

Zwischen medizinischer Notwendigkeit und moralischem Urteil. Die bundesdeutsche Ärzteschaft, die BGGF und die Durchsetzung der Pille in den 1960er Jahren

Eva-Maria Silies

Einführung

Als zu Beginn der 1960er Jahre zunächst in den USA und dann auch in der Bundesrepublik hormonale Verhütungsmittel auf den Markt kamen, hatte deren Entwicklung bereits eine jahrzehntelange Geschichte.¹ Die entsprechenden Präparate wurden unter Medizinerinnen und Laien schnell unter der kurzen und prägnanten Bezeichnung „die Pille“ bekannt. Selbst in Teilen der medizinischen Fachpresse kursierte der Begriff bald allgemein akzeptiert neben Fachtermini wie „Kontrazeptiva“, „Antikonzeptiva“ oder „Ovulationshemmer“.²

Die Durchsetzung der Pille vollzog sich in der Bundesrepublik in einem Zeitraum von nur zehn Jahren: Gebrauchten noch 1965 – vier Jahre nach der Markteinführung – nur 2,4% der Frauen im gebärfähigen Alter zwischen 15 und 44 Jahren das Medikament, so waren es 1971 bereits 25,6%. Als 1975 der Anteil der Anwenderinnen auf 32,3% gestiegen war, hatte sich die Pille zum meist genutzten Verhütungsmittel bundesdeutscher Frauen entwickelt.³

Für diese Entwicklung waren mehrere Vorzüge der Pille von Bedeutung: Das neue Mittel bot eine höhere kontrazeptive Sicherheit als alle bisher bekannten reversiblen Methoden, es ließ sich einfacher anwenden und machte zudem die Frauen von der Kooperation der Männer in der Verhütung unabhängig. Neben den Vorteilen waren aber auch die

Nachteile präsent. Insbesondere die Nebenwirkungen und möglichen Langzeitfolgen blieben ein beständiges Thema. Die Angst vor Medikamenten war eine Folge des Contergan-Skandals, der nur kurz vor der Einführung der Pille die Bundesrepublik und zahlreiche weitere Länder erschütterte hatte.⁴

Der rasche Aufstieg des neuen Verhütungsmittels vollzog sich zudem nicht ohne Diskussionen um medizinische und moralische Folgen, die das Kontrazeptivum tatsächlich mit sich brachte oder in der Vorstellung der Zeitgenossen mit sich zu bringen drohte. Die entsprechenden Debatten wurden sowohl in der medizinischen Fachwelt – insbesondere in der Gynäkologie – als auch in der allgemeinen medialen Öffentlichkeit geführt. Letztere öffnete sich in den 1960er Jahren zunehmend Berichten über medizinische Fragen sowie Darstellungen und Bildstrecken zu sexuellen und anderen, vormals meist beschwiegenen Themen.

Im Folgenden wird nachgezeichnet, wie sich insbesondere die medizinische Fachöffentlichkeit dem Thema der oralen Kontrazeption seit deren Markteinführung näherte und sich in diesem Zusammenhang neuen Herausforderungen im Umgang mit Sexualität und Empfängnisverhütung ausgesetzt sah. Von besonderem Interesse wird dabei sein, welche Rolle die Pille in den 1960er Jahren auf den Kongressen der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (BGGF) spielte, die damals zum Teil noch in Kooperation mit mehreren anderen Regionalgesellschaften stattfanden und so ein besonders breites wissenschaftliches Podium darstellten.

¹ Zur Entwicklung der Pille allgemein vgl. Asbell: Pille (1998); mit Schwerpunkt auf die Beiträge der Biochemie vgl. Streller; Roth: Heldentaten (2011); mit Blick auf die historische Entwicklung und die Einführung in der Bundesrepublik vgl. Staupe; Vieth (Hrsg.): Pille (1996) und Silies: Liebe (2010), S. 62–99.

² Für die BGGF lässt sich für den Bericht zur Jahrestagung 1970 erstmals die Verwendung der umgangssprachlichen Bezeichnung nachweisen. Vgl. Hunstein: Langzeitnebenwirkungen (1971), S. 178.

³ Vgl. zu den Zahlen Laengner: 20 Jahre (1981), S. 6.4.

⁴ Vgl. Kirk: Contergan-Fall (1999).

Gesellschaftliches Umfeld und Markteinführung der Pille

Bei der Markteinführung der Pille in der Bundesrepublik am 1. Juni 1961 galten Themen wie Sexualität und Empfängnisverhütung noch als tabu. Sie wurden – wenn überhaupt – im privaten Rahmen behandelt, nicht aber öffentlich diskutiert. Sowohl in der breiten Bevölkerung als auch unter Ärzten war profunderes Wissen zu diesen Themenfeldern wenig verbreitet. Insbesondere bei der heranwachsenden Jugend bestand große Unkenntnis, da häufig weder die Eltern noch Lehrer oder Ärzte umfassend aufklärten.

In einer Ende der 1950er Jahre erstmals veröffentlichten Studie, in der unter anderem Details zur Anatomie der Genitalien und zum Ablauf des Geschlechtsverkehrs abgefragt wurden, konnten die interviewten 16-Jährigen von 31 Fragen nur knapp fünf (Jungen) bzw. nur knapp zwei Fragen (Mädchen) richtig beantworten.⁵ Die Ärzte, eigentlich Experten auf diesem Feld, zeigten noch in den 1950er Jahren wenig Engagement für dieses Thema. Bei einer Befragung zur Kontrazeption unter 1370 norddeutschen Medizinerinnen waren nur 15% an dem generellen Thema Empfängnisverhütung „sehr interessiert“, 55% hingegen „weniger“ oder „gar nicht“.⁶ Die Gründe hierfür sind zum einen in der erwähnten allgemeinen gesellschaftlichen Tabuisierung des Themas zu suchen. Zum anderen war aber auch der Informationsgrad der Ärzte selbst bezüglich Sexualität und Verhütung niedrig: Die entsprechenden Inhalte spielten – wie auch von Fachvertretern eingeräumt wurde – in der medizinischen Ausbildung kaum eine Rolle.⁷

Angesichts dieser Tabuisierung der Sexualität zögerte der damalige Berliner Pharmahersteller Schering⁸ zunächst, ein Medikament auf den Markt zu bringen, das Sexualität zumindest insofern fol-

genlos machen konnte, als die Angst vor einer Schwangerschaft durch die sichere Verhütung entfiel. Obwohl ein konkretes Präparat bereits 1960 entwickelt worden war, wurde es angesichts möglicher, unter Umständen geschäftsschädigender öffentlicher Debatten über seine moralische Vertretbarkeit in der Praxis zunächst nur im Ausland getestet. Die Markteinführung in Deutschland wagte Schering erst, nachdem sich das Medikament mit dem Namen „Anovlar“ ab Februar 1961 in Australien über fünf Monate als erfolgreich erwiesen hatte und in der bundesdeutschen Ärzteschaft wichtige Befürworter gewonnen worden waren. Dazu gehörte beispielsweise der Göttinger Ordinarius für Frauenheilkunde Heinz Kirchhoff, der sich innerhalb kurzer Zeit vom Pillen-Skeptiker zum Pillen-Befürworter gewandelt hatte.

Bei der Markteinführung von Anovlar im Juni 1961 wählte Schering eine zurückhaltende Strategie: Informationen über das neue Produkt erhielten zunächst nur ausgewählte Mediziner, hauptsächlich Gynäkologen. In der beigelegten Broschüre wurde die empfängnisverhütende Wirkung nur als letzte von mehreren Indikationen genannt; stattdessen standen die Krankheitsbilder im Vordergrund, die schon länger mit Gestagenen behandelt wurden. Zudem empfahl das Unternehmen den Ärzten, die Pille nur an verheiratete Frauen zu verschreiben, die bereits mindestens zwei Kinder hatten.⁹

Die Strategie von Schering, nur einem ausgewählten Kreis von Gynäkologen Informationen über die Pille zukommen zu lassen, ließ sich jedoch nur kurzfristig durchhalten. Erste Berichte in Zeitschriften – insbesondere im „Stern“¹⁰ – führten dazu, dass eine breite Basis an Bundesbürgerinnen und -bürgern über das neue Mittel informiert war, bei den Ärzten danach fragte, und dementsprechend auch Schering mehr Informationen zur Verfügung stellen musste. Dennoch war es für das Unternehmen wie auch für die meisten Ärzte essentiell, dass die Verschreibungshoheit über die Pille in den Händen der medizinischen Experten blieb. Dies betonte man bei Schering von Anfang an: „Mit ANOVLAR®, einer Kombination zweier Steroide, die der Wirkstoffklasse der weiblichen Sexual-

⁵ Vgl. Hunger: Sexualwissen (1960), S. 75 f.

⁶ Vgl. Knack; Pieper: Empfängnisverhütung (1956), S. 388.

⁷ Vgl. Kirchhoff: Antibabypillen (1964), S. 88.

⁸ Die Schering AG, gegründet 1855 in Berlin als kleines pharmazeutisches Labor, gehörte im 20. Jahrhundert zu den forschungsintensiven Pharmaunternehmen Europas. 2006 wurde sie von der Bayer AG übernommen und firmierte dann unter dem Namen Bayer Schering Pharma AG. 2011 ist das Unternehmen in Bayer HealthCare Pharmaceuticals aufgegangen und der Name verschwunden. Vgl. hierzu Schering Archive: www.wirtschaftsarchivportal.de/archiv/details/id/34 (04.09.2012).

⁹ Vgl. Unger; Lachnit-Fixson: Entwicklung (1994), S. 940; Sieg: „Anovlar“ (1996), S. 140; Laengner: 20 Jahre (1981), S. 6.2.

¹⁰ Vgl. vor allem den Bericht einer Serie zur Empfängnisverhütung, der sich ausführlich mit der Pille auseinandersetzte: Eine Pille reguliert die Fruchtbarkeit. In: Stern 26/1961, S. 52–57.

hormone zuzurechnen sind, haben wir ein Präparat eingeführt, mit dem der Arzt dort, wo er es für angebracht hält, eine sichere und gefahrlose Konzeptionsverhütung durchführen kann.“¹¹

Die Entscheidungshoheit über die Pillenverschreibung, die weit über medizinische Gesichtspunkte hinausging, behielten die Mediziner in den 1960er und 1970er Jahren. Nicht alle Ärzte verschrieben die Pille an jede Frau, die in der Sprechstunde danach fragte: Wenn Patientinnen nicht nachweisen konnten, zumindest verlobt zu sein, wurde ein Rezept häufig verweigert. Standesintern diskutierten die Ärzte anhaltend über ihre Position bei der Pillenverschreibung, während sie zugleich in der medialen Öffentlichkeit immer wieder in ihrer Kompetenz als Experten auf dem Feld der Empfängnisverhütung be-, aber auch hinterfragt wurden.

Medizinische Hintergründe und Diskussionen in der BGGF

Die Realisierung des Konzeptes von der oralen hormonalen Kontrazeption, das der Innsbrucker Physiologe Ludwig Haberlandt schon in der zweiten Dekade des 20. Jahrhunderts entwickelt hatte,¹² war an die Verfügbarkeit von gestagen hoch wirksamen Substanzen geknüpft, die im Gegensatz zu natürlichem Progesteron in Form von Tabletten geschluckt werden konnten. Als Anfang der 1950er Jahre in den USA die ersten derartigen Steroide verfügbar wurden,¹³ dachten zunächst jedoch weder die beteiligten Biochemiker noch die mit der praktischen Anwendung befassten Biologen, Physiologen und Ärzte an diese Indikation.¹⁴ Ihr Interesse konzentrierte sich vielmehr auf die Behandlung von Sterilität und menstruellen Störungen im weitesten Sinne, wo mit den neuen Medikamenten offensichtlich beachtliche Erfolge zu erzielen waren.

¹¹ Schering Aktiengesellschaft: Bericht (1962), S. 10.

¹² Zu Haberlandt siehe Simmer: History (1970), S. 3–27; Köstring: Haberlandt (1996), S. 113–126.

¹³ Ein schwächer wirksames orales Gestagen wurde bereits 1937 von Hans Herloff Inhoffen und Walter Hohlweg bei Schering entwickelt, biologisch getestet und anschließend in die Therapie eingeführt. Die Substanz, damals u. a. als Ethinyltestosteron bezeichnet, kann als „Stammvater“ der vom Testosteron abgeleiteten künstlichen Gestagene bezeichnet werden. Siehe hierzu Frobenius: Rabbits (2011), S. 32–57.

¹⁴ Vgl. u. a. Streller; Roth: Heldentaten (2011), S. 279–282.

Dementsprechend spielte die Therapie mit Gestagenen auch auf den Tagungen der BGGF Ende der 1950er Jahre und in den 1960er Jahren immer wieder eine wichtige Rolle. Der erwähnte Göttinger Frauenarzt Kirchhoff sprach in diesem Zusammenhang von einer „völligen Umwälzung der Hormontherapie in der Gynäkologie“.¹⁵ Die dabei beobachteten Effekte auf Dysmenorrhoe, dysfunktionelle Blutungen und Endometriose wurden stets mit der Hemmung der Ovulation in Verbindung gebracht, ohne dass dabei zunächst sofort und in erster Linie an kontrazeptive Effekte gedacht wurde. Die erfolgreiche Sterilitätsbehandlung mit den neuen Gestagenen führte man auf einen „Rebound-Effekt“ zurück, die Therapie hypoplastischer Uteri auf die durch die Gestagene verursachten „Scheinschwangerschaften“.

So fanden die amerikanischen Untersuchungen zur Kontrazeption mit Hormonen, die als „Puerto-Rico-Versuch“¹⁶ apostrophiert wurden, auf der BGGF-Tagung im Herbst 1959 nur in der Diskussion Erwähnung. In den angemeldeten Referaten zum Thema „Der heutige Stand der Behandlung mit Gestagenen“ präsentierten die Vortragenden vielmehr eigene Untersuchungen und Beobachtungen zu besonderen Eigenschaften neuer gestagener Substanzen sowie zum Hormonmetabolismus anhand der Ausscheidung im Urin.

In der Diskussion thematisierten von zehn Rednern nur zwei den „Puerto-Rico-Versuch“. Beide Wissenschaftler, auf endokrinologische Probleme spezialisiert, stellten dabei in Frage, dass die beobachtete kontrazeptive Wirkung ausschließlich auf die Hemmung der Ovulation zurückzuführen sei: Herbert Rauscher, Oberarzt an der I. Universitätsfrauenklinik Wien, bezog sich u. a. auf Tierversuche. Diese ließen erkennen, dass die kontrazeptive Wirkung der dabei benutzten Hormone auch Folge negativer Auswirkungen auf Eizelle, Ovar und Spermientransport sein könne. Rolf Kaiser, damals habilitierter Assistent an der I. Universitätsfrauenklinik München, erklärte, das Endometrium sei nach einer derartigen Behandlung selbst im Falle von Ovu-

¹⁵ Kirchhoff; Haller: Konzeptionsverhütung (1959), S. 2189.

¹⁶ In Puerto Rico wurden 1956 die ersten größeren Versuche mit der Pille durchgeführt, die schließlich im Mai 1960 in den USA zur Zulassung des weltweit ersten oralen hormonalen Kontrazeptivums führten (Enovid). Vgl. Rock: Time (1963), S. 165 f. sowie Asbell: Pille (1998), S. 183–215. Kritisch zu den Versuchen mit zum Teil uninformatierten Frauen: Kurz (1996), S. 119–131.

lation und Konzeption für eine Implantation ungeeignet.¹⁷

Nur zwei Monate später, im Dezember 1959, nahm Kirchhoff vor einem breiteren ärztlichen Publikum zu den Möglichkeiten der Konzeptionsverhütung durch oral wirksame Gestagene Stellung. In einem Beitrag für die „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ (DMW) stellte er zusammen mit seinem Assistenten Jürgen Haller den damals aktuellen Stand der Forschung dar. In der Einleitung zu dem Übersichtsartikel heißt es:

„Wenn sich auch die synthetischen Gestagene in der Therapie verschiedener endokriner Störungen bei uns einen festen Platz erobert haben, ist doch die Anwendung dieser Substanzen zur Konzeptionsverhütung eine Indikation, die auf dem europäischen Kontinent bisher noch keinen Eingang gefunden hat. Es mehren sich jedoch sowohl in der Laienpresse wie auch im medizinischen Schrifttum Anfragen, die eine Stellungnahme zu diesem Problem angeraten erscheinen lassen.“¹⁸

Die Autoren erklärten dann, die Geburtenregelung stelle ein „Problem dar, dem man sich aus bevölkerungspolitischen Gründen und wegen seiner Bedeutung für das Einzelschicksal nicht verschließen kann.“ Nach Darstellung der Studienlage, einer Diskussion der möglichen Wirkmechanismen sowie der bis dahin beobachteten und theoretisch denkbaren Nebenwirkungen kamen sie damals jedoch noch zu dem Schluss, für eine endgültige Beurteilung des Wertes oder der Gefahren einer solchen Behandlung sei die Zeit nicht reif. Die bisher vorliegenden Befunde ließen von einer Anwendung der Steroide zur Konzeptionsverhütung abraten. Es empfehle sich jedoch, „die weitere Entwicklung im Auge zu behalten.“¹⁹

Schon drei Jahre später, bei der dritten gemeinsamen Tagung der Bayerischen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie Anfang Oktober 1963 in Luzern, präsentierte sich den anwesenden Frauenärzten aber eine grundlegend veränderte Situation: Die „medikamentöse Hemmung der Ovulation“ stellte ein Hauptthema dar, unter den Referenten befanden sich die Pioniere der oralen hormonalen Kontrazeption in Europa, und von 18 wissenschaftlichen Beiträgen zur Behandlung mit Gestagenen berichteten zehn an erster Stelle über Erfahrungen mit dem Einsatz der Pille als Verhütungsmittel. Die

anderen Indikationen wie Dysmenorrhoe, Endometriose, Blutungsstörungen oder funktionelle Sterilität waren demgegenüber in den Hintergrund getreten.

Das Hauptreferat hielt Jürgen Haller aus Göttingen, der zusammen mit seinem Chef Kirchhoff inzwischen für Schering eine große Studie zu Anovlar durchgeführt und publiziert hatte.²⁰ Zwei weitere Beiträge stammten von dem belgischen Frauenarzt F. Peeters und seinem Team. Peeters hatte in der gynäkologischen Abteilung der städtischen Klinik in Turnhout Ende 1959/Anfang 1960 ein von Schering neu entwickeltes Gestagen unter der Prüfbezeichnung SH 513 in Kombination mit Ethinylestradiol erfolgreich auf seine kontrazeptive Wirkung getestet.²¹ Es waren seine positiven Berichte gewesen, welche die Schering-Leitung 1961 dazu bewegen hatten, das Präparat nach weiteren Testphasen im Ausland unter dem Namen „Anovlar“ auf dem bundesdeutschen Markt einzuführen.

Haller informierte die Kongressteilnehmer in seinem Referat zunächst ausführlich über die Geschichte der Ovulationshemmung und wies auf die Bedeutung des Östrogenzusatzes in den Präparaten für die Zyklusstabilität hin. Ferner führte er die gestagenbedingte fehlende Spinnbarkeit und Penetrationsfähigkeit des Zervixschleims für Spermien sowie die frühe Transformation des Endometriums als mögliche zusätzliche kontrazeptive Effekte unter Behandlung mit der Pille an. Zu den Ergebnissen der Göttinger Studie sagte er, die Erfahrungen an 1695 Frauen in über 11 100 Zyklen hätten „bei richtiger Einnahme“ eine antikonzeptionelle Wirkung von 100% ergeben.

Trotz des Verweises auf die kontrazeptiven Aspekte der Pille stellte Haller die weiteren medizinischen Indikationen für das Präparat im Folgenden in den Vordergrund und erwähnte die Verhütungsfunktion nur an letzter Stelle. Die Pille eigne sich bei folgenden Indikationen: „1. zur Fertilitätssteigerung bei funktioneller Sterilität durch Ausnutzung des Rebound-Phänomens; 2. zur Fertilitätssteigerung bei Uterushypoplasie durch Erzeugung einer Pseudogravidität; 3. bei Dysmenorrhoe ohne organische Ursache; 4. bei Endometriose; 5. zur oralen Konzeptionsverhütung.“²²

Haller beschäftigte sich dann auch ausführlich mit den Nebenwirkungen der Präparate und den

²⁰ Kirchhoff; Haller: Erfahrungen (1964).

²¹ Bei SH 513 handelte es sich um Norethisteronazetat. Anovlar enthielt diese Substanz in Kombination mit Ethinylestradiol.

²² Haller: Hemmung (1964), S. 636 f.

¹⁷ Rauscher; Kaiser: Diskussionsbeiträge (1959), S. 290.

¹⁸ Kirchhoff; Haller: Konzeptionsverhütung (1959), S. 2189.

¹⁹ Ebd., S. 2192.

daraus folgenden Konsequenzen für die Behandlung. Ein endgültiges Urteil darüber, ob die Hemmung der Ovulation auch nach langjährigem Gebrauch reversibel sei und auf die Nachgeborenen keinen negativen Einfluss habe, könne noch nicht abgegeben werden. Als Kontraindikationen müssten schwere Leberschädigungen, eine „gewichtige“ Thromboseanamnese, Tuberkulose und Diabetes genannt werden. Deshalb seien für die Behandlung ärztliche Überwachung, die Verwendung möglichst niedriger Hormondosen, eine Limitierung auf zwei Jahre mit anschließender Überprüfung der Ovarialfunktion sowie die Beachtung der Kontraindikationen zu fordern.

Bei der gemeinsamen Tagung der Bayerischen und der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie im Juni 1970 in Baden-Baden standen dann schon Langzeitnebenwirkungen im Mittelpunkt der Referate und Diskussionen zur Pille. Der Göttinger Internist W. Hunstein wies darauf hin, dass unter Pilleneinnahme mit der Veränderung zahlreicher Laborparameter gerechnet werden müsse. Ferner sei nach Einnahme von oralen Kontrazeptiva häufiger ein cholestatischer Ikterus beschrieben worden. Mit einer pathologischen Glukosetoleranz müsse in bis zu 78% der Fälle gerechnet werden, auch der Seruminsulinspiegel könne erhöht sein.²³

Außerdem ging es nun schon um den differenzierteren Einsatz der unterschiedlichen Präparate, die sich bereits in größerer Zahl auf dem Markt befanden. Der Ulmer Ordinarius für Frauenheilkunde, Christian Lauritzen, zeigte dazu Richtlinien auf, die sich aus Anamnese und Befund ergeben sollten. Er unterschied dabei zwischen Pillen mit hohem bzw. niedrigem Östrogen- bzw. Gestagengehalt sowie zwischen Kombinations- und Sequenzpräparaten. So empfahl er beispielsweise, dass bei normaler Zyklus-, aber sonst belasteter Eigenanamnese „Frauen von normal weiblichem bis adipösem Typ nur Präparate mit niedriger Östrogen- und niedriger Gestagendosis“ erhalten sollten. Bei „Frauen von eher männlichem Typ“ mit verkürztem Zyklus und schwacher Blutungsstärke könnten dagegen östrogenbetonte Präparate sinnvoller sein.²⁴

Die oben angesprochene Strategie, bei den Ovulationshemmern weniger die Verhütungsfunktion als vielmehr die Wirkweise bei gynäkologischen Erkrankungen in den Vordergrund zu stellen, wurde Anfang der 1960er von vielen Ärzten aufgegrif-

fen und zum Teil noch über Jahre fortgesetzt. Es war aber gerade die kontrazeptive Indikation, welche die Pille für den Großteil der Frauen interessant machte. Denn wenn auch einige das neue Mittel aus medizinischen Gründen nahmen, wollte doch ein Großteil der Frauen ein Rezept erhalten, um vor einer unerwünschten Schwangerschaft geschützt zu sein.

Die medizinische und moralische Beurteilung durch Ärzte

Letztlich waren es zwei Felder, auf denen sich Ärzte in der Einführungsphase der Pille betätigten und zu denen sie sich fachintern sowie öffentlich äußerten: Zum einen betrafen sie medizinische Probleme, die sich vor allem auf die Anwendungsgebiete, die Indikationen und die möglichen Nebenwirkungen bezogen, zum anderen aber auch moralische Aspekte, bei denen die grundsätzliche Frage im Vordergrund stand, welchen Frauen die Pille überhaupt verschrieben werden sollte.

In Bezug auf die medizinischen Aspekte wird aus den dargestellten Beiträgen in Fachzeitschriften und auf den Tagungen der BGGF mehreres deutlich. So zeigt sich, wie rasch die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den oralen hormonalen Kontrazeptiva zunahmen und die Indikation unter den Ärzten prinzipiell akzeptiert wurde. Darüber hinaus machten es die Tagungen mit ihren Präsentationen und Diskussionen auch für überwiegend oder ausschließlich praktisch tätige Fachärzte möglich, sich über die neuen endokrinen Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. An Mediziner aller Fachgebiete wandte sich beispielsweise der zitierte Beitrag von Kirchhoff in der DMW.

Dennoch gab es Anfang der 1970er Jahre große Informationsdefizite in der Ärzteschaft. Eine Studie untersuchte 1972, was Ärzte – im Fokus der Studie standen Allgemeinmediziner aus Hannover – über die Nebenwirkungen der Pille tatsächlich wussten.²⁵ Gefragt wurde unter anderem nach den Kontraindikationen bei der Verordnung der Pille, von denen mit Berufung auf Leitsätze der Bundesärztekammer von 1970 durch den Autor der Studie insgesamt neun festgelegt worden waren: vorangegangene Thromboembolien in der Schwangerschaft, Sichelzellenanämie, hormonabhängige maligne Tumore, Schwangerschaft, bestehender Leberzellschaden, akute Leberinfekte, Schwangerschaftsgelbsucht in der Anamnese, familiäre, ange-

²³ Hunstein: Hemmung (1971), S. 178.

²⁴ Lauritzen: Möglichkeiten (1971), S. 182.

borene oder erworbene Störungen der Gallensekretion, Auftreten von Migräne und Sehstörungen.²⁶ Das Ergebnis war erschreckend: Keiner der befragten Allgemeinmediziner konnte mehr als drei richtige Kontraindikationen nennen, 93% kannten sogar nur zwei oder weniger medizinische Gründe gegen die Verschreibung der Pille. Und obwohl explizit lediglich nach medizinischen Kontraindikationen gefragt wurde, nannten die Ärzte immer wieder auch moralisch-ethische Gründe wie „Enthemmung, Gefahr für die Ethik, gesunde Ehe, Maßlosigkeit, Zerfall der sittlichen Werte usw.“²⁷ Die nicht gefragten moralischen wurden als medizinische Gründe für eine Nichtverschreibung ausgegeben. Zudem nannte fast jeder zweite Arzt mindestens eine falsche Kontraindikation – wie Adipositas, Libidoschwankungen, Unverträglichkeiten, Frigidität, Depressionen usw. –, die im alltäglichen Praxisablauf der Allgemeinmediziner häufig auftrat und damit Anlass zur Verweigerung eines Rezepts bzw. zum dringenden Rat zum Absetzen der Pille geben konnte.²⁸

Die damit noch in den 1970er Jahren festzustellende Tendenz, dass sich die Ärzte nicht allein für die medizinische Seite der Pille zuständig fühlten, sondern auch zu moralischen Aspekten Stellung nehmen wollten, war in den 1960er Jahren noch deutlicher zu Tage getreten. Das markanteste Beispiel für diese Vermischung von medizinischer und moralischer Argumentation im Für und Wider der Pille war die sogenannte „Ulmer Denkschrift“. Sie entstand im Sommer 1964 und wurde von 140 Ärzten aus dem Ulmer Raum sowie von 45 Universitätsprofessoren unterschrieben. Durch nachträgliche Unterschriften kam man bis zum Oktober 1965 insgesamt auf über 400 zustimmende Ärzte, ganz überwiegend aus dem süddeutschen Raum.²⁹

Adressiert war die Denkschrift an die Bundesgesundheitsministerin Elisabeth Schwarzhaupt (CDU), bekannt wurde sie durch einen Abdruck im Deutschen Ärzteblatt im Oktober 1965.³⁰ Sie war ein besonders extremes Beispiel für die ärztliche Ablehnung der Pille und für die Verurteilung der moralischen Verhaltensweisen der bundesrepublikanischen Bevölkerung, insbesondere der Jugend. Schon im einführenden Teil äußerten die Verfasser in drastischer Ausdrucksweise ihre Sorge angesichts der öffentlichen Diskussion um Sexualität und die Pille und warnten davor, das Medikament an junge Mädchen und unverheiratete Frauen auszugeben. Zugleich sahen sie ihre Rolle als ärztliche Autoritäten gefährdet:

„Heute will man unter Zuhilfenahme des öffentlichen Druckes der Massenpresse und des Fernsehens den Arzt zum Funktionär des wachsenden sexuellen Materialismus degradieren durch die Forderung, daß die sog. ‚Antibabypillen‘ auch ohne ärztliche Indikation an unverheiratete Frauen und an Mädchen ausgegeben werden sollen. Aus dem Diener des Lebens würde so der Bedienstete des Sich-Aus-Lebens, dessen Aufgabe es ist, durch ein Privatrezept jedermann unverbindliche und folgenfreie sexuelle Beziehungen zu ermöglichen und dabei vor allem die von der Schöpfungsordnung her damit verbundene Möglichkeit der Entstehung neuen menschlichen Lebens zu verhindern.“³¹

Die Denkschrift stellte insgesamt vier Forderungen auf, deren gemeinsamer Tenor es war, dass eine öffentliche Sexualisierung der Gesellschaft verhindert werden und die Verschreibungspflicht für die Pille bestehen bleiben müsse. In der Begründung für die Forderungen wurden zahlreiche historische und systembedingte Vergleiche angestellt, die in einer Warnung vor der Zerstörung des „christlich abendländische[n] Erbe[s]“ mündeten.³² Immer wieder wurde vor einer moralischen Verwahrlosung gewarnt, und als Verursacher der Sexualisierung des öffentlichen Lebens wurden die Massenmedien mit ihrer „*hemmungslosen propagandistischen Ausnützung* des weiblichen Körpers und sexueller Reize zu *Reklamezwecken*“ angeprangert.³³ Als Teil dieser Sexualisierung galt die üblich gewordene Form der „*rein wissenschaftlichen*“ wertfreien Aufklärung“ über Sexualität allgemein und Verhütungsmittel im Speziellen, die die Ehrfurcht vor den Geheimnissen der Entstehung

²⁵ Vgl. Pacharzina: *Moralwächter* (1978). Die Studie entstand als medizinische Dissertation unter der Betreuung des Frankfurter Sexualmediziners Volkmar Sigusch. Ergebnisse der Studie waren im Herbst 1975 durch Zitierung zunächst im „Stern“, später auch in anderen Medien bekannt geworden. Sowohl Pacharzina als auch Sigusch sahen sich danach heftigen Angriffen von standesärztlichen Organisationen und einzelnen Ärzten ausgesetzt, die eine Verunglimpfung des ärztlichen Bildes fürchteten. Vgl. die Dokumentation im Anhang von Pacharzina: *Moralwächter* (1978), S. 237–248.

²⁶ Vgl. Pacharzina: *Moralwächter* (1978), S. 88.

²⁷ Ebd., S. 89, 226, Tab. 16.

²⁸ Vgl. ebd., S. 89.

²⁹ Vgl. dazu und zur Denkschrift insgesamt auch Christoph: *Medizin* (1975), S. 105–109.

³⁰ Vgl. Ulmer Denkschrift (1965), S. 2138–2141.

³¹ Ebd., S. 2138.

³² Punkt 2. In: Ebd., S. 2139 [Hervorhebung im Original].

³³ Punkt 7a. In: Ebd. [Hervorhebung im Original].

menschlichen Lebens zerstöre.³⁴ Die ebenfalls betriebene „*öffentliche Verhöhnung der Keuschheit*“ führe zu einer „*Bagatellisierung*“ des vor- und außerehelichen Verkehrs, wodurch bei vielen Frauen das „natürliche Verlangen nach Kindern“ in eine Angst vor diesen umschlage und die von ihrem wesentlichen und ursprünglichen Sinn gelöste Sexualität zur Sucht werde.³⁵ Die Unterzeichner warnten vor einer wahllosen Ausgabe der Pille an Frauen und Mädchen, da dies „die letzten Bremsen gegen den modernen Sexualisierungstrend beseitigen“ würde.

Die Denkschrift löste innerhalb der bundesrepublikanischen Ärzteschaft heftige Diskussionen aus. Bis März 1966 wurden im „Deutschen Ärzteblatt“ insgesamt 17 Beiträge von Ärzten dazu veröffentlicht, die überwiegend die Denkschrift und ihre Forderungen ablehnten.³⁶ Es kann allerdings nicht davon ausgegangen werden, dass die abgedruckte Diskussion repräsentativ für die gesamte deutsche Ärzteschaft war. Die Dauer und Vielfältigkeit der Diskussion belegt aber, dass die Verfasser der Denkschrift offenbar Probleme thematisiert hatten, die viele Ärzte bewegten. So wurde unter anderem die in der Denkschrift geforderte Rückkehr zu bewährten moralischen Normen und Sitten kritisch gesehen. Ein Arzt – offensichtlich jüngerer Alters, da er sich mehrfach von den älteren Ärzten absetzte, zu denen er die Verfasser der Denkschrift zählte – schrieb, dass das Problem der Familienplanung nur mit Hinweisen auf sittliche Werte und Enthaltsamkeit als höhere sittliche Pflicht nicht gelöst werden könne: „[Wo] soll sich der interessierte Laie sachliche Information und Rat holen? Soll er seine Zweifel wieder, wie zu Zeiten unserer Väter, in Tabus erstickt sehen?“³⁷ Ein Münchener Kollege sah in der Definition der bürgerlichen Moral die Schlüsselfrage der gesamten Denkschrift. Dabei war es seiner Ansicht nach schon immer so, dass sich Moral mit dem Verschwinden einer tonangebenden Gesellschaftsschicht veränderte. Mit dem Untergang des Bürgertums des 19. Jahrhunderts seit dem Ersten Weltkrieg sei auch die bürgerliche

Moral verschwunden, schrieb er und bewertete dies für die Jüngeren in der Gesellschaft durchaus positiv: „Unsere Generation scheint eben im Begriffe sich eine neue Moral zu schaffen. Sie wird anders aussehen als diejenige, die in oder zwischen den Zeilen der 'Ulmer Denkschrift' zu lesen ist.“³⁸

Die Denkschrift selber wie auch die fachinterne Diskussion darüber zeigen, dass innerhalb der Ärzteschaft große Uneinigkeit, aber offensichtlich auch Unsicherheit über den eigenen Stand und die eigene Rolle in der Gesellschaft der sechziger Jahre bestand, und dass dieser Konflikt durch die Ausbreitung der Pille geschürt wurde. Man fühlte sich dem Wohlergehen der Gesellschaft verpflichtet, konnte sich aber zumindest in Teilen mit zahlreichen neueren Erscheinungen nicht anfreunden, vor allem im Zusammenhang mit der öffentlichen Thematisierung bisher eher tabuisierter Bereiche.

Die ärztliche Meinung in der öffentlichen Diskussion

Ärzte beschäftigten sich in den 1960er Jahren aber nicht nur standesintern mit der Pille, ihre Expertenmeinung war auch in der öffentlichen Diskussion gefragt. Insbesondere Zeitschriften, die sich an eine breite Leserschaft wandten, thematisierten die Pille in den ersten Jahren nach der Markteinführung regelmäßig mit grundsätzlichen medizinischen Informationen. In der Frauenzeitschrift „Brigitte“ wurden zu diesem Zweck ärztliche Ratgeber eingebunden, die in der Rubrik „Medizin – Fragen und Antworten“ (vermeintliche) Leserinnenanfragen beantworteten. Dabei waren die Inhalte der Fragen auffallend ähnlich: Fast immer drehte es sich um die Wirkweise, um mögliche Nebenwirkungen oder um Falscheinnahmen. Die Frauen hätten diese Fragen eigentlich dem verschreibenden Arzt stellen können (oder müssen), hatten dies offensichtlich aber nicht getan – die Zuschrift an die Zeitschrift wurde zum Ersatz für das Gespräch mit dem Arzt. So wurde beispielsweise immer wieder gefragt, ob die Pille auch in der einnahmefreien letzten Woche des vierwöchigen Zyklus wirke und Frauen auch dann vor einer Schwangerschaft sicher seien.³⁹

Ein Umschwung in der Berichterstattung weg von einer expertengesteuerten medizinischen Be-

³⁴ Punkt 7c. In: Ebd. [Hervorhebung im Original].

³⁵ Vgl. Punkt 7 g u. 8. In: Ebd., S. 2140. [Hervorhebung im Original].

³⁶ Die Beiträge waren in insgesamt vier Aussprachen zusammengefasst. Vgl. Deutsches Ärzteblatt 62 (1965) Nr. 48, S. 2684 ff.; Deutsches Ärzteblatt 63 (1966) Nr. 1, S. 32–36; Deutsches Ärzteblatt 63 (1966) Nr. 4, S. 218 f.; Deutsches Ärzteblatt 63 (1966) Nr. 13, S. 872–875.

³⁷ Dr. Werner Ohl. In: Deutsches Ärzteblatt 62 (1965) Nr. 48, S. 2684 f., hier S. 2684.

³⁸ Dr. med. A. Kammermeier. In: Deutsches Ärzteblatt 62 (1965) Nr. 48, S. 2685.

lehre hin zu einer stärkeren Akzentuierung persönlicher Erfahrungen mit der Pille setzte etwa Mitte der sechziger Jahre ein, nachdem immer mehr Frauen das Medikament bereits nutzten. Als ab etwa 1965 in bundesdeutschen Medien grundsätzlich offener über Sexualität berichtet wurde, gab es dort beispielsweise Debatten darüber, ob und in welcher Form die Pille einen Einfluss auf das sexuelle Empfinden von Frauen habe. Zwar konnte hier kein Konsens erzielt werden: Es gab sowohl Stimmen, die von einem gesteigerten sexuellen Empfinden berichteten, als auch solche, die genau das Gegenteil konstatierten. Neu war aber, dass bei dieser Debatte verstärkt alle möglichen persönlichen Erfahrungen von Frauen öffentlich wiedergegeben wurden. So beschrieb beispielsweise eine 35-jährige Mutter von vier Kindern in einem mehrseitigen Erfahrungsbericht in der Zeitschrift „Eltern“ 1966 sehr genau, was sich durch die Pille für sie verändert hatte.³⁹ Sie konnte von Gesprächen mit verschiedenen Ärzten, vom Austausch ihres Mannes über das Mittel im Freundeskreis und von leichten Nebenwirkungen ebenso berichten wie die Wirkweise der Pille erläutern. Sie verschwieg auch nicht ihre Bedenken gegenüber dem Mittel angesichts von Krebswarnungen und dem nicht vergessenen Contergan-Skandal. Die sie umgebenden Männer kritisierte sie für den sehr technischen Umgang mit der Pille: „Seit ich 'die Pille' nehme, komme ich mir vor wie ein Kosmonaut: Die drei Leiter meines Raumfahrtprogramms, Hausarzt, Gynäkologe und Ehemann, meinen, es wird schon gut gehen, in vollem Vertrauen auf Laboratorien, gewaltige chemische Werke, sorgsame Prüfstände. Aber die unternehmen die Reise zum Mond und zurück nicht selber. Es ist und bleibt ein Abenteuer für mich.“⁴¹

Zugleich verdeutlichen diese Erfahrungsberichte auch, wie sehr sich unter den Pillennutzerinnen ein eigener Wissensbestand zu dem Verhütungsmittel etabliert hatte. Sie setzten eher auf persönliche Erfahrungen als auf medizinische Expertenkontrolle. Ärzte waren nicht mehr die einzigen, die sich mit dem Thema medizinisch auseinandersetzten, sondern auch ihre Patientinnen hatten sich

eine Meinung gebildet und kamen mit ihren Wünschen und Vorstellungen in die Praxis.

Im Verlauf der sechziger Jahre fand so ein gegenseitiger Lernprozess statt, bei dem die Ärzte immer mehr von ihrer vormals fast unangefochtenen Expertenposition weichen mussten, gleichzeitig aber von den Erfahrungen ihrer Patientinnen mit einer Erweiterung ihrer Kompetenz profitierten. Ein wichtiger Grund war, dass die Frauen zunehmend Themen ansprachen, bei denen die Ärzte gerade keine Experten waren – und das aufgrund einer in diesem Punkt mangelhaften Ausbildung auch gar nicht sein konnten. Wie bereits skizziert, hatten die Themenfelder Sexualität und Aufklärung über Verhütung in der medizinischen Ausbildung bis weit in die siebziger Jahre kaum einen Platz. In der zitierten Studie mit Hannoveraner Ärzten aus dem Jahr 1972 wurden diese auch dazu befragt, ob sie ihrer eigenen Meinung nach während des Studiums in ausreichendem Maß über die Sexualität des Menschen und sexuelle Störungen informiert worden seien. Dies verneinten 80%, und von den 17%, die ihre Unterrichtung als ausreichend einschätzten, gaben viele individualisierte Erklärungen wie eigenes Interesse oder einen guten Lehrer an.⁴²

Fazit

Die Einführung und Durchsetzung der Pille stellte für die bundesrepublikanische Gesellschaft eine Herausforderung dar. Das Verhütungsmittel eröffnete neue Möglichkeiten im Umgang mit der Sexualität, was insbesondere bei jungen Frauen zu einer starken Nachfrage führte. Für sie, aber ebenso für Frauen, die bereits Kinder hatten und weitere Schwangerschaften vermeiden wollten, eröffnete die Pille die Chance, Sexualität ohne die permanente Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft erleben und damit befreiter als zuvor sexuelle Erfahrungen sammeln zu können.

Diese Möglichkeiten riefen zugleich Befürchtungen in der noch moralkonservativ geprägten bundesdeutschen Gesellschaft der 1960er Jahre hervor, die insbesondere eine drohende Verwahrlosung der Sitten zum Gegenstand hatten. Die tatsächlich aber relativ langsame Durchsetzung der Pille – erst gegen Ende der 1960er Jahre konnte von einer flächenmäßigen Verbreitung gesprochen werden – sowie Ergebnisse von Umfragen und sexualwissen-

³⁹ Vgl. Wann wirkt die Antibabypille? In: Brigitte H. 10 (1967), S. 163; Darf ich die Pille im 35-Tage-Rhythmus nehmen? In: Brigitte H. 22 (1968), S. 122; Ist die Pille in der Einnahmepause sicher? In: Brigitte H. 3 (1969), S. 53.

⁴⁰ Vgl. Die Pille In: Eltern H. 10 (1966), S. 20 ff.

⁴¹ Ebd., S. 22.

⁴² Vgl. Pacharzina: Moralwächter (1978), S. 37.

schaftlichen Studien belegen jedoch, dass von einer „Sexualisierung“ der Jugend kaum gesprochen werden konnte. So hatte sich beispielsweise bei Jugendlichen in den 1960er Jahren zwar der Zeitpunkt der Aufnahme sexueller Aktivitäten vorverlegt. Dies führte aber nicht zu ständig wechselnden Beziehungen, sondern im Gegenteil zu anhaltender Partnerbindung.⁴³ Die Pille war damit für junge Frauen ein Mittel, Sexualität freier zu erleben, aber kein Türöffner zu Promiskuität, wie von einigen Zeitgenossen befürchtet. Zugleich wurde die Popularisierung der Pille jedoch immer von kritischen Stimmen begleitet, die vor Nebenwirkungen und möglichen Langzeitfolgen warnten. In den 1970er Jahren gewann diese Kritik im Zuge der Frauenbewegung an Bedeutung. Immer mehr potentielle und tatsächliche Nutzerinnen hinterfragten die Pille, setzten sie ab und suchten nach natürlicheren, ungefährlicher erscheinenden Verhütungsmethoden.⁴⁴

Ärzte waren die entscheidenden Akteure bei der Durchsetzung der Pille in der Bundesrepublik, allerdings offensichtlich nicht ohne einen gewissen öffentlichen Druck. Nach Berichten aus den USA über erste größere Untersuchungen zur oralen hormonalen Kontrazeption fühlten sie sich auch durch das Echo in der Laienpresse rasch veranlasst, das Thema in Fachzeitschriften und auf Kongressen wie den zitierten Veranstaltungen der BGGF aufzugreifen und mit eigenen Studien zu ergänzen. Ungeachtet einer heftigen innerärztlichen Debatte, bei der viele Mediziner in der Anwendung der Pille eine Frage der Moral sahen und sich als deren Hüter verstanden, lockerte sich die ursprünglich äußerst restriktive Verschreibungspraxis nach und nach und machte so die flächendeckende Verbreitung der oralen Kontrazeption möglich.

Die Verschreibungspflicht der Pille brachte für die Ärzte auch Vorteile mit sich: Sie erhielten so eine ganz neue Klientel von Patientinnen, die sie für ein Pillenrezept regelmäßig aufsuchen musste, dabei aber relativ einfach zu behandeln war. Dies traf insbesondere für Gynäkologen zu, denen sich häufig ein auch finanziell relativ lukratives zusätzliches Betätigungsfeld und neue medizinische Kompetenzen eröffneten. Hinzu kam ein Austausch mit Patientinnen, die oft eigene Vorstellungen über Verhütungsmethoden und geeignete Pillen mit in die Praxen brachten. Dieser Kommunikationspro-

zess setzte ebenfalls mit der Einführung der Pille ein und ist letztlich, angesichts einer Vielzahl von Verhütungspräparaten, bis heute nicht abgeschlossen.

Literatur

- Asbell, Bernard: Die Pille und wie sie die Welt veränderte. Frankfurt am Main 1998.
- Christoph, Klaus: Medizin und Empfängnisverhütung. Ein Beitrag zur Analyse des Selbstverständnisses westdeutscher Ärzte. Stuttgart 1975.
- Frobenius, Wolfgang: "The Rabbits are Prepared..." The Development of Ethinylestradiol and Ethinyltestosterone. In: J Reproduktionsmed Endokrinol 8 (2011), Special Issue 1 "50 Years Oral Hormonal Contraception", S. 32–57.
- Giese, Hans; Schmidt, Gunter: Studentensexualität. Verhalten und Einstellung. Eine Umfrage an 12 westdeutschen Universitäten. Reinbek 1968.
- Haller, Jürgen: Die medikamentöse Hemmung der Ovulation. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 24 (1964), S. 636 f.
- Hunger, Heinz: Das Sexualwissen der Jugend. 2., völlig neubearb. Aufl., München; Basel 1960.
- Hunstein, W.: Langzeitnebenwirkungen von Ovulationshemmern: Intern-medizinische Aspekte. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 31 (1971), S. 178.
- Kirchhoff, Heinz: Anti-Baby-Pillen nur für Ehefrauen? SPIEGEL-Gespräch mit dem Direktor der Universitäts-Frauenklinik Göttingen, Professor Dr. Heinz Kirchhoff. In: Der Spiegel, Heft 9 (1964), S. 79–89.
- Kirchhoff, Heinz; Haller, Jürgen: Konzeptionsverhütung durch oral wirksame Gestagene. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 84, Nr. 49 (1959), S. 2189–2192.
- Kirchhoff, Heinz; Haller, Jürgen: Klinische Erfahrungen mit einer ovulationsunterdrückenden Östrogen-Gestagen-Kombination (Anovlar). In: Medizinische Klinik 59 (1964), S. 681–687.
- Kirk, Beate: Der Contergan-Fall: Eine unvermeidbare Arzneimittel-Katastrophe? Zur Geschichte des Arzneistoffs Thalidomid. Stuttgart 1999.
- Knack, A.V.; Pieper, W.: Empfängnisverhütung als ärztliche Beratungsaufgabe. In: Ärztliche Mitteilungen 14 (1956), S. 387 ff.
- Köstering, Susanne: „Etwas Besseres als das Kondom“. Ludwig Haberlandt und die Idee der Pille. In: Staupe, Gisela; Vieth, Lisa (Hrsg.): Die Pille. Von der Lust und von der Liebe. Berlin 1996, S. 113–126.
- Kunz, Gabriele: Medizinische Experimente mit der Antibabypille. Ein Rückblick auf die ersten Versuche an puertoricanischen Frauen. In: Zeitschrift für Sexualforschung 2 (1989), S. 119–131.
- Laengner, H.: 20 Jahre Schering-Kontrazeptiva – von Anovlar zu Triquilar. In: Schering Pharma Deutschland (Hrsg.): Die Pille wird 20. So begann es ... und da stehen wir heute. Symposium Berlin, 25. 5. 1981. Berlin 1981, S. 6.1–6.5.

⁴³ Vgl. Giese; Schmidt: Studentensexualität (1968), S. 393 f; Schmidt; Sigusch: Arbeiter-Sexualität (1971), S. 98–100.

⁴⁴ Vgl. dazu ausführlich Silies: Liebe (2010), S. 382–412.

- Lauritzen, Christian: Möglichkeiten einer gezielten differenzierten Anwendung der im Handel befindlichen oralen Antikonzeptiva. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 31 (1971), S. 182.
- Pacharzina, Klaus: Moralwächter im weißen Kittel. Zur Sexualmedizin in der Allgemeinpraxis. Lollar 1978.
- Peeters, F.: Die konservative Therapie der Endometriose durch zyklische Behandlung mit Anovlar. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 24 (1964), S. 629.
- Rauscher, Herbert; Kaiser, Rolf: [Diskussionsbeiträge]. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 19 (1959), S. 290.
- Rock, John: The time has come. A catholic doctor's proposals to end the battle over birth control. New York 1963.
- Schering Aktiengesellschaft: Bericht über das Geschäftsjahr 1961. Berlin 1962.
- Schmidt, Gunter; Sigusch, Volkmar: Arbeiter-Sexualität. Eine empirische Untersuchung an jungen Industriearbeitern. Berlin 1971.
- Sieg, Sabine: „Anovlar“ – die erste europäische Pille. Zur Geschichte eines Medikaments. In: Staupe, Gisela; Vieth, Lisa (Hrsg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Berlin 1996, S. 131–144.
- Silies, Eva-Maria: Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960–1980 (= Göttinger Studien zur Generationsforschung, Bd. 4). Göttingen 2010.
- Simmer, Hans H.: On the history of hormonal contraception. I. Ludwig Haberlandt (1885–1932) and his concept of "hormonal sterilization". In: *Contraception* 1 (1970), S. 3–27.
- Staupe, Gisela; Vieth, Lisa (Hrsg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Berlin 1996.
- Streller, Sabine; Roth, Klaus: Über die Heldentaten der Hormonsucher. 50 Jahre Pille in Deutschland. In: *Chemie in unserer Zeit* 45 (2011), S. 270–291.
- Ulmer Denkschrift. Zur Frage der Geburtenbeschränkung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 62, Nr. 40 (1965), S. 2138–2141.
- Unger, Renate; Lachnit-Fixson, Ursula: Case F: Die Entwicklung der „Pille“ (Oral Contraceptives). In: Altbach, Horst (Hrsg.): *Culture and Technical Innovation. A Cross-Cultural Analysis and Policy Recommendations*. (= Akademie der Wissenschaft zu Berlin, Research Report Bd.9) Berlin; New York 1994, S. 922–1012.