

Wie unentbehrlich Gruppenpsychotherapie bei klinischer Psychotherapie aber ist, möge gezeigt worden sein. Sie ist der Rahmen, in den jede andere Methode erst eingebaut werden kann. Ein Rahmen, der nicht nur Zierde ist, sondern eine wesentliche Stütze der klinischen Psychotherapie.

Literatur

Battegay, R.: Prax. Psychoth. VI: 9 (1961). — Ders.: Münch. Med. Wschr. 1961. — Betlheim, S., und D. Blasevic: Acta psychother. (Basel) III: 195 (1955). — Betz, K.: Z. Psychother. med. Psychol. I: 26 (1951). — Bierer, J.: Acta psychother. (Basel) VII: 110 (1959). — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. V: 58 (1955). — Bustamente, J. A.: Acta psychother. (Basel) IX: 262 (1961). — Carp, E. A. D. E.: Acta psychother. (Basel) VIII: 449 (1960). — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. IV: 163 (1954). — Derbolowski, U.: Z. Psychother. med. Psychol. IX: 202 (1959). — Derwort, A.: Prax. Psychother. IV: 145 (1959). — Foulkes, S. H.: Z. Psychother. med. Psychol. 10: 220 (1960). — Ders.: Acta psychother. (Basel) VII: 119 (1959). — Ders.: Acta psychother. (Basel) III: 313 (1955). — Friedemann, A.: Gruppenpsychotherapie. In: Frankl, V. E., V. E. von Gebattel und J. H. Schultz: Hdbch. Neurosenlehre u. Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg, München-Berlin 1958. — Friedmann, A. R.: Acta psychother. (Basel) VIII: 146 (1960). — Ders.: Acta psychother. (Basel) VIII: 457 (1960). — v. Gebattel, V. E.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Springer, Göttingen 1954. — Grindberg, L., M. Langer und E. Rodrigue: Psychoanalytische Gruppen-therapie. Hrsg. v. Kemper, W. Klett-Verlag, Stuttgart 1960. — Guggenbühl, Craig, A.: Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapie. Basel 1956. — Hadden, S. B.: Acta psychother. (Basel) VII: 131 (1959). — Harlfinger, H. P.: Z. Psychother. med. Psychol. 9: 51 (1959). — Hofstätter, P. R.: Gruppendynamik, Rowohlt, Hamburg 1957. — Ders.: Psyche (Heidelberg) 10: 733 (1957). — Höhn, E., und C. P. Schick: Das Soziogramm. Testverlag Wolf, Stuttgart 1954. — Horetzki, O.: Prax. Psychother. V: 122 (1960). — Hulse, W. C.: Acta psychother. (Basel) IX: 348 (1961). — Ders.: Acta psychother. (Basel) VII: 138 (1959). — Kemper, W.: Z. Psychother. med. Psychol. 9: 125 (1959). — Kleinsorge, H.: Z. Psychother. med. Psychol. 4: 184 (1954). — Kluge, E., und R. Schiggutt: Z. Psychother. med. Psychol. 5: 275 (1955). — Kretschmer, E.: Psychotherapeutische Studien. Thieme, Stuttgart (1949). Ber. int. Kongr. Psychother. Zürich 1954: 455 Karger, Basel 1955. — Kretschmer, W.: Die Übertragung bei Verwendung psychotherapeutischer Hilfsmethoden. Ber. int. Kongr. Psychother. Zürich 1954, 455, Karger, Basel 1955. —

Kruse, F.: Grundsätzliche Unterschiede in der Übertragung männlicher und weiblicher Patienten. Ber. int. Kongr. Psychother. Zürich 1954, 466, Karger, Basel 1955. — Kühnel, G.: Die Übertragung in der Gruppenanalyse. Ber. int. Kongr. Psychother. Zürich 1954, 474, Karger, Basel 1955. — Lewin, K.: Die Lösung sozialer Konflikte. Christian-Verlag, Bad Nauheim 1953. — Langen, D.: Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1956. — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. 10: 65 (1960). — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. 8: 185 (1958). — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. 7: 116 (1957). — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. 3: 193 (1953). — Ders.: Z. diagn. Psychol. V: 219 (1957). — Ders.: Arch. Psychiat. Nervenheilk. 192: 101 (1954). — Langer, M., und J. Puget: Z. Psychother. med. Psychol. 11, 1 (1961). — Moe, M., N. Waal und B. Urdahl: Acta psychother. (Basel) 8: 134 (1960). — Moreno, J. L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme, Stuttgart 1958. — Ders.: Die Grundlagen der Soziometrie. Westdeutscher Verlag, Köln-Opladen 1954. — Ders.: Acta psychother. (Basel) VII: 148 (1959). — Moreno, J.: Acta psychother. (Basel) VII: 197 (1959). — Moses, R.: Acta psychother. (Basel) IX: 277 (1961). — Napolitani, F.: Report on psychiatric therapeutic community self-administered by patients. Sitzg.-Ber. 3. Weltk. f. Psychiatrie, S. 107, Montreal 1961. — Ozek, M.: Z. Psychother. med. Psychol. 8: 180 (1958). — Plenge, I.: Zur Frage der Übertragung auf den jungen Therapeuten. Ber. int. Kongr. Zürich 1954, 562, Karger, Basel 1955. — Reiter, D. I.: Übertragungsdynamismen bei der Psychotherapie in einer öffentlichen Klinik. Ber. int. Kongr. Psychother. Zürich 1954, 583, Karger, Basel 1955. — Schindler, R.: Z. diagn. Psychol. V: 227 (1957). — Ders.: Prax. Psychother. VI: 1 (1961). — Ders.: Acta psychother. (Basel) VII: 207 (1959). — Ders.: Psyche (Heidelberg) 5: 308 (1957). — Schindler, W.: Z. Psychother. med. Psychol. 10: 183 (1960). — Ders.: Prax. Kinderpsychol. 4: 101 (1955). — Ders.: Z. f. psycho-som. Med. 1: 130 (1954/55). — Ders.: Zschr. Psychol. V: 227 (1957). — Schulte, W.: Klinik der „Anstalts-Psychiatrie“. Thieme, Stuttgart 1962. — Ders.: Psychotherapie bei Psychosekranken. In: Almanach f. Neurol. u. Psychiatrie, hrsg. v. W. Schulte, 267—283, Lehmann, München 1961. — Ders.: M.-Kurse ärztl. Fortbild. 7: 1—5 (1960). — Schulte, W., H. P. Harlfinger und R. Stiawa: Z. Psychol. 5: 205 (1957). — Slavson, S. R.: Einführung in die Gruppentherapie. Hubert & Co., Göttingen 1956. — Ders.: Acta psychother. (Basel) VII: 167 (1959). — Ders.: Z. Psychol. 5: 150 (1957). — Stokvis, B.: Prax. Psychother. V: 205 (1960). — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. 10: 129 (1960). — Ders.: Acta psychother. (Basel) VII: 220 (1959). — Ders.: Acta psychother. (Basel) III: 250 (1955). — Stransky, E.: Acta psychother. (Basel) III: 68 (1955). — Suchanek-Fröhlich, H.: Prax. Psychother. V: 208 (1960). — Teirich, H. R.: Z. Psychother. med. Psychol. 7: 41 (1957). — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. 4: 193 (1954). — Ders.: Z. Psychother. med. Psychol. 1: 26 (1951). — Ders.: Acta psychother. (Basel) VII: 232 (1959). — Tosquelles, F.: Acta psychother. (Basel) VII: 239 (1959). — Wiesenhütter, E.: Prax. Psychother. VI: 13 (1961). — Ders.: Prax. Psychother. VI: 155 (1961).

Erfahrungen mit einem neuen Ovulationshemmer

Dr. J. LEHMANN, Reutlingen

Die Ovulationshemmung mit Hilfe moderner Steroide hat seit den bahnbrechenden Versuchen von Pincus und Rock auch in der Bundesrepublik immer mehr Anwendung gefunden. Die dadurch mögliche **Konzeptionsverhütung** ist wohl das hauptsächlichste Anwendungsgebiet, das heute weit über die medizinische Literatur hinaus diskutiert wird. So ist nach Schätzungen bekannt, daß in den USA heute 2 Mio. Frauen mit Hilfe dieser Präparate eine Konzeptionsverhütung betreiben (Swaab).

Einen Überblick über die Verhältnisse in der Bundesrepublik ergab mir eine Anfrage an eine pharmazeutische Großhandelsfirma, die mir die Verkaufsziffern von Ovulationshemmern vom Dezember 1961 bis zum April 1964 bekannt gab. Danach hätten im April 1964 im Bundesgebiet 100 000 Frauen solche Präparate eingenommen. Nach einem Vortrag anläßlich der Ärztlichen Fortbildungstagung, Berlin, 1964, war diese Zahl doppelt so hoch. Dies zwingt den in der freien Praxis tätigen Gynäkologen genau wie den praktischen Arzt sich von den verschiedenen Seiten her mit dem Problem der Ovulationshemmung zu befassen. Die klinische Erprobung der Ovulations-

hemmer ist aus erklärlichen Gründen stationär nicht möglich, so daß der niedergelassene Arzt und die Polikliniken allein ihre Erfahrungen in dieser Richtung sammeln müssen.

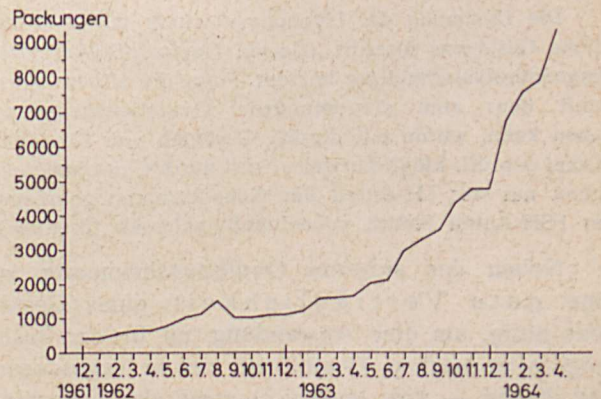


Abb. 1: Anstieg des Umsatzes von ovulationshemmenden Tabl. (in Packg. zu 20—21 Tabl.) in der Bundesrepublik von Dez. 1961 bis April 1964 (Aus einer Großhandelsfirma). Daraus läßt sich der Schluß ziehen, daß etwa 100 000 Frauen im April 1964 i. d. Bundesrepublik Ovulationshemmer eingenommen haben

Über den **Wirkungsmechanismus** besteht noch immer keine restlose Klarheit. Zumeist wird infolge des „feed-back“-Gleichgewichts zwischen Hypophyse und Erfolgsorgan eine generelle Hemmung der Gonadotropinausscheidung angenommen. Buchholz und Kaiser haben in ihren Versuchen eine Hemmung der Gesamtgonadotropinausscheidung festgestellt. Diese erfolgt wahrscheinlich über das Zwischenhirn und verhindert den Gipfel der Gonadotropinsekretion in der Mitte des Zyklus und damit die Follikelreifung und Corpus-luteum-Bildung im Ovar. Dies entspräche den Verhältnissen während der Schwangerschaft. Schon aus diesem Grunde wird von vielen Autoren die Ungefährlichkeit und physiologische Art der Ovulationshemmung hervorgehoben. (Ärztliche Fortbildungstagung, Berlin, 1964).

Sicher spielen lokale Effekte an Endometrium und Cervix gerade bei der konzeptionsverhütenden Wirkung eine zusätzliche Rolle (Tyler).

Als Ovulationshemmer stehen uns heute eine große Anzahl von **Gestagen-Östrogen-Gemischen** zur Verfügung. Als Östrogene werden Äthinylöstradiol und dessen 3-Methyläther (Mestranol) und als Gestagene fast ausschließlich Steroide aus der Reihe der Nortestosteronderivate angewandt.

Als Derivat des 17- α -Acetoxyprogesteron wurde nun neuerdings Chlormadinonacetat auf diesem Indikationsgebiet eingeführt. Dieses Gestagen wurde laut Mitteilung der E. Merck AG. ungefähr gleichzeitig und unabhängig voneinander in Deutschland von der Firma E. Merck und in Mexiko von der Firma Syntex S.A. entwickelt. (DBP, Brückner und Mitarb.). Chlormadinonacetat wurde nach eingehender klinischer Prüfung von der E. Merck AG. als Gestafortin und kombiniert mit Äthinylöstradiol als Amenyl und Menova in den Handel gebracht. (Herrmann, Nevinny-Stickel, Kalchauer, Mey, Vöge, Kirchoff, Lubitz).

Zur vollen sekretorischen Umwandlung des Endometriums sind bei der Kastratin 20 mg Gestafortin auf 10 Tage verteilt nötig. (Nevinny-Stickel).

Die Hemmung der Hypophyse wurde mit 1–3 mg dieses Gestagens erreicht. (Kaiser, Nevinny-Stickel). Die Pregnanoliassausscheidung bei der Frau, die sichere Auskunft über eine stattgefundenen Ovulationshemmung geben kann, wurde mit diesem Gestagen von Nevinny-Stickel geprüft. Möglicherweise wird durch Chlormadinonacetat nur der LH-Anteil der Gonadotropine gebremst, der FSH-Anteil jedoch unbeeinflusst gelassen (Brennan).

Neben der sicheren Ovulationshemmung ist eine gute **Verträglichkeit** eines Gestagens nötig, um eine Anwendung auf breiter Basis möglich zu machen. Gestafortin rief in Tagesdosen von 20 mg — dies entspricht somit der Umwandlungsdosis — keine Unverträglichkeitserscheinungen hervor (Bayer, Hohlweg).

Es ist zweckmäßig bei der Anwendung eines Ovulationshemmers zur Vermeidung einer Endometrium-Atrophie sowie zur Erzeugung menstrua-

tions-ähnlicher Abbruchblutungen dem Gestagen ein Östrogen zuzufügen (Schreiner).

Die oral wirksamen Gestagene sind mit mehr oder wenigen Unverträglichkeitserscheinungen belastet. Da ein gutes Gleichgewicht von Östrogen- und Gestagen-Anteil auch für die Verträglichkeit eines Präparates ausschlaggebend ist, war es nötig, mehrere Kombinationen zu testen. Gestafortin wurde in den Dosen von 2 und 3 mg, Mestranol in solchen von 75–100 γ eingesetzt. Diese Tabletten wurden in der üblichen Art vom 5. bis 26. Zyklustag eingenommen und die Frauen auf die Notwendigkeit der regelmäßigen Einnahme besonders hingewiesen.

Bei einer von mir durchgeführten kleinen Versuchsreihe ließ sich ein auffallender Unterschied in der Verträglichkeit bei den einzelnen Mischungen nicht feststellen. In der Zusammensetzung von 3 mg Gestafortin und 100 γ Mestranol stand mir dieser Ovulationshemmer unter der Bezeichnung AK 103 für eine größere Versuchsreihe zur Verfügung. Inzwischen befindet sich das Präparat als Aconcen[®] im Handel.

Außer der Konzeptionsverhütung habe ich AK 103 bei **Dysmenorrhoe, Endometriose, funktioneller Menorrhagie**, primärer und sekundärer **Amenorrhoe** sowie bei primärer **Sterilität** eingesetzt.



Abb. 2: Die altersmäßige Verteilung von 120 Frauen, die AK 103 eingenommen haben. Das Hauptkontingent stellen die Frauen zwischen 24 und 36 Jahren

Inzwischen wurden 120 Frauen im Alter von 21 bis 47 Jahren mit AK 103 behandelt. Das Hauptkontingent stellten die Altersgruppen von 24 bis 36 Jahren dar. Über die Kinderzahl der Frauen gibt Tabelle 1 Auskunft.

Tab. 1: Übersicht über die Kinderzahl der behandelten Frauen

Kinder: 0	1	2	3	4 + mehr	Aborte
Frauen: 11	32	36	26	13	2

Somit sind Frauen mit 2 Kindern zahlenmäßig am weitesten erfaßt, bei den kinderlosen Frauen sind die Sterilitäten einbegriffen, denen gewöhnlich während 3 Zyklen AK 103 gegeben wurde, um danach durch den Rebound-Effekt eine Ovulation auszulösen. Zwei Frauen mit mehreren fieberhaften Aborten wurden ebenfalls zur Konzeptionsverhütung behandelt.

Inzwischen haben 120 Frauen in 343 Zyklen AK 103 eingenommen. Die Behandlungsdauer der Frauen zeigt Tabelle 2.

Tab. 2: Übersicht über Zahl und Behandlungsdauer der mit AK 103 behandelten Frauen

	Summe d. Zyklen
1 Zyklus bei 29 Frauen	29
2 Zyklen bei 34 Frauen	68
3 Zyklen bei 27 Frauen	81
4 Zyklen bei 8 Frauen	32
5 Zyklen bei 6 Frauen	30
6 Zyklen bei 10 Frauen	60
7 Zyklen bei 5 Frauen	35
8 Zyklen bei 1 Frau	8
Summe d. 120 Frauen	343

57 Frauen nahmen das Präparat 3 Monate und länger. Alle Frauen wurden beim Wiedererscheinen in der Sprechstunde nach ihrem Wohlbefinden befragt.

Die geschilderten **Nebenwirkungen** (Tab. 3) zeigten keinerlei Abhängigkeit vom Alter. Wie Tabelle 3 zeigt, traten die Unverträglichkeitserscheinungen hauptsächlich in den ersten beiden Zyklen auf.

Tab. 3: Übersicht über die aufgetretenen Nebenerscheinungen bei 21 von 120 behandelten Frauen. In 5 Fällen waren die Nebenerscheinungen unbedeutend

im:	1. Zykl.	2. Zykl.	3. Zykl.	4. Zykl.	Anzahl d. Frauen mit Nebenerscheinungen
Durchbruchblutungen	4	—	1	1	3
Schmierblutungen	3	3	—	1	3
Schein-Amenorrhoe	2	1	1	0	3
Hypermenorrhoe	2	—	—	—	2
Nausea	5	1	—	—	5
leichte Nervosität	2	2	2	1	2
Brustschmerz	3	3	2	2	3
	21	10	6	5	21

Insgesamt waren von 120 Frauen 99 Frauen völlig beschwerdefrei. Bei 21 Frauen waren Beschwerden vorhanden, wie aus der Tabelle 3 zu ersehen ist. Bei 5 Frauen mit leichter Nervosität und Ziehen in den Brüsten waren diese Beschwerden belanglos, so daß von insgesamt 120 Frauen 104 Frauen die Tabletten ohne nennenswerte Nebenerscheinungen vertrugen. Ein Erbrechen wurde nach der Tabletteneinnahme in keinem Fall beobachtet.

Die unangenehmste Nebenerscheinung war aber die Übelkeit, die in 5 Fällen auftrat. Sie wirkte oft leistungsmindernd und depressiv. Da erfahrungsgemäß nach 2 bis 3 Zyklen unter AK 103 die Übelkeit nachläßt oder aufhört, habe ich unter Meclicin-Präparaten die Frauen über diese Zeit hinwegbringen können. Nur in 2 Fällen mußte deshalb die ovulationshemmende Behandlung unterbrochen werden.

Bei Auftreten von Durchbruchblutungen und Schmierblutungen, die bei 6 Frauen beobachtet wurden und sich praktisch nur auf die beiden ersten Zyklen beschränkt hatten, habe ich entweder zusätzlich Östrogene gegeben oder die Dosis verdoppelt (d. h. 2 Tabletten AK 103 gegeben).

Wie bei jeder Hormontherapie muß auch bei den Ovulationshemmern das Auftreten von Nebenwirkungen durch einen psychogenen Faktor mit beeinflußt werden. Nachdem ein Zeitungsartikel bekannt wurde, der über die Schwängerung einer Frau berichtete, die antikonzeptionelle Tabletten eingenommen hatte, kamen 3 Frauen mit Amenorrhoe. Sie hatten alle von diesem Zeitungsartikel gehört und während der Tabletten-Einnahme bereits ein Unsicherheits- und Angstgefühl verspürt, erneut schwanger zu werden.

Hieraus ergibt sich für den behandelnden Arzt die Aufgabe der Aufklärung und Führung der Frauen, die Ovulationshemmer einnehmen. Insbesondere muß die Frau über die Art der harmlosen Nebenerscheinungen unterrichtet werden, damit keinerlei Angstgefühle aufkommen. Oft hatte ich den Eindruck, daß die Nebenerscheinungen schwinden, wenn sich die Frau durch Erfahrung und Aufklärung ein doppeltes Sicherheitsgefühl erworben hatte: 1. sich nicht zu schaden und 2. sicher nicht schwanger zu werden.

Eine Umstellung der Frauen von anderen Ovulationshemmern auf AK 103 erfolgte bei 29 vorher mit Anovlar behandelten Frauen 27mal völlig ohne Beschwerden. Bei einer Frau trat eine Hypermenorrhoe auf, die in den weiteren Zyklen verschwand, bei einer anderen Frau eine Amenorrhoe und Übelkeit. Dagegen trat die bei 3 Frauen nach monatelanger Gabe von Anovlar beobachtete Übelkeit nach AK 103 nicht auf, eine Frau die auf Anovlar erbrach, vertrug AK 103 ohne Beschwerden. Bei den 13 Übergängen von Etalontin auf auf AK 103 trat bei einer Frau in zwei aufeinanderfolgenden Zyklen eine Amenorrhoe auf, im 3. Zyklus kam dann eine schwache Blutung. Zwei Frauen, die Etalontin wegen Übelkeit absetzen mußten, zeigten auf AK 103 keinerlei Beschwerden.

Eine Gewichtszunahme wurde mir von den 120 Frauen nicht angegeben. Bei 3 Frauen, die bei monatelanger Verabreichung von Anovlar über erhebliche Gewichtszunahme geklagt hatten, wurde

das Körpergewicht nach Verabreichung von AK 103 wieder normalisiert.

Über eine Änderung der Libido wurde mir von den Frauen nichts berichtet.

Eine Schwangerschaft ist bei den 120 Frauen in insgesamt 343 Zyklen nicht aufgetreten.

Zusammenfassung

Es wird über die Anwendung eines neuen Ovulationshemmers (Aconcen®) berichtet. Behandelt wurden 120 Frauen in 343 Zyklen. Bei 21 Frauen traten Nebenerscheinungen auf, die meist nach dem zweiten Zyklus wieder verschwanden. Eine Schwangerschaft ist in den 343 Zyklen nicht aufgetreten. Die gute Verträglichkeit des Präparates berechtigt die Anwendung auf breiter Basis.

Literatur

Bayer, R.: 3. Österreichische, Schweizerische und Bayerische Gynäkologen-Tagung, Luzern, 3. Oktober 1963. — Brennan, D. M., and R. J. Kraay: Acta endocrin. 44, 367 (1963). — Brückner, K., B. Hampel, U. Johnsen: Chem. Ber. 94, 1225 (1961). — Buchholz, R., L. Nocke, W. Nocke: Geburtsh. und Frauenheilk. 22, 923 (1962). DBP. 1075114 vom 29. IV. 1958. — Herrmann, U.: Gynäcologia 155, 87 (1962). — Hohlweg, W.: 3. Österreichische, Schweizerische und Bayerische Gynäkologen-Tagung, Luzern, 3. Oktober 1963. — Kaiser, R.: Dtsch. Med. Wschr. 88, 2325 (1963). — Kalchauer, B.: Wien. Med. Wschr. 114, 134 (1964). — Kirchof, W.: Landarzt 40, 791 (1964). — Lubitz, A.: Arztl. Prax. 16, 1227 (1964). — Mey, R.: Arzneim.-Forsch. 13, 906 (1963). — Nevinny-Stickel, J.: Zschr. Geburtsh. Gynäk. 161, 168 (1963). — Nevinny-Stickel, J.: Internat. J. of Fertil. IX, 57 (1964). — Pincus, G., J. Rock, G. R. Garcia: Ann. N. Y. Acad. Sci 71, 677 (1958). — Swaab, L.: Geburtsregelung in neuer Form, Erich Hoffmann-Verlag, Heidenheim (1963): 132. — Schreiner, W. E.: Zbl. Gynäk. 85, 500 (1963). — Tyler, E.: J. Amer. Med. Ass. 187, 562 (1964). — Vöge, A., und E. Schöpf: Zbl. Gynäk. 86, 197 (1964). — 13. Deutscher Kongreß für Ärztliche Fortbildung, Berlin, 21. 5. 1964.

(Anschritt des Verf.: Dr. med. Josef Lehmann, Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, 7410 Reutlingen, Gustav-Werner-Str. 13.)

Erfahrungen mit Anovlar in der Frauenarztpraxis

H. SCHLEGELMILCH, Dortmund

Die Beratung über Konzeption und Antikonzeption in der Frauenarztpraxis gehört von je her zu den dankbarsten, aber auch schwierigsten Aufgaben des Gynäkologen. Seit in den letzten 30 Jahren unsere Kenntnisse über die Ovulation und hormonale Steuerung mehr und mehr gesichert wurden, sind auch die Empfehlungen hinsichtlich der Wirkung sicherer und gefahrloser, so daß von der Anwendung gesundheitsschädlicher mechanischer Apparate abgegangen werden konnte. (Dabei soll aber nicht übersehen werden, daß nach Meinung des Verf. zur Zeit wieder eine zunehmende Nachfrage nach Einlagen von Intrauterinpressaren zu beobachten ist. Anscheinend ist die Werbung in der Laienpresse recht erfolgreich). Ein wesentlicher Fortschritt in dem Bestreben, den Ehepaaren bei der Familienplanung zu helfen, ist aber erst seit Einführung der hormonellen Kontrazeption vor etwa 3 Jahren zu verzeichnen. Im folgenden soll ein Bericht über eigene Erfahrungen mit „Anovlar“ in der gynäkologischen Großstadtpraxis gegeben werden.

Es ist nicht beabsichtigt, die große Zahl bereits vorhandener Arbeiten aus Kliniken und Forschungszentren durch einen weiteren wissenschaftlichen Diskussionsbeitrag zu ergänzen. Über die Frage der Unschädlichkeit bei Verabreichung über längere Zeit liegen hinreichende Erfahrungen und theoretische Erörterungen, vor allem aus den angelsächsischen Ländern, vor. Auch die Frage der Wirksamkeit oder der Unsicherheitsfaktor braucht hier nicht diskutiert zu werden. Aus umfangreichen Berichten ist bekannt, daß die Verhinderung der Ovulation absolut sicher ist. Was mich zu diesem Beitrag veranlaßt, ist: Die menschlichen Belange der in Not

befindlichen Frauen, die in Berichten großer Kliniken meist fehlen, und den nach Meinung des Verf. höchst augenfälligen und erfreulichen **Rückgang in der Abortfrequenz** hervorzuheben.

Als Gynäkologe in einem dicht besiedelten Großstadtgebiet betreut man fast ausschließlich Stammpatientinnen, es gibt wenig „Laufkundschaft“. Wenn in einem solchen Patientinnenbereich nach Einführung der hormonalen Kontrazeption die Zahl der Aborte deutlich absinkt, gibt es nach Meinung des Verf. kein Argument oder Pseudoargument ethischer oder moralischer Art, das man gegen die Anwendung dieser Methode anführen könnte. Die Zahl der artifiziellen Aborte wird nie bekannt werden und die Bemühungen der verschiedenen Gremien um eine ungefähre Schätzung wird die tatsächliche Zahl des erschreckend häufigen artifiziellen Aborts sicher nicht ermitteln können. Zieht man die Mortalität und vor allem die Morbidität durch einen Abort in Betracht, so kann man sich etwa ein Bild vom Ausmaß der Schädigung der Volksgesundheit machen. Hier eine echte Hilfe gebracht zu haben, ist nach Meinung des Verf. das Verdienst der neuen Methode und es wäre von bestimmten ethischen und konfessionellen Denkrichtungen zu erwarten, diese neuen Erkenntnisse Allgemeingut zum Nutzen der gesamten Bevölkerung werden zu lassen.

Es soll betont werden, daß Verf. bei der Beratung seiner Patientinnen versucht, den Wunsch zum Kinde zu wecken oder zu unterstützen wo immer es geht. Oft gelingt es auch, falsche Bedenken gegen eine Schwangerschaft zu zerstreuen.