Behavior in the human male, Philadelphia and London 1948. — Knaus, H.: Die Physiologie der Zeugung des Menschen, Wien 1950. — Satz, L. J.: J. amer. med. Assoc. 105 (1935): 1241. — Menninger, Bull. Menninger Clin. 7 (1943): 36. — Pearl, R.: Human Biology 4 (1942): 363. — Stix, R. K.: Amer. J. Publ. Health 36 (1946): 209. — Woodbury, R. M.: Causal factors in infant mortality, Washington 1925. — Yerushalmy: Human Biology 17 (1945): 2.