

Aus dem Institut für Ethik und
Geschichte der Medizin der
Universität Tübingen

**Die Pille in der DDR aus Sicht
der Ärzteschaft – eine Analyse
anhand von Artikeln aus dem
Deutschen Gesundheitswesen
von 1960 bis 1990**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität zu Tübingen

vorgelegt von

Lang, Andrea

2018

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth
1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. H. Tümmers
2. Berichterstatter: Professor Dr. B. Klump

Tag der Disputation: 30.10.2018

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
1.1	Die Pille zwischen scharfer Kritik und Selbstverständlichkeit – Hinführung zum Thema	5
1.2	Konkretisierung der Fragestellung	6
1.3	Methodik der Arbeit und aktueller Forschungsstand	10
2	Die Geschichte der Verhütung.....	19
2.1	Von Scheidenpessaren über Widderurin bis hin zum Kondom – die Geschichte der Verhütung	19
2.2	Der entscheidende Schritt: Hormone zur Empfängnisverhütung	25
2.3	Eine Pille mit großer Wirkung – von der Hormonforschung zur Markteinführung.....	29
2.4	Zwischen Kritik und Erfolg: Die Pille in der Bundesrepublik Deutschland.....	32
2.5	Wunschkindpille: Die Geburt von Ovosiston in der DDR.....	38
3	Kontrazeption in der DDR zwischen Politik und Gesellschaft	42
3.1	Familienplanung als Parteiprogramm: Gesellschaftspolitik in der DDR	42
3.2	Staatliche propagierte Wunschkindpille: Über die orale hormonale Antikonzeption in der DDR.....	59
3.3	Die Ärzteschaft und die DDR – ein enges Beziehungsgeflecht	66
4	Analyse	77
4.1	Vorgehensweise – Grundlagen des Erkenntnisgewinns	77
4.1.1	Aufstieg und Fall des Interesses: Die Anzahl der Artikel.....	77
4.1.2	Von knapp bis ausführlich: Die Länge der Artikel	82
4.1.3	Erkenntnisse der Zuordnung zu Themenkomplexen: Die Erscheinungsrubrik der Artikel	85
4.1.4	Unterwartete Schwerpunkte und Interessen: Die Hauptthemen der Artikel.....	90
4.1.5	Zwischen Neutralität und leisen Erkenntnissen: Der Subtext der Artikel.....	93
4.1.6	Zwischen Sachlichkeit und leichten Meinungstendenzen: Die Zusammenfassung der ersten Analyseerkenntnisse	96
4.2	Inhaltliche Analyse.....	98
4.2.1	These 1: Positive Äußerungen werden instrumentalisiert, negative abgeschwächt.....	98
4.2.2	These 2: Die Pille ist essentieller Bestandteil der ärztlichen Praxis	114
5	Fazit.....	125
6	Zusammenfassung	132

7	Literatur- und Quellenverzeichnis	136
7.1	Print-Literatur	136
7.2	Artikel aus <i>Das Deutsche Gesundheitswesen</i>	139
7.3	Online-Literatur.....	143
8	Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift.....	144

1 Einleitung

1.1 Die Pille zwischen scharfer Kritik und Selbstverständlichkeit – Hinführung zum Thema

Die Pille ist seit vielen Jahren ein beliebtes Mittel zur Schwangerschaftsverhütung: Sie wurde im Jahr 2010 von 87 Prozent der 14 bis 17-jährigen Frauen in Deutschland eingenommen.¹ Während der vergangenen Jahre war sie auch Gegenstand zahlreicher öffentlicher Diskussionen in Hinblick auf die Frage, ob die sogenannte *Pille danach* rezeptfrei in Apotheken erhältlich sein sollte, wie das bereits in anderen europäischen Staaten der Fall ist. Inzwischen ist sie seit März 2015 auch in Deutschland für jeden käuflich erwerblich, ohne dass eine vorherige Beratung oder Verschreibung durch einen Mediziner notwendig ist. Weitere Themen, die rund um die Antibabypille in den vergangenen Jahren mediale Aufmerksamkeit erreichten, sind die mit ihr verbundenen Risiken und Nebenwirkungen: Regelmäßig wird über Anwenderinnen berichtet, die durch die Pille beeinträchtigt wurden oder gar Schaden nahmen. So traten beispielsweise gerade in den vergangenen Jahren immer wieder lebensbedrohliche Thrombosen auf. Auch wenn es sich dabei um Einzelfälle handelt, werden sie jedes Mal aufs Neue von den Medien aufgegriffen und verleiten diese immer wieder zu Grundsatzdiskussionen über die Pille.

Betrachtet man den Werdegang der Pille von Beginn an mit ihrer Einführung, muss man hierbei Unterschiede zwischen der BRD sowie der DDR machen. In die BRD wurde die Pille 1961 als sogenannte Antibabypille namens Anovlar eingeführt. Vier Jahre später veröffentlichte man sie mit dem Namen Ovosiston in der DDR, hier jedoch unter der Bezeichnung der Wunschkindpille.² Diese

¹ Vgl. Wegner (2015), S. 10

² Vgl. ebd., S. 7.

Diskrepanz in der Benennung wirft einige Fragen auf und deutet schon im Vorfeld der Untersuchung an, dass Wahrnehmung, Geschichte und Anwendung der Pille in den beiden deutschen Bundesstaaten sicherlich gegensätzlich gestrickt waren und somit spannende Erkenntnisse zu erwarten sind.

1.2 Konkretisierung der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit trägt den Titel „Die Pille in der DDR aus Sicht der Ärzteschaft – eine Analyse anhand von Artikeln aus dem *Deutschen Gesundheitswesen* von 1960 bis 1990“.

Konkret beschäftigt sich die Dissertation mit der Analyse aller im *Deutschen Gesundheitswesen* veröffentlichten Artikel zum Themenkomplex der oralen hormonalen Kontrazeption, mit dem Ziel hieraus Informationen über die Sichtweise und Einstellung der Mediziner in der ehemaligen DDR zur oralen hormonalen Antikonzeption zu gewinnen.

Begonnen wird die Analyse im Jahr 1960, dem Jahr, in dem die Pille erstmalig als Verhütungsmethode in den USA auf den Markt kam. Die Analyse endet im Jahr 1990, dem Ende der DDR.

Anhand der Analyse der einzelnen Artikel sollen zunächst die Meinungen der Ärzteschaft zur Pille hinter den sachlichen Darstellungen herausgearbeitet werden, um in einem nächsten Schritt die Stellung der Ärzteschaft in der DDR näher beleuchten zu können.

Bei *Das Deutsche Gesundheitswesen* handelt es sich um eine Fachpublikation für Medizin. Herausgeber war das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR. Die Zeitschrift erschien einmal wöchentlich in den Jahren 1946 bis 1984 und wurde fortgesetzt unter dem Titel *Zeitschrift für klinische Medizin* in den Jahren 1985 bis 1992. Vereinfachend werden beide Zeitschriften in der Dissertation unter dem Begriff *Das Deutsche Gesundheitswesen* zusammengefasst.

Das Deutsche Gesundheitswesen enthält wissenschaftliche, sachlich informierende Artikel zum Thema Medizin, die Autoren waren zumeist Ärzte. Es ist vergleichbar mit dem *Deutschen Ärzteblatt*, dem Äquivalent in der Bundesrepublik Deutschland. Intention der Gründung dieser Zeitschrift sollte die Wiederherstellung einer Ordnung auf dem Gebiet der Medizin und Wissenschaft in den Nachkriegsjahren sein.³ Dies beinhaltet den Wiederaufbau eines funktionierenden Gesundheitswesens sowie die Umstrukturierung der medizinischen Ausbildung. Die Zeitschrift, gewissermaßen als Sprachrohr des Ministeriums für Gesundheitswesen, sollte dabei als Richtungsgeber und Orientierungshilfe dienen.⁴ Sie sollte ihre Leserschaft über jede Entwicklung der Wissenschaft in Kenntnis setzen⁵ sowie über den Forschungsstand der Wissenschaft im Ausland berichten⁶. Dabei wurde nicht nur die Ärzteschaft zur Mithilfe als Autoren aufgefordert, es sollte „jeder, der [...] imstande ist, zu den großen Fragen Stellung zu nehmen“⁷ mitwirken dürfen. Dabei sollten Forschungsergebnisse präsentiert werden, „eine kritiklose Auswertung oder Überwertung“⁸ jedoch verhindert werden. Weiterhin sollte die Zeitschrift „für eine entsprechende Belehrung ihrer Leser sorgen“.⁹

Ein wichtiger Aspekt, der dabei beachtet werden muss ist die Zensur in der DDR.

Zwar besagt die Gründungsverfassung der DDR in Artikel 9, Absatz 2 „Eine Pressezensur findet nicht statt“¹⁰, jedoch wurde in der Realität eine andere Praxis betrieben. Jegliches Medium der Presse musste vor Veröffentlichung durch die Parteiführung beurteilt und genehmigt werden.¹¹ Vor Veröffentlichung eines Buches beispielsweise musste zunächst eine Druckgenehmigung vom

³ Vgl. Konitzer et al. (1946), S.1.

⁴ Vgl. ebd., S. 2f.

⁵ Vgl. ebd., S. 2.

⁶ Vgl. ebd., S. 3.

⁷ ebd., S. 3.

⁸ ebd., S. 3.

⁹ ebd., S. 3.

¹⁰ Hegewald (2010), S.21.

¹¹ Vgl. ebd., S. 11.

Ministerium für Kultur eingeholt werden.¹² Ebenso entschied die politische Führung über die Berichterstattung der Tageszeitungen, wie Dieter Langguth, ein Politbüro-Insider, nach der Wende in einem Interview über die Zensur der DDR berichtete.¹³ Ziel der Zensur der DDR war im Vergleich zu anderen totalitären Staaten nicht das generelle Verbot von Büchern, sondern das Nutzen der Literatur zur Selbstdarstellung. Dementsprechend mussten die Inhalte an die Meinung der Führung angepasst werden.¹⁴ Eine offizielle Zensur existierte zwar nicht, jedoch wusste man als Autor, dass die Publikation einer staatsfernen Meinung Konsequenzen mit sich trug. So wandten viele Autoren bereits beim Schreiben eine Selbstzensur an, die sogenannte *Schere im Kopf*.¹⁵ Ein weiteres Instrument zur Zensur bildeten die Verlage. Eine Publikation musste zunächst vom Verlag genehmigt werden, dessen Leiter zumeist von der SED beauftragt wurde.¹⁶ Demnach ist es zum einen wenig verwunderlich, dass die zweite Neuauflage der Verfassung von 1968 keinen Grundsatz mehr zur Zensur enthält.¹⁷ Zum anderen wird deutlich, dass auch bei den Artikeln in das *Deutsche Gesundheitswesen* eine mögliche Zensur in Betracht gezogen werden muss.

Unter *Pille* versteht die Dissertation in diesem Zusammenhang die Definition aus dem aktuellen Duden, der sie kurz und knapp als „Empfängnisverhütendes Mittel in Pillenform auf hormonaler Grundlage“¹⁸ bezeichnet. Ausgeschlossen vom Begriff Pille sind demnach andere, etwa mechanische Verhütungsformen. Der Begriff Pille wird in der vorliegenden Arbeit als gängige Kurzform für die orale hormonale Kontrazeption verwendet und diese beiden Bezeichnungen synonym verstanden. Weiterhin werden die Begriffe *Antibabypille* und *Wunschkindpille* vorkommen. Da diese beiden Bezeichnungen speziell in der BRD bzw. in der DDR verwendet wurden, sollen sie hier nicht synonym zur Pille

¹² Vgl. Hegewald (2010), S. 26.

¹³ Vgl. ebd., S. 30.

¹⁴ Vgl. Flüs (2005), S. 3.

¹⁵ Vgl. ebd., S. 4f.

¹⁶ Vgl. ebd., S. 6.

¹⁷ Vgl. ebd., S. 21.

¹⁸ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Antibabypille> [letzter Zugriff 03.08.2017]

als allgemeine Bezeichnung für ein Medikament eingeführt werden, sondern symbolisch für die beiden Teile Deutschlands stehen und nur dann vorkommen, wenn speziell auf den einen oder anderen Teil Deutschlands Bezug genommen wird.

Um die Sichtweise und Einstellung der Ärzteschaft der DDR anhand des Themenkomplex der oralen hormonalen Kontrazeption zu analysieren, werden zunächst einige Unterfragestellungen eine Rolle spielen:

Welchen Stellenwert nehmen Artikel über die Pille in *Das Deutsche Gesundheitswesen* ein? In welchem inhaltlichen Kontext tauchen die Artikel auf? Welche Themen werden in den Artikeln aufgegriffen? Und: Wie wird die Pille in den Artikeln dargestellt?

Vor dem Hintergrund der politischen und gesellschaftlichen Gegebenheiten der DDR ergeben sich schließlich weitere Fragestellungen: Welchen Stellenwert nimmt die Pille in der DDR ein? In welchem gesellschaftlichen Zusammenhang sind die Artikel zu sehen?

Hieraus wird schließlich die Hauptfragestellung der Arbeit abgeleitet: Welche Rolle spielen Mediziner bei der Einführung und Verbreitung der Pille und wie ist das Verhältnis zwischen Medizinern und Staat?

Die Hypothese dazu lautet: die Einführung der Pille wurde vom Staat gelenkt, eine gezielte Werbung sollte zur Akzeptanz der Wunschkindpille innerhalb der Ärzteschaft und damit der Bevölkerung führen. Die Ärzteschaft sollte dabei treu den Bestimmungen und Meinungen der Staatsregierung folgen.

Die Hypothese beruht auf der Annahme, dass auch im Bereich der Medizin die politische Praxis der DDR durchgesetzt wurde: die Meinung des Staates war allgegenwärtig und wurde von der Bevölkerung befolgt, um Repressionen zu umgehen. In der vorliegenden Arbeit wird analysiert, ob diese Hypothese bestätigt werden kann oder ob das Ergebnis ein ganz anderes ist und die Ärzteschaft in diesem Fall gar als Schrittmacher einer Liberalisierung bezeichnet werden kann.

Explizit nicht Thema der Arbeit sind eine detaillierte Geschichte und Entwicklung der Pille in der DDR, obwohl Grundlagen aus diesen Themen natürlich für den Hintergrund und eine spätere Analyse angeführt werden. Auch in welcher Art und Weise die Pille Anwendung fand, ist keiner der Untersuchungsgegenstände. Zudem soll die Arbeit ausdrücklich keinen Vergleich zwischen der Situation in der DDR und der BRD zum Ziel haben, sondern die Meinung der Ärzteschaft in der DDR beleuchten.

1.3 Methodik der Arbeit und aktueller Forschungsstand

Die bereits angesprochene Analyse der vorliegenden Arbeit basiert auf sämtlichen Artikeln aus *Das Deutsche Gesundheitswesen*, die in den Jahren 1960 bis 1990 zum Thema „orale hormonale Kontrazeption“ erschienen sind. Voraussetzung für ihren Einfluss in diese Arbeit und Analyse ist, dass sie die Pille in irgendeiner Form erwähnen – und sei es auch nur als kurze Anmerkung oder einzelnes Wort. Artikel, die sich mit Verhütung oder ähnlichen Themen ganz generell auseinandersetzen, wurden hier außen vorgelassen. Insgesamt handelt es sich bei den für die Untersuchung herangezogenen Artikeln um 224, die anhand verschiedener Faktoren analysiert wurden. Auch wenn nicht alle Artikel im Detail Einzug in die Arbeit halten können, so werden doch immer wieder exemplarisch Artikel zitiert und genannt. Im Hintergrund kann jedoch auf einen Fundus aus den genannten 224 Artikeln zurückgegriffen werden, der immer wieder als Vergleich oder für eine Einschätzung von generellen Trends und Tendenzen zum Einsatz kommt. Anhand der Analyse soll schließlich ein Rückschluss auf das Denken der Ärzteschaft der DDR gezogen werden, bei denen es sich zumeist um die Verfasser der Artikel handelt. Dabei geht die Dissertation von der allgemeinen These aus, dass kein Artikel einfach nur so, ganz neutral und ohne Hintergedanke geschrieben wird.

Selbst wenn ein Autor, und dies ist nicht nur hier, sondern ganz allgemein der Fall, nicht beabsichtigt, eine Meinungsäußerung in seine geschriebenen Sätze zu legen, so spielen doch beim Schreiben immer auch subjektive Faktoren wie beispielsweise die Wortwahl eine Rolle. Dies bietet im Umkehrschluss die Möglichkeit, anhand eines bestehenden Texts Rückschlüsse auf die bewussten oder unbewussten Kalküle eines Autors beim Schreiben zu ziehen, was in der Analyse durchgeführt werden soll.

Zunächst jedoch folgen dieser Einführung einige Grundlagenkapitel. Das erste davon, zu finden im folgenden Kapitel zwei, wird sich mit der Geschichte der Pille befassen und darin auch einen kurzen Überblick zur Geschichte der Verhütungsmittel generell geben.

Der Hauptteil dieser Arbeit wird von Kapitel drei eingeläutet, das sich mit der DDR beschäftigt und diese näher beleuchtet:

Dazu zählen der gesellschaftliche Hintergrund der DDR, die Situation der Ärzteschaft innerhalb des Staats sowie die Geschichte und Entwicklung der Pille in der DDR. Fortgeführt wird der Hauptteil in Kapitel vier, der Analyse der Arbeit. Dabei wird ein Modell aus der Werbeforschung und Textwissenschaft angewandt, schließlich geht es hier weniger um die Medizin als Wissenschaft oder um die Analyse rein quantitativer Ergebnisse, sondern um eine Art der Text- oder Literaturwissenschaft zur Interpretation der Artikel aus *Das Deutsche Gesundheitswesen*. Dieses Modell stammt von Nina Janich und besteht aus drei Stufen: In einem ersten Schritt werden die textexternen Faktoren untersucht, in einem zweiten Schritt geht es um Aufbau und Struktur der Texte und im dritten Schritt um den Inhalt, der sich auch durch den gegenseitigen Bezug der Textteile zueinander ergibt.¹⁹ Dieses Modell wurde etwas abgewandelt und an die Bedürfnisse der Dissertation angepasst, woraus sich zwei Stufen ergaben: Die erste Stufe, zu finden im ersten Teil des vierten Kapitels, ist die Analyse der textexternen Faktoren, also solcher Größen, die nicht im Text implementiert sind, sondern sich aus ihrer Art der Publikation und Wechselwirkung mit der Publikation *Das Deutsche Gesundheitswesen* ergeben.

¹⁹ Vgl. Janich (2005), S. 202ff.

Hierbei wird auf die Anzahl der zum Thema erschienenen Artikel, ihre Länge, die Erscheinungsrubrik, die behandelten Hauptthemen und den generellen Subtext der Artikel eingegangen. Die letzten beiden Rubriken sind zwar an sich keine reinen textexternen Faktoren mehr, da sie sich bereits mit dem Inhalt der Artikel befassen. Sie sollen hier jedoch den textexternen Faktoren zugeordnet werden, weil es nicht darum gehen wird, den Inhalt der Artikel detailliert wiederzugeben und zu interpretieren, sondern darum, jeweils einen Hauptinhalt und einen Subtext zu benennen, um diese dann quantitativ zu analysieren. Diese Analyse soll dazu dienen, erste Aussagen zum Stellenwert der Pille in der DDR treffen zu können sowie erste Tendenzen der Meinungen der Autoren ableiten zu können.

Die zweite Stufe, zu finden im zweiten Teil des vierten Kapitels, widmet sich im Anschluss dem Inhalt der Artikel, der sich auch durch den gegenseitigen Bezug der Artikel zueinander ergibt. Diese Inhalte und Erkenntnisse werden unter Einbeziehung der Grundlagen der vorangehenden Kapitel, wie etwa Geschichte der Pille oder Staat und Gesellschaft der DDR, zu zwei Thesen verdichtet, die genau diskutiert und bewiesen werden sollen. Die Miteinbeziehung der genannten Grundlagen ist wichtig, um Rückschlüsse auf das angesprochene bewusste oder unbewusste Kalkül der Autoren ziehen zu können und so anschließend zu einem Fazit finden zu können, das die Fragestellung dieser Arbeit differenziert beantworten wird.

Grenzen der Arbeit ergeben sich hierbei durch die ausschließliche Verwendung jener Artikel, die tatsächlich publiziert und vor der Publikation durch die Herausgeber von das *Deutsche Gesundheitswesen* gelesen und eventuell überarbeitet wurden.

Die subjektive Meinung und die Intention der Autorenschaft können hieraus demnach nicht unmittelbar abgeleitet werden, sondern werden mithilfe der detaillierten Analyse sowie Hintergrundinformationen zur DDR herausgearbeitet.

Zum aktuellen Forschungsstand kann gesagt werden, dass es zahlreiche Publikationen im Umfeld des Themas der Dissertation gibt. Diese erhalten Eingang in die Grundlagenkapitel und damit auch in die Analyse. Jedoch existiert keine Veröffentlichung, die sich explizit die Fragestellung dieser Dissertation zum Untersuchungsgegenstand gemacht hat.

Einerseits finden sich diverse Publikationen zur Geschichte der Pille. Mit dieser sowie ihren gesellschaftlichen Auswirkungen im Allgemeinen beschäftigt sich Bernard Asbell in seiner Publikation „Die Pille und wie sie die Welt veränderte“.²⁰ Asbell gelingt es dabei besonders umfassend anhand einzelner biografischer Erzählungen eine Art Lebensgeschichte der Pille zu veröffentlichen. Angefangen bei der naturwissenschaftlichen Entwicklung, ihrer Veröffentlichung bis hin zu den damit ausgelösten Konflikten zwischen traditionell-katholischen Wertevorstellungen und der Möglichkeit der Geburtenregelung.

Einen weiteren Überblick über die Geschichte der Pille liefert der Medizinhistoriker Robert Jütte mit seiner Veröffentlichung „Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung“.²¹ Jütte zeigt dabei auf, dass sich bereits die Menschen der Antike mit dem Thema der Schwangerschaftsverhütung mithilfe diverser Methoden beschäftigten. Außerdem beschäftigt sich Jütte insbesondere mit dem Einfluss der Religion auf die Anwendung der Pille und zeigt auf, dass ein Verbot der katholischen Kirche von Verhütung keine negative Beeinflussung der Verkaufszahlen der Pille mit sich bringt.²² Eine entscheidende Erkenntnis liefert Jütte zudem durch einen Vergleich der Pillennutzung zwischen Frauen der BRD und Frauen der DDR: Die Pille wird von signifikant mehr Frauen eingenommen, die in der DDR aufwuchsen als in der BRD. Das „Positivimage“ der Pille in der DDR wurde demnach übernommen.²³

Ein weiterer Themenkomplex zahlreicher Publikationen ist die Pille in der DDR.

²⁰ Asbell (1998).

²¹ Jütte (2003).

²² Vgl. ebd., S. 290.

²³ Vgl. ebd., S. 318.

Anlässlich der gleichnamigen Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden 1996 erschien die Publikation „Die Pille. Von der Lust und von der Liebe.“ Darin findet sich ein Kapitel der Autorin Gislinde Schwarz „Von der Antibaby- zur Wunschkindpille und zurück. Kontrazeptiva in der DDR“. ²⁴ Dieses beinhaltet eine kurze Darstellung des Frauenbildes der DDR sowie die sozioökonomischen Vorteile der Pille für die Regierung: Eine scheinbare Emanzipation der Frau in der Rolle der berufstätigen Mutter soll durch die Pille erreicht werden. ²⁵

Hier wird ein weiteres wichtiges Themengebiet der Dissertation dargestellt: die Rolle der Frau in der DDR. Eine entscheidende Publikation hierzu stammt von Gunilla-Friederike Budde „Frauen der Intelligenz. Akademikerinnen in der DDR 1945 bis 1975.“ Als erste Autorin beschäftigt sich Budde hierbei mit den Unterschieden der Geschlechter in der Arbeitswelt der DDR. Hauptaugenmerk legt die Autorin dabei auf die Möglichkeiten insbesondere einer akademischen Karriere der ostdeutschen Frauen und beleuchtet dabei die Kluft zwischen öffentlich propagierter und in Realität bestehender Emanzipation der Frauen in der DDR. Außerdem beleuchtet sie die Möglichkeiten der berufstätigen Frau der DDR, um die propagierte Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten. Mit der Rolle der Frau in der DDR beschäftigt sich ebenso Heike Trappe in ihrem Buch „Emanzipation oder Zwang? Frauen in der DDR zwischen Beruf, Familie und Sozialpolitik“. Die Autorin legt dabei dar, wie sich Frauen der DDR mit ihrer doppelten Rolle als Arbeiterinnen und Mütter arrangierten und welche politischen Maßnahmen diesbezüglich von der SED ergriffen wurden.

Das Thema der Ärzteschaft in der DDR ist natürlich insbesondere aufgrund der signifikanten Rolle der Ärzteschaft als inoffizielle Mitarbeiter von Bedeutung. Eine grundlegende Publikation hierzu stammt von Francesca Weil mit dem Titel „Zielgruppe Ärzteschaft: Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für

²⁴ Schwarz (1996).

²⁵ Vgl. ebd., S. 150.

Staatssicherheit der DDR“.²⁶ Sie zeigt dabei auf, dass inoffizielle Mitarbeiter unter der Ärzteschaft stärker vertreten waren als unter der Bevölkerung der DDR, und beleuchtet deren Motive, die Konsequenzen und die Vorteile des Staates, die sich hieraus ergaben.

Ebenso greift Anna-Sabine Ernst in ihrer Publikation „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961“²⁷ das Thema der Ärzteschaft in der DDR auf. Sie untersucht hierbei welche Stellung die Ärzteschaft während des Aufbaus des sozialistischen Staates einnahm und welche Privilegien ihr zuteilwurden um eine Abwanderung in den Westen zu verhindern. Die Untersuchung endet mit dem Mauerbau im Jahr 1961, eine Arbeit darüber, wie sich die Stellung der Ärzteschaft anschließend entwickelte, findet sich bisher nicht.

Ein entscheidender Beitrag zu den kulturellen Auswirkungen der Einführung der Pille wird von Eva-Maria Silies mit ihrer Dissertation „Liebe, Lust und Last“²⁸ geliefert. Silies untersucht darin die Auswirkungen der Pille auf die Beziehungen zwischen Mann und Frau sowie verschiedenen Generationen in den sechziger und siebziger Jahren, beschränkt sich jedoch in ihrer Analyse auf die Bundesrepublik Deutschland als Untersuchungsort. Bereits Silies erwähnt in ihrer Publikation, dass der Forschungsstand zur Pille in der DDR „deutlich größere [...] Literaturlücken“ im Vergleich zum Forschungsstand der BRD aufweist.²⁹

Mit dem Ziel diese Literaturlücken zu schließen wurde 2010 ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Wunschkindpille in der DDR“ am Historischen Institut der Friedrich-Schiller-Universität Jena und am Institut für Geschichte der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg ins Leben gerufen. Unter der Projektleitung von Prof. Dr. Lutz Niethammer aus Jena und Prof. Dr. Silke Satjukow aus Magdeburg sollen die gesellschaftlichen Hintergründe der DDR

²⁶ Weil (2008).

²⁷ Ernst (1997).

²⁸ Silies (2010).

²⁹ ebd., S. 16.

zum Zeitpunkt der Etablierung der Pille sowie die politischen und kulturellen Auswirkungen der Pille erforscht werden.

Diesbezüglich fanden im Jahr 2013 zwei internationale Tagungen statt, deren Gegenstand einerseits die Kulturgeschichte der Fertilität in Europa darstellten sowie andererseits über Methoden der Kontrazeption in Europa aber auch Raum Ostasien, Afrika und Südamerika referiert wurden.³⁰

Hauptaugenmerk der Forschung sollte dabei auf den Frauen liegen, die als einzige auch eine subjektive Darlegung zur Pille bieten können.³¹

Ergebnisse und Berichte der Tagungen wurden in einem gleichnamigen Buch „Wenn die Chemie stimmt...“³² herausgegeben von Lutz Niethammer und Silke Satjukow zusammengefasst.

Projektmitarbeiter waren außerdem die Historikerin Dr. Annette Leo und der Politikwissenschaftler Christian König, die beide jeweils ein Unterkapitel in der Publikation von Niethammer und Satjukow verfassten.

Zusammen publizierten sie außerdem 2015 das Buch „Die ‚Wunschkindpille‘“³³, als erste Autoren, die sich speziell mit der oralen hormonalen Antikonzeption der DDR beschäftigten.

Hierin widmen sie sich den Hintergründen zur Einführung der Pille sowie ihrer kulturellen Auswirkungen. Mithilfe von biografischen Erzählungen in Interviewform werden einerseits die verschiedenen Anschauungen zur Pille von Männern und Frauen der DDR dargestellt. Andererseits wird in Anlehnung an den Buchtitel die positive Anschauung der Pille durch die politische Führung der DDR aufgezeigt. Bei dieser Publikation handelt es sich damit um einen einmaligen Beitrag, der die Einführung der Pille in der DDR aus Sicht unterschiedlicher Interessengruppen beleuchtet: Für die Regierung stellte die Pille einen entscheidenden Bestandteil der Modernisierungspolitik dar, indem sie die Integration der Frau in die Berufswelt mit dem Gebären von Kindern vereinbarte. Weiterhin war die Pille aus wirtschaftlich-finanziellen Gründen für

³⁰ Vgl. Niethammer, Satjukow (2016), S. 11.

³¹ Vgl. ebd., S. 16.

³² ebd.

³³ Leo, König (2015).

den Hersteller VEB Jenapharm von Interesse und zudem für die Frauen selbst eine sichere Methode zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften.

Die Publikationen von Niethammer und Satjukow sowie Leo und König beschäftigen sich demnach gezielt mit der oralen hormonalen Antikonzeption in der DDR.

Niethammer und Satjukow legen das Hauptaugenmerk auf die kulturellen Auswirkungen der Wunschkindpille in der DDR vor dem Hintergrund der Kulturgeschichte der Fertilität.

Ergänzend hierzu beschäftigen sich Leo und König mit der Wunschkindpille in der DDR vor dem Hintergrund die Rolle der Frauen, ihre Sexualität sowie ihre Geschlechterrolle zu beleuchten. Die Autoren zeigen auf, welche Akteure an der Einführung der Wunschkindpille beteiligt waren: Neben der politischen Führung, des Pharmakonzerns sowie der Frauen werden auch die Ärzte als entscheidende Personengruppe hierfür erwähnt.³⁴

Der Forschungsstand zeigt, dass der Themenkomplex zur Pille im Allgemeinen, insbesondere die Geschichte der Pille, sehr gut erforscht ist. Auch über die Einführung der Pille in die BRD findet sich einige Literatur, allen voran hier die Publikation von Silies. Ebenso sehr gut erforscht ist selbstverständlich die DDR, hier zu erwähnen die für die Arbeit relevanten Themen: die Rolle der Frau und die Rolle der Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter. Die Publikationen sind meist monothematisch und vorwiegend erst nach Ende der DDR verfasst. Die DDR ist, obwohl sie nicht mehr existiert, demnach ein beliebtes Forschungsobjekt. Im Vergleich zu anderen medizinhistorischen Forschungsthemen stellt die Pille in der DDR jedoch ein Nischenthema dar. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass sich immer wieder dieselben Publikationen in den Quellenangaben finden, die sich aufeinander beziehen.

Das Forschungsprojekt von Niethammer und Satjukow ist ein bisher einmaliges Forschungsprojekt zur Wunschkindpille in der DDR, ebenso stellt die daraus

³⁴ Vgl. Leo, König (2015), S. 96.

entstandene Publikation von Leo und König eine einmalige Veröffentlichung dar, die sich spezifisch mit der Wunschkindpille in der DDR beschäftigt. Hierin wird die besondere Rolle der Ärzte, die ihnen in Hinblick auf die Wunschkindpille zuteilwurde, angesprochen. Es wird erwähnt, dass auch die Mediziner eine entscheidende Rolle bei der Einführung der Pille spielten. Jedoch beschränkt sich die Analyse auf die Untersuchung der Auswirkung der Wunschkindpille auf die Frauen. Genauere Untersuchungen zur Rolle der Ärzteschaft in der DDR anhand der Wunschkindpille finden sich nicht. Die Rolle der Ärzte wird konstatiert, aber nicht analysiert. Hierfür bedarf es einer eigenständigen Arbeit, einer weiterführenden Analyse, um valide Ergebnisse zu liefern.

Die vorliegende Dissertation findet hier ihren Anschluss.

In Hinblick auf die Frage, welchen Stellenwert die Mediziner bei Einführung und Verbreitung der Wunschkindpille einnahmen, werden die Artikel des *Deutschen Gesundheitswesens* analysiert sowie Forschungsliteratur rezitiert, um damit die Lücke im Forschungsstand schließen zu können. Vertreten die Mediziner der DDR dabei dieselben Ziele wie die Regierung der DDR oder weichen deren Ziele und Vorstellungen zur Wunschkindpille voneinander ab? Können Mediziner anhand des Umgangs mit der Wunschkindpille gar als generelle Schrittmacher der Liberalisierung bezeichnet werden?

2 Die Geschichte der Verhütung

2.1 Von Scheidenpessaren über Widderurin bis hin zum Kondom – die Geschichte der Verhütung

Um der Klärung der in dieser Arbeit aufgeworfenen Fragestellung einen Schritt näher zu kommen, wird dieses Kapitel zunächst die einzelnen Stadien in der Geschichte der Kontrazeption aufzeigen – von den Anfängen der Verhütung ganz ohne oder mit mechanischen und pflanzlichen Mitteln bis hin zur Entwicklung der Antibabypille als orales hormonales Kontrazeptivum. Ein kurzer Überblick über die Historie der Antikonzeption ist erforderlich, um den Zeitpunkt der Einführung der Pille in die DDR in die Geschichte einzuordnen zu können.

Zudem soll zum einen das Wissen über die Geschichte der Verhütung vertieft werden, wobei hier aufgrund der Fragestellung der Zeit der DDR ein eigenes Kapitel gewidmet wird. Zum anderen wird durch dieses sowie die noch folgenden Einführungskapitel die Basis für die später durchzuführende Analyse geschaffen, um die Artikel aus *Das Deutsche Gesundheitswesen* und die aus ihnen gewonnenen Erkenntnisse in einen zeitlichen und inhaltlichen Kontext stellen zu können.

Auch wenn die Pille heute eine der gängigsten Verhütungsmethoden darstellt, spielt das Thema Empfängnisverhütung nicht erst seit Einführung dieses oralen hormonalen Kontrazeptivums eine wichtige Rolle. Diesbezüglich können zwei Sektoren differenziert werden: Während sich einerseits die medizinische Forschung und Wissenschaft mit dem Thema der Schwangerschaftsverhütung beschäftigt, ist diese auch für bevölkerungspolitische Zwecke interessant, und zwar mit dem bewussten Ziel der Geburtenbeschränkung. Erste Thesen zur Limitierung des Bevölkerungswachstums formulierte der englische Nationalökonom Thomas Robert Malthus bereits 1798. Jedoch sprach er sich noch gegen

antikonzeptionelle Maßnahmen aus und empfahl stattdessen sexuelle Enthaltbarkeit.³⁵ Erst nach dem Wiederaufleben seiner Thesen während des sogenannten Neomalthusianismus ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Anwendung von Verhütungsmethoden im Kampf gegen die Überbevölkerung empfohlen.³⁶ Die Beschäftigung mit der Art und Weise der Kontrazeption begann jedoch bereits mit der Erkenntnis des Zusammenhangs zwischen dem Geschlechtsakt und der Entstehung von Schwangerschaften.³⁷ Insbesondere Faktoren wie die Belastung während der Schwangerschaft, die Geburt selbst, das Großziehen der Kinder und die negativen Folgen einer hohen Kinderzahl, wie etwa Hungersnöte oder der Verlust des bisherigen Lebensstandards, veranlassten viele Frauen schon früh dazu, geburtenregelnde Maßnahmen zu ergreifen.³⁸ Das älteste uns bekannte Wissen über Kontrazeption reicht 4.000 Jahre zurück, Aufzeichnungen darüber wurden auf medizinischen Papyri aus Ägypten entdeckt. Um eine Konzeption zu verhindern, wurden damals mechanische Mittel wie beispielsweise Scheidenzäpfchen aus Pflanzenfasern, zerriebenen Früchten, Akazienharz oder Honig angewendet.³⁹ Außerdem wurden in ägyptischen Schriften aus dem Jahr 1785 vor Christus bereits Scheidenpessare und deren Herstellung beschrieben, die auch heute noch zur Verhinderung einer Schwangerschaft angewendet werden.⁴⁰ Durch das Einführen dieser Einlagen in die Vagina sollte damals und soll auch heute auf mechanische Weise eine Befruchtung verhindert werden. Schon in der Antike hatte sich das Wissen zur Kontrazeption über mechanische Verhütungsmethoden hinaus so weit vermehrt, dass eine Klassifizierung der damals bekannten antikonzeptionellen Methoden vorgenommen werden konnte. Es wurden dabei vier Kategorien unterschieden⁴¹: Die erste Kategorie vereinte sämtliche Methoden, die ohne Hilfsmittel durchführbar waren. Dazu

³⁵ Vgl. Scholz (1969), S.30.

³⁶ Vgl. Silies (2010), S. 63.

³⁷ Vgl. Mehlan (1972), S. 51.

³⁸ Vgl. Müller-Landgraf (1996), S. 102f.

³⁹ Vgl. ebd., S. 101.

⁴⁰ Vgl. Mehlan (1972), S. 52f.

⁴¹ Vgl. Jütte (2003), S. 74.

zählten zum Beispiel der Analverkehr oder der Coitus interruptus, bei denen die Befruchtung der Eizelle durch eine Ejakulation außerhalb der Vagina verhindert wird.⁴² Die zweite Kategorie waren mechanische Hilfsmittel, bei denen ein Fremdkörper in der Gebärmutter oder vor ihrem Eingang ein Eindringen des Samens verhindern sollte, um somit antikonzeptionell zu wirken.⁴³ Pflanzliche Mittel bildeten die dritte Kategorie. Eine antikonzeptionelle Wirkung wurde dabei der Familie der Farngewächse oder der Weidenblätter zugeschrieben.⁴⁴ Die vierte Kategorie schließlich umfasste sämtliche magische Verhütungsmethoden. Besonders das Tragen von Amuletten aus der Gebärmutter eines Maulesels sollte nach antikem Glauben eine Schwangerschaft der Trägerin verhindern.⁴⁵ Hippokrates, der als bekanntester Arzt der Antike gilt, wandte sich in seinen Schriften insbesondere der ersten Kategorie der mechanischen Verhütungsmittel zu, das Pessar war demnach die am häufigsten genannte Verhütungsmethode.⁴⁶ Eine neue Art der Empfängnisverhütung wurde im 16. Jahrhundert zum ersten Mal erwähnt: das Kondom, das auch heute noch zu einer der populärsten Verhütungsmethoden zählt. Der italienische Anatom Gabriele Fallopius empfahl dessen Nutzung jedoch zunächst nicht zum Schutz vor einer möglichen Schwangerschaft, sondern vor sexuell übertragbaren Krankheiten wie etwa Syphilis.⁴⁷ Erst das französische Theaterstück „L'École des filles“ von Michel Millot erbrachte 1655 den Beweis dafür, dass das Kondom auch mit der Absicht zur Verhütung eingesetzt wurde. Um die Folgen des Geschlechtsakts zu verhindern, empfahl der Autor des Stücks die Spitze des Penis mit einem Stofftuch zu bedecken, das den Samen vor seinem Eintritt in die Gebärmutter auffangen sollte.⁴⁸ Aufgrund seines zusätzlichen Schutzes vor Geschlechtskrankheiten war das Kondom zunächst in Prostituiertenkreisen

⁴² Vgl. Jütte (2003), S. 75.

⁴³ Vgl. ebd., S. 78.

⁴⁴ Vgl. ebd., S. 80-82.

⁴⁵ Vgl. ebd., S. 82.

⁴⁶ Vgl. ebd., S. 79.

⁴⁷ Vgl. ebd., S. 149.

⁴⁸ Vgl. ebd., S. 154.

beliebt und erhielt dadurch für den Rest der Bevölkerung einen anstößigen Beigeschmack. Auch nachdem 1839 mit der Entdeckung des Verfahrens zur Vulkanisierung von Kautschuk der Durchbruch zur industriellen Fertigung von Kondomen gelang, blieb diese Methode der Verhütung noch einige Zeit lang unbeliebt.⁴⁹ Eine weitere und eine der wohl radikalsten Arten der Schwangerschaftsverhütung wurde in Italien im Zeitalter des Barock während des 17. und 18. Jahrhunderts betrieben: Per Leisteneinschnitt wurden jungen Männern die Hoden entfernt. Diese Kastration wurde nicht ausschließlich zur Verhütung angewandt, auch religiöser Fanatismus oder der Wunsch nach Selbstverstümmelung waren mögliche Gründe für den Eingriff. Des Weiteren wurden auch Kinder kastriert, um ihnen eine Zukunft als Sopranist zu sichern, was die Chance auf ein geregeltes Einkommen bot.⁵⁰

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden über die bereits in der Antike angewendeten Antikonzeptiva hinaus weitere Methoden der mechanischen Empfängnisverhütung entwickelt: So empfahl beispielsweise der Berliner Arzt Friedrich Adolf Wilde im Jahr 1838 den Verschluss der Gebärmutter mit Kautschuk. Diese sogenannte Zervixkappe verschloss den Eingang für das Ejakulat und sollte dadurch eine Schwangerschaft verhindern.⁵¹ Eine weitere mechanische Methode entwickelte der Flensburger Arzt Wilhelm Mensinga: Er erfand gegen Ende der 1870er Jahre das Okklusivpessar. Diese aus Gummi bestehende Halbkugel versperrte den äußeren Muttermund zur Vagina hin und verhinderte dadurch ebenfalls das Eindringen des Ejakulats in die Gebärmutter.⁵² Auslöser für die erstmalige industrielle Fertigung von empfängnisverhütenden Produkten und für ihren anschließenden kommerziellen Verkauf in England 1886 war ein Artikel in „The Wife’s Handbook“. Dieser befasste sich mit den positiven Aspekten von Pessaren; insbesondere die Tatsache, dass diese lediglich Chinin und Kakaobutter enthielten und somit keine schädliche Wirkung bei weiblichem und

⁴⁹ Vgl. Jütte (2003), S. 149ff.

⁵⁰ Vgl. ebd., S. 142.

⁵¹ Vgl. Müller-Landgraf (1996), S. 106.

⁵² Vgl. Jütte (2003), S. 231.

männlichem Genital zeigten, führte zur großen Beliebtheit der Produkte in der englischen Bevölkerung.⁵³ Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts war jedoch der Coitus interruptus die meistangewendete Verhütungsmethode weltweit. In vielen Fällen wurde anschließend zudem eine Scheidenspülung durchgeführt, um diese von möglicherweise durchgedrungenen Samen zu reinigen. Somit ließ sich die Methode auch ideal als Hygienemaßnahme tarnen, denn das Anpreisen von Antikonzeptiva war zur damaligen Zeit verboten. Sämtliche Artikel zur Schwangerschaftsverhütung wurden daher als Hygiene- und Reinlichkeitsartikel getarnt verkauft.⁵⁴ Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Coitus interruptus als beliebteste Art der Verhütung von der sogenannten Rhythmusmethode abgelöst. Diese Methode wurde von dem Aachener Sanitätsrat Carl Capellmann empfohlen. Beruhend auf der Tatsache, dass eine Frau nicht an allen Tagen ihres weiblichen Zyklus in gleichem Maße fruchtbar ist, riet er, 14 Tage nach der Menstruation sowie drei bis vier Tage davor auf den Geschlechtsverkehr zu verzichten. Diese Art der Verhütung war sehr einfach durchzuführen und erforderte kein Eingreifen in die Physiologie des weiblichen Körpers. Allerdings kritisierte die medizinische Fachliteratur bereits zur damaligen Zeit die mangelnde Sicherheit dieser Methode.⁵⁵ Wissenschaftlich untermauert wurde dies jedoch erst 1930 mit der Einführung des sogenannten Pearl-Index durch den amerikanischen Wissenschaftler Raymond Pearl.⁵⁶ Dieser Index gibt die Anzahl der ungewollten Konzeptionen pro 100 Frauen an, wenn diese mit der jeweiligen Methode ein Jahr lang verhüten. Auch heute noch wird er zur Angabe der Sicherheit eines Kontrazeptivums verwendet.⁵⁷ Kritik wurde jedoch nicht nur an dieser einen Art der Verhütung geäußert: Ein Großteil der Ärzteschaft des 19. Jahrhunderts verurteilte die Empfängnisverhütung im Allgemeinen. Nachdem die Kontrolle über die Sexualität der Menschheit von Seiten der

⁵³ Vgl. Asbell (1998), S. 107.

⁵⁴ Vgl. Müller-Landgraf (1996), S. 105ff.

⁵⁵ Vgl. Jütte (2003), S. 228.

⁵⁶ Vgl. ebd., S. 300.

⁵⁷ Vgl. Keldenich (2002), S. 13.

Kirche zunehmend ebenfalls auf die Seite der Ärzte übergriff, sprachen sich diese im internationalen Konsens auch öffentlich gegen eine generelle Geburtenkontrolle durch Antikonzeptiva aus. Kritiken, zum Beispiel wurde die Empfängnisverhütung als Sünde gegen die Physiologie angesehen, blieben daher kein Einzelfall.⁵⁸ Im Gegensatz zur Rhythmus-Methode war das Kondom während des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wenig beliebt und wurde selten angewendet: Bei einer Befragung der Stanford University von 1892 bis 1912 gab von den 47 befragten Frauen nur eine einzige an, mit dem Kondom zu verhüten.⁵⁹ Bei einer ähnlichen Befragung in Deutschland vor Beginn des ersten Weltkrieges belegte das Kondom immerhin Platz drei, hinter dem Coitus interruptus als der beliebtesten Methode und den vaginalen Spülungen als der zweitbeliebtesten.⁶⁰ Für diese beliebteren Methoden sprach vor allem die Einfachheit der Anwendung.⁶¹ Erst die Entdeckung von HIV, des Humanen Immundefizienz-Virus, steigerte die Verkaufszahlen des Kondoms beträchtlich, sodass dieses Verhütungsmittel zu Beginn des 21. Jahrhunderts den zweiten Platz der am meisten angewendeten Verhütungsmethoden einnahm.⁶²

Dies zeigt, dass das Thema der Verhütung die Menschheit schon immer beschäftigt hat und es sehr viele Methoden und Hilfsmittel dafür gab. Die Pille ist ein vergleichsweise neues Verhütungsmittel. Trotz ihres jungen Alters von etwa 60 Jahren steht die Pille schon lange auf Platz eins der beliebtesten und am häufigsten eingesetzten Methoden der Empfängnisverhütung.⁶³ Dieser in der Geschichte einzigartig schnelle Aufstieg macht sie zu einem interessanten Forschungsobjekt.

⁵⁸ Vgl. Keldenich (2002), S. 205f.

⁵⁹ Vgl. ebd., S. 220.

⁶⁰ Vgl. ebd., S. 299.

⁶¹ Vgl. Jütte (2003), S. 300.

⁶² Vgl. ebd., S. 301.

⁶³ Vgl. ebd., S. 300ff.

2.2 Der entscheidende Schritt: Hormone zur Empfängnisverhütung

Der erste wichtige Schritt zur Entwicklung einer hormonellen Kontrazeption gelang Ludwig Haberlandt 1919, indem er das Grundprinzip der Wirkung der Verhütungspille entdeckte. Nach seinem Medizinstudium in Graz und der anschließenden Promotion 1909 forschte der Sohn einer österreichisch-ungarischen Gelehrtenfamilie zur Wirkungsweise von Hormonen. Sein Hauptaugenmerk galt dabei der gynäkologischen Endokrinologie.⁶⁴ Ausgehend von der Hypothese, dass bei Schwangeren Sexualhormone ausgeschüttet werden, die eine weitere Konzeption verhindern, führte Haberlandt im Jahr 1919 Versuche mit trächtigen Kaninchen durch. Er entnahm ihnen die Ovarien und pflanzte sie in weibliche, nicht trächtige Kaninchen ein. Als diese daraufhin nach der Paarung mit Männchen ihrer Gattung nicht schwanger wurden, schrieb Haberlandt folgerichtig dem *Corpus luteum*, der bei einer Schwangerschaft im Ovar entsteht, ovulationshemmende Eigenschaften zu.⁶⁵ Damit gelang es ihm als erstem, bei einem Tier durch Herstellung eines schwangerschaftsähnlichen Zustands eine Sterilität zu erreichen.⁶⁶ Auf diese Studien aufbauend äußerte Haberlandt bereits 1922 die Hoffnung, auch bei Frauen eine temporäre Sterilisation erzeugen zu können.⁶⁷ Bis zur praktischen Anwendung seiner Erkenntnisse 30 Jahre später mussten allerdings weitere wichtige Entdeckungen auf dem Gebiet der Hormonforschung folgen. Die Beschreibung der Ovulation erfolgte bereits in den 1840er Jahren. Fast zeitgleich beobachteten Theodor Bischoff, ein deutscher Anatom und Physiologe, und Felix Pouchet, ein französischer Naturwissenschaftler, den Vorgang des regelmäßigen Abstoßens eines Eis aus dem Ovar. Allerdings setzten beide Forscher den Zeitpunkt des Eisprungs fälschlicherweise mit dem Beginn der Menstruation gleich und sahen diesen

⁶⁴ Vgl. Köstering (1996), S. 113f.

⁶⁵ Vgl. Jütte (2003), S. 311.

⁶⁶ Vgl. Scholz (1969), S. 45.

⁶⁷ Vgl. Jütte (2003), S. 311.

somit als den fruchtbarsten Tag des weiblichen Zyklus an.⁶⁸ Die richtige zeitliche Einordnung der Ovulation gelang erstmalig dem Japaner Kynsaku Ogino im Jahr 1923. Der Zeitpunkt der fruchtbaren Phase einer Frau konnte somit festgelegt werden. Wenige Jahre später bestimmte der Österreicher Hermann Knaus die vom *Corpus luteum* festgelegte unfruchtbare Phase des Menstruationszyklus.⁶⁹ Basierend auf diesem Wissen konnte Knaus 1928 auf dem Leipziger Gynäkologenkongress die Knaus-Ogino-Methode vorstellen, eine Verhütungsmethode, die gemäß des Rhythmus des Menstruationszyklus Enthaltbarkeit an den fruchtbaren Tagen empfiehlt.⁷⁰ In den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts gelang es vier unabhängigen Forschergruppen, das Hormon des *Corpus luteums* zu isolieren, das bei Haberlandts Studien für die Ovulationshemmung verantwortlich war. Einer der Forscher war der deutsche Professor für Biochemie Adolf Butenandt, der 1939 dafür den Nobelpreis für Chemie verliehen bekam.⁷¹ Dies dient als Indiz dafür, dass diesen Forschungen die höchste wissenschaftliche Aufmerksamkeit galt. Die amerikanischen Forscher George W. Corner Jr. und Willard M. Allen entdeckten, dass jenes Hormon vermehrt nach der Ovulation ausgeschüttet wird und anschließend für das Verhindern der Ausreifung weiterer Eier verantwortlich ist. Sie nannten das Hormon Progesteron, nach den lateinischen Wörtern *pro* (zugunsten) und *gestare* (gebären).⁷² Damit war die erste der beiden Hauptkomponenten des heutigen oralen hormonalen Antikonzeptivums entdeckt. Die Isolierung der zweiten Komponente erfolgte nur wenige Zeit später: Der amerikanische Biochemiker Edward Doisy entdeckte in den Follikeln von Schweine-Ovarien eine Flüssigkeit, die er isolierte und jungen Ratten spritzte. Diese reiften daraufhin rapide heran und entwickelten Anzeichen der geschlechtlichen Paarungsbereitschaft. Doisy nannte dieses Hormon Östrogen, nach den griechischen Wörtern *oistros* (Raserei) und *gennein* (zeugen).⁷³ Die Synthese

⁶⁸ Vgl. Asbell (1998), S. 33.

⁶⁹ Vgl. Müller-Landgraf (1996), S. 111.

⁷⁰ Vgl. Eckart (2009), S. 296.

⁷¹ Vgl. Jütte (2003), S. 312.

⁷² Vgl. Asbell (1998), S. 35f.

⁷³ Vgl. ebd., S. 36.

des ersten Östrogenesters, eines künstlich hergestellten Östrogens, gelang der Forschergruppe um Butenandt im Jahr 1933.⁷⁴ Ebenso wie das Progesteron sollte es therapeutisch zur Behandlung einiger Krankheiten eingesetzt werden. Indikationen für die Anwendung der beiden Hormone waren hauptsächlich Sterilität oder ein unregelmäßiger Zyklus. Zwei Mitarbeitern der Firma Schering, des Pharmakonzerns, der später die erste Antibabypille auf den deutschen Markt bringen sollte, gelang 1937 die Synthese von zwei peroral applizierbaren Präparaten: dem Ethinylestradiol als Östrogen und dem Ethinyltestosteron als Progesteron. Eine orale Anwendung der beiden Hormone war zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich.⁷⁵

Noch im selben Jahr folgte eine weitere wichtige Erkenntnis für die spätere Entwicklung des oralen hormonalen Antikonzeptivums: Wissenschaftler der University of Pennsylvania vermuteten, dass nicht nur die Schwangerschaft selbst Signal für die Progesteron-Ausschüttung und somit für die Unterdrückung weiterer Eisprünge sei. Sie spritzten Kaninchen nach der Paarung Progesteron und beobachteten auch hier ein Ausbleiben der Ovulation, obwohl keine Schwangerschaft vorlag. Sie schlussfolgerten daraus, dass auch dem menschlichen Körper durch Gabe von Progesteron das Vorliegen einer Schwangerschaft vorgetäuscht werden konnte.⁷⁶ Diese Vermutung wurde bestätigt, als es den Göttinger Forschern Bickenbach und Paulikovics während des Zweiten Weltkriegs erstmals gelang, die Ovulation einer Frau durch regelmäßige, mit dem Zyklus beginnende Progesteron-Gaben zu unterdrücken.⁷⁷ So wurde nach und nach das bisher noch unbekannte Gebiet dieser neuen Hormongruppe der Steroide erschlossen. Ihre künstliche Herstellung war allerdings noch zu teuer, um die Menge an Hormonen synthetisieren zu können, die für einen therapeutischen Einsatz nötig gewesen wären. Dies änderte sich 1942 als der amerikanische Chemiker Russell Marker

⁷⁴ Vgl. Keldenich (2002), S. 48.

⁷⁵ Vgl. ebd., S. 51.

⁷⁶ Vgl. Asbell (1998), S. 37f.

⁷⁷ Vgl. Scholz (1969), S. 45.

im mexikanischen Dschungel die Yamswurzel entdeckte.⁷⁸ Aus dieser Pflanze isolierte er den Stoff Diosgenin, eine Vorstufe des Progesterons. Marker entwickelte daraufhin ein Verfahren zur Umwandlung dieses Diosgenins in Progesteron und legte damit den Grundstein für die Synthese größerer Mengen des Hormons.⁷⁹ Dass er damit auch den Weg zur Entwicklung der hormonalen Empfängnisverhütung ebnete, war Marker jedoch noch nicht bewusst.⁸⁰ Auch der junge Chemiker Carl Djerassi trug, ohne dies zu beabsichtigen, einen entscheidenden Teil zur Entwicklung der oralen hormonalen Kontrazeption bei: Als Mitarbeiter des Pharmakonzerns Syntex gelang es ihm, das synthetisierte Progesteron chemisch so zu verändern, dass es auch bei oraler Einnahme seine Wirkung nicht verlor. Auf diese neue Substanz, die er Norethindron nannte, beantragte er am 22. November 1951 ein Patent.⁸¹ Kurze Zeit später meldete auch Frank B. Colton, Chefchemiker des pharmazeutischen Unternehmens Searle, Patent auf einen ähnlichen Wirkstoff namens Norethynodrel an – angeblich ohne von den vorangegangenen Forschungen bei Syntex zu wissen.⁸² Auch hatte Colton eigenen Angaben zufolge nicht das Ziel der Empfängnisverhütung vor Augen.⁸³

Im Gegensatz hierzu beschäftigte sich Margaret Sanger, eine New Yorker Krankenschwester gezielt mit der Empfängnisverhütung und setzte sich als eine von wenigen bereits 1910 für die bessere Zugänglichkeit von Verhütungspräparaten ein.⁸⁴ Geprägt von dem Leid vieler ungewollt schwanger gewordenen Frauen, die Sanger täglich bei ihrer Arbeit kennenlernte, kämpfte sie für die Geburtenkontrolle, im Englischen *birth control* genannt, um Abtreibungen zu verhindern. Durch die Publikation feministischer Zeitschriften wie etwa der *Woman Rebel* versuchte sie, den Frauen Methoden der Empfängnisverhütung zu erläutern und zu empfehlen. Da die Vermarktung von

⁷⁸ Vgl. Silies (2010), S. 68.

⁷⁹ Vgl. Neumeyer (2012), S. 4.

⁸⁰ Vgl. Asbell (1998), S. 22.

⁸¹ Vgl. ebd., S. 146.

⁸² Vgl. ebd., S. 149.

⁸³ Vgl. ebd., S. 152.

⁸⁴ Vgl. Silies (2010), S. 65.

antikonzeptionellen Mitteln in den USA zur damaligen Zeit verboten war, wurde diese Zeitschrift kurze Zeit nach ihrer Veröffentlichung jedoch beschlagnahmt. Ebenso wurde die *Birth Control Clinic*, die Sanger als eine der ersten Kliniken dieser Art 1916 eröffnete, bereits nach wenigen Tagen von den Behörden geschlossen. Sanger ließ sich dennoch nicht unterkriegen, reiste durch die USA und bewarb weiterhin den Einsatz von antikonzeptionellen Methoden. So erzielte sie bald ihren ersten Erfolg und erreichte die Verschreibung von Verhütungsmitteln für diejenigen Frauen, für die eine Schwangerschaft aus medizinischer Sicht eine Gefahr darstellte.⁸⁵ Den größten Fortschritt, ihren wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der oralen hormonalen Antikonzeption, erlangte Sanger dank einer schicksalhaften Begegnung auf ihrer eigenen New Yorker Dinnerparty 1951. Dort traf sie zum einen auf den Wissenschaftler Dr. Gregory Pincus, der heute als Vater der Pille betitelt wird, sowie auf Katharine McCormick, die gemeinsam mit Sanger selbst zu den zwei Müttern der Pille gezählt wird.

2.3 Eine Pille mit großer Wirkung – von der Hormonforschung zur Markteinführung

Durch den wissenschaftlichen Beitrag von Pincus und Sanger sowie die finanziellen Mittel von McCormick wurde auf der Dinnerparty Sangers der Grundstein für die spätere Antibabypille gelegt.⁸⁶ Ein Brief von McCormick, den Sanger im Vorfeld erhielt, veranlasste sie zur Ausrichtung dieser Feier. Ebenso wie Sanger kämpfte auch McCormick für die Geburtenregelung, mit dem Unterschied, dass sie als Tochter aus reichem Hause die Forschung zu Verhütungsmitteln auch finanziell beeinflussen konnte. So erkundigte sie sich in diesem Brief bei Sanger nach dem bestmöglichen Einsatz ihrer finanziellen

⁸⁵ Vgl. Jütte (2003), S. 247f.

⁸⁶ Vgl. Asbell (1998), S. 24ff.

Mittel zur Unterstützung der Geburtenkontrolle und damit der antikonzeptionellen Forschung. Mit diesem Hintergrund kam Sanger an jenem Abend mit Gregory Pincus ins Gespräch, der sich als Forscher auf dem Gebiet der Fortpflanzung einen Namen gemacht hatte und zu dessen Erfolgen die Befruchtung von Kanincheneiern in vitro zählte.⁸⁷ Sanger und McCormick überzeugten Pincus von der Notwendigkeit einer simpel anwendbaren und zuverlässigen Methode zur Verhütung und beauftragten ihn und sein Team, nach einem solchen oralen Verhütungsmittel zu forschen. Die Kostenübernahme sollte vollständig durch McCormick erfolgen.⁸⁸ Pincus nahm die Herausforderung an und mutmaßte direkt zu Beginn seiner Forschungen, dass die Lösung für ein sicheres, orales Antikonzeptivum in dem gezielten Einsatz eines Hormons liegen könnte.⁸⁹ Wenig später traf Pincus schließlich auf den Gynäkologen John Rock, der die zielgerichtete Anwendung von Hormonen bereits therapeutisch nutzte, indem er Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch erfolgreich mit Östrogen und Progesteron behandelte und so bei ihnen eine Schwangerschaft erzielen konnte. Rock, ebenso Verfechter der Geburtenkontrolle, willigte ein, Pincus bei seinem Vorhaben als Partner zu unterstützen und künftige klinische Versuche unter dem Decknamen seiner Fruchtbarkeitstherapie fortzuführen.⁹⁰ Daraufhin erfuhr Pincus von den künstlich synthetisierten, oral anwendbaren Progesteron-Abkömmlingen von Djerassi und Colton und entschloss sich, deren ovulationshemmende Eigenschaft in klinischen Tests zu validieren. Dabei entschied er sich für den Einsatz des von Colton und der Firma Searle entwickelten Norethynodrels.⁹¹ Im Jahr 1954 begannen Pincus und Rock mit den ersten klinischen Studien an 50 freiwilligen Probandinnen, die vielversprechende Ergebnisse einbrachten: Bei allen Frauen blieb unter Einnahme des Progesterons eine Ovulation aus. Vor der Publikation dieser Ergebnisse entschlossen sich die beiden dennoch zunächst für weitere

⁸⁷ Vgl. Asbell (1998), S. 27ff.

⁸⁸ Vgl. Keldenich (2002), S. 58.

⁸⁹ Vgl. Asbell (1998), S. 31.

⁹⁰ Vgl. ebd., S. 174.

⁹¹ Vgl. Jütte (2003), S. 313.

Testreihen auf Puerto Rico. Die Insel war der ideale Ort dafür, da dort die Geburtenkontrolle im Gegensatz zu vielen anderen US-Staaten erlaubt und der Wunsch nach sicheren Verhütungsmitteln unter der Bevölkerung weit verbreitet war. Das Ergebnis war auch hier überwältigend: Schwangerschaften entstanden nur bei den Frauen, die die Einnahme vergessen hatten. Alle anderen blieben konzeptionslos. Allerdings klagten einige von ihnen über Nebenwirkungen der Therapie wie beispielsweise Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen. Pincus und Rock erreichten eine Linderung der Nebenwirkungen durch einen geringen Zusatz von Östrogen. Mit dieser Hormonzusammensetzung synthetisierte die Firma Searle größere Mengen eines Hormonpräparats, das den Namen Enovid erhielt.⁹² Nach Abschluss der Studien stand fest, dass ein oral einnehmbares Präparat gefunden war, das eine Ovulation und damit eine Schwangerschaft erfolgreich verhindern konnte, und dabei zumindest in dem kurzen Zeitraum von wenigen Jahren, während derer die Studien durchgeführt worden waren, keine gesundheitlichen Schäden bei den Anwenderinnen verursachte. Da Geburtenkontrolle und Empfängnisverhütung jedoch noch immer nicht legalisiert waren, beantragte Searle die Freigabe von Enovid 1957 zunächst nur als Medikament zur Behandlung von Menstruationsbeschwerden.⁹³ Das zugeführte Progesteron wirkte sich nämlich zusätzlich positiv auf das hormonelle Ungleichgewicht während der Periode und damit unterdrückend auf die Schmerzen aus. Ein Jahr nach der Markteinführung dieses Präparats setzte Pincus die Öffentlichkeit über die Möglichkeit in Kenntnis, bei regelmäßiger Einnahme der Progesteron-Östrogen-Kombination über drei Wochen hinweg, eine Ovulationshemmung und damit eine Schwangerschaftsverhütung zu erreichen.⁹⁴ Ende des Jahres 1959 nahmen bereits eine halbe Million Frauen in Amerika täglich Enovid. Ob der Grund für die Einnahme hierbei wirklich in menstruationsbedingten Beschwerden lag oder ob diese nur als Vorwand für die eigentlich gewünschte Wirkung der Antikonzeption galten, kann heute nicht mehr nachvollzogen

⁹² Vgl. Silies (2010), S. 70ff.

⁹³ Vgl. Jütte (2003), S. 314.

⁹⁴ Vgl. Scholz (1969), S. 45.

werden.⁹⁵ Aufgrund dieses großen Erfolgs wurde Enovid schließlich am 11. Mai 1960 offiziell als Verhütungsmittel eingeführt.⁹⁶ Damit war das Hormonpräparat Enovid der Firma Searle in Chicago mit einer Dosis von 9,85 Milligramm Norethinodrel und 0,15 Milligramm Mestranol das erste orale, hormonale Kontrazeptionsmittel der Welt.⁹⁷

2.4 Zwischen Kritik und Erfolg: Die Pille in der Bundesrepublik Deutschland

Die Einführung der oralen, hormonalen Antikonzeption in der Bundesrepublik Deutschland erfolgte bereits ein Jahr nach der Markteinführung von Enovid in den USA. Am 1. Juni 1961 war mit Anovlar, einem Produkt der Firma Schering AG, das erste europäische Präparat auf dem Markt. Mit einer Gestagen-Dosis von vier Milligramm Norethisteronazetat und einem Östrogenanteil von 0,5 Milligramm Ethinylestradiol enthielt Anovlar im Vergleich zu Enovid bereits eine um mehr als die Hälfte reduzierte Hormondosis.⁹⁸ Noch im selben Monat der Markteinführung des Präparats feierte die Zeitschrift *Stern* diese neue Art von Empfängnisverhütung dafür, dass damit vielen Frauen künftig eine neue Sexualität ohne jegliche Angst ermöglicht werden könne.⁹⁹ Bereits dieser erste Artikel bezeichnete die Verhütungstablette als Pille, eine der auch heute noch meistverwendeten Bezeichnungen für die orale, hormonale Antikonzeption. Die Pille, die auch entsprechend ihrer schwangerschaftsverhütenden Wirkung als Antibabypille bezeichnet wurde, blieb von da an in aller Munde. Im Gegensatz zur negativen Konnotation des Begriffs Antibabypille verlieh man der Pille in der DDR bei ihrer Einführung vier Jahre später den Begriff „Wunschkindpille“ und erreichte somit eine weitaus positivere Assoziation bei der Verwendung des

⁹⁵ Vgl. Asbell (1998), S. 209.

⁹⁶ Vgl. Jütte (2003), S. 314.

⁹⁷ Vgl. Keldenich (2002), S. 63.

⁹⁸ Vgl. ebd., S. 65.

⁹⁹ Vgl. Silies (2010), S. 7.

Produkts.¹⁰⁰

Dieser Stern-Artikel war es auch, der die Verhütungspille in der Bevölkerung bekanntmachte. Er führte zu einer Reihe von Diskussionen, viele befürwortende, aber auch kritische Stimmen zur Pille wurden laut.¹⁰¹ Zu den Kritikern zählte beispielsweise Alice Schwarzer, eine der bekanntesten Vertreterinnen der Neuen Frauenbewegung. Sie befürchtete, genau wie zahlreiche andere ihrer Meinungsvertreter, durch die zuverlässige Verhütung eine moralische Entgleisung bezüglich des Sexualverhaltens vieler Frauen. Schließlich ging dabei die Angst vor einer Schwangerschaft beim Geschlechtsverkehr verloren.¹⁰² Diese Befürchtung war nicht ganz unbegründet: Bereits seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland 1949 konnte verglichen mit der direkten Nachkriegszeit eine freizügigere Einstellung zum Geschlechtsverkehr festgestellt werden. Der bestehende Mangel an Männern, den der Zweite Weltkrieg auslöste, führte zu einem vielfach beobachteten Bild der alleinstehenden Frau als Familienoberhaupt. Sexuelle Beziehungen mit Verhütung außerhalb der Partnerschaft wurden folglich akzeptiert.¹⁰³ Als sich die Lebensumstände nach der Nachkriegszeit jedoch wieder normalisierten, änderten sich nach und nach auch die gesellschaftlichen Werte erneut. Die Familie als Institution gewann wieder an Bedeutung, partnerschaftliche Beziehungen wurden wertgeschätzt.¹⁰⁴ Gleichzeitig wandten sich die Menschen von der bisherigen traditionellen Rollenverteilung ab, in der Frauen vorrangig die Aufgabe der Kindererziehung innehatten. In den Jahren 1950 bis 1957 erhöhte sich die Zahl der erwerbstätigen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland von 7,9 auf 9,3 Millionen.¹⁰⁵ Die Situation der Jugendlichen in den 1950er Jahren spiegelte Mängel in der Sexualerziehung und Aufklärung wider. Viele Kinder wurden unehelich von Jugendlichen geboren oder Ehen mussten aufgrund bestehender Schwangerschaften im

¹⁰⁰ Vgl. Silies (2010), S. 97ff.

¹⁰¹ Vgl. ebd., S. 74f.

¹⁰² Vgl. ebd., S. 7f.

¹⁰³ Vgl. ebd., S. 39.

¹⁰⁴ Vgl. ebd., S. 43f.

¹⁰⁵ Vgl. ebd., S. 50.

jungen Alter geschlossen werden. Ebenso wurden teilweise Schwangerschaften beendet. Aufgrund der nationalsozialistischen Vorgeschichte, in der Abtreibungen zur Verhütung sogenannten „erbkranken Nachwuchses“ eingesetzt wurden, waren diese nun in der Bundesrepublik nur mit medizinischen Indikationen erlaubt.¹⁰⁶ Um dieser Situation Abhilfe zu schaffen, wurde 1952 die Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie e.V. gegründet, aus der sich später die noch heute bestehende Organisation *Pro Familia* entwickelte.¹⁰⁷ Das Unwissen über Sexualität war jedoch nicht nur unter Jugendlichen verbreitet. Selbst Ärzte der Bundesrepublik wiesen einen niedrigen Informationsstand darüber auf und waren wenig interessiert an Verhütungsmethoden, wie eine Umfrage unter norddeutschen Medizinern in der Mitte der fünfziger Jahre ergab.¹⁰⁸ Gleichzeitig und im Gegensatz dazu war der Wunsch nach zuverlässiger Verhütung, das belegten Umfragen in der Nachkriegszeit, in der Bevölkerung weit verbreitet.¹⁰⁹ Als schließlich 1961 die Antibabypille eingeführt wurde, war das derzeit meist genutzte Verhütungsmittel das Kondom. Die Verhütung mit Hormonen war demnach völliges Neuland. Überdies galt bis Ende der sechziger Jahre in der Bundesrepublik die sogenannte Himmlersche Polizeiverordnung, ebenfalls ein Relikt des Nationalsozialismus. Diese verbot die Werbung jeglicher Art für Produkte zur Empfängnisverhütung mit Ausnahme des Kondoms, das zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten eingesetzt werden sollte.¹¹⁰ So war es wenig verwunderlich, dass die Firma Schering AG bei der Markteinführung von Anovlar sehr umsichtig vorging: Das war der Grund, warum Anovlar zunächst lediglich als Medikament zur Behandlung von Menstruationsbeschwerden eingeführt wurde. Da die Kombination der Hormone die bestehende Hormonsituation im weiblichen Körper während der Menstruation positiv beeinflusst und die dadurch entstehenden Schmerzen lindern kann, war dieser

¹⁰⁶ Vgl. Silies (2010), S. 53.

¹⁰⁷ Vgl. Keldenich (2002), S. 44.

¹⁰⁸ Vgl. Silies (2010), S. 77.

¹⁰⁹ Vgl. ebd., S. 39.

¹¹⁰ Vgl. ebd., S. 58.

Umweg möglich. Die empfängnisverhütende Wirkung, für welche die Hormonkombination ursprünglich und hauptsächlich entwickelt wurde, war lediglich als Nebenwirkung des Präparats im Beipackzettel erwähnt.¹¹¹ Zudem gab die Firma Schering detaillierte Informationen über das Präparat zunächst ausschließlich an Gynäkologen weiter. Das Hormonpräparat wurde darüber hinaus nur verheirateten Frauen empfohlen, die bereits mindestens zwei Kinder geboren hatten.¹¹² Die Pille war kostenpflichtig und in dem Jahr ihrer Einführung für einen Preis von 8,60 Deutsche Mark pro Monat erhältlich.¹¹³ Außerdem war sie rezeptpflichtig und demnach für unverheiratete Frauen sehr schwer zu bekommen.¹¹⁴ Generell waren die Ärzte in den ersten Jahren nach der Markteinführung der Pille sehr zurückhaltend mit ihrer Verschreibung.¹¹⁵ Dies hatte zum einen medizinische Gründe, denn ihr Wissen über das neue Präparat war ähnlich spärlich wie das der Bevölkerung. Zum anderen hatten sie auch moralische Bedenken gegenüber möglichen Folgen beim Sexualverhalten Jugendlicher, die eine solch zuverlässige Verhütungsmethode mit sich bringen könnten.¹¹⁶ Die ersten Jahre der oralen hormonalen Kontrazeption in der Bundesrepublik Deutschland waren folglich geprägt von großer Unsicherheit und Bedenken über körperliche und moralische Auswirkungen. Auch die Endverbrauchermedien hielten sich mit Berichterstattungen über das neue Präparat zunächst zurück. Der anfangs erwähnte Artikel im Stern blieb für längere Zeit ein Einzelfall. Erst drei Jahre später berichteten auch einige andere Zeitschriften über die neue Verhütungsmethode.¹¹⁷ Die Unsicherheit über mögliche Nebenwirkungen verstärkte sich, als im August 1962 von Frauen in England und in den Vereinigten Staaten berichtet wurde, die unter der Einnahme von oralen hormonalen Kontrazeptiva Thrombosen und Embolien entwickelten. Als Ursache für diese lebensbedrohlichen Komplikationen wurden

¹¹¹ Vgl. Jütte (2003), S. 314.

¹¹² Vgl. Silies (2010), S. 78.

¹¹³ Vgl. ebd., S. 95.

¹¹⁴ Vgl. ebd., S. 89.

¹¹⁵ Vgl. ebd., S. 196.

¹¹⁶ Vgl. ebd., S. 219.

¹¹⁷ Vgl. ebd., S. 83ff.

die Hormone des Verhütungspräparats angesehen. Dies veranlasste die Firma Schering in der Bundesrepublik folglich dazu, sämtliche Werbung für Anovlar einstellen zu lassen.¹¹⁸ Auch in Deutschland erschienen daraufhin mehrere Artikel, die über gesundheitliche Risiken und mögliche körperliche Schädigungen der Pilleneinnahme berichteten. Im Fokus stand dabei besonders die Angst vor Thrombosen oder Embolien sowie vor Krebserkrankungen. Zahlreiche daraufhin veranlasste wissenschaftliche Studien ergaben ein bunt gemischtes Bild aus Belegen für die benannten Nebenwirkungen sowie Widerlegungen dieser.¹¹⁹ Einen der Höhepunkte der Debatte bildete die Ulmer Denkschrift, ein Protestschreiben, durch das deutsche Ärzte 1964 öffentlich ihren Widerstand gegen die Propagierung der Antibabypille und deren Anwendung aussprechen wollten. Ihr Ziel war es, einen moralischen Verfall der jugendlichen Verhaltensweisen zu verhindern.¹²⁰ Dies unterstrich zwar die bereits bestehende Diskussion über die Pille, dennoch bewertete eine Mehrheit von 69 Prozent der befragten Einwohner der Bundesrepublik wenige Jahre nach der Pilleneinführung diese als positiv. Nach weiteren negativen sowie auch positiven Artikeln und Diskussionen über Anovlar hatte 1966 das Wissen über das neue hormonale Kontrazeptivum schließlich alle Bürger Deutschlands erreicht.¹²¹ Mit dieser wachsenden Kenntnis stieg auch die Zahl der Nutzerinnen der Pille. Während die Pille von 1961 nach der Einführung bis 1966 eher verhalten genutzt wurde, konnte zwischen 1967 und 1972 ein rapider Anstieg der Anwendungszahlen beobachtet werden.¹²² Insbesondere jüngere Frauen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren mit höherem Bildungsniveau aus der mittleren bis oberen Sozialschicht nutzten in den sechziger Jahren die Pille. Außerdem kamen die meisten unter ihnen aus der Stadt und waren selten gläubig. Erst in den siebziger Jahren griffen auch immer mehr sozial schwächere sowie religiöse

¹¹⁸ Vgl. Silies (2010), S. 82.

¹¹⁹ Vgl. ebd., S. 139ff.

¹²⁰ Vgl. ebd., S. 210.

¹²¹ Vgl. ebd., S. 92ff.

¹²² Vgl. ebd., S. 103.

Frauen zur Pille.¹²³ Trotz bestehender kritischer Stimmen erfreute sich die Pille in den späten sechziger Jahren immer größerer Beliebtheit. Sie eröffnete eine Bandbreite an neuen Perspektiven, die zuvor als undenkbar galten: beispielsweise die Abstimmung der Familien- auf die Berufsplanung.¹²⁴ Auch die befürchtete promiskuitive Einstellung vieler unverheirateter Frauen aufgrund der Einnahme der Pille blieb aus, wie Daten zur Sexualität weiblicher Jugendlicher in den späten sechziger Jahren belegten.¹²⁵ Ein weiteres Phänomen, das den Folgen der Pillennutzung zugeschrieben wird, war der sogenannte *Pillenknick*. In der Mitte der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts begann erstmals seit 1964 die Zahl der Geburten zu sinken. Wurden 1963 noch 1,07 Millionen Kinder geboren, verzeichnete die Bundesrepublik Deutschland 1969 noch 900.000 und 1979 sogar nur noch 580.000 Geburten. Ob diese sinkenden Ziffern jedoch tatsächlich der Antibabypille zuzuschreiben waren, wurde unter Fachleuten diskutiert und ist bis heute nicht abschließend geklärt. Vielfach angenommen wird ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren, wie der Wandel der Rollenverteilung zwischen Mann und Frau und die Vereinbarkeit einer kinderreichen Familie mit der Berufstätigkeit beider Eltern, was zu einem Geburtenrückgang führte. Die Pille ist daran nicht unbeteiligt, wird jedoch mehr als ein Mittel für diese Entwicklung als eine Ursache dafür angesehen.¹²⁶ Ab 1973 bis zum Ende der siebziger Jahre blieben die Zahlen zur Pillennutzung schließlich konstant, 30 Prozent der westdeutschen Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren verhüteten in dieser Zeit mit der oralen hormonalen Kontrazeption. Die heftigste Kritik erfuhr die Antibabypille wohl von Seiten der katholischen Kirche. Diese wich auch mit der Einführung der Pille nicht von ihrem Verbot der Antikonzeption ab.¹²⁷ Dennoch zeigten Verkaufsstatistiken der Pille, dass diese auch in katholischen Ländern öfter zur Verhütung angewendet wurde als die von Seiten der Kirche empfohlenen natürlichen Methoden wie die

¹²³ Vgl. Silies (2010), S. 113.

¹²⁴ Vgl. ebd., S. 347f.

¹²⁵ Vgl. ebd., S. 175.

¹²⁶ Vgl. ebd., S. 113ff.

¹²⁷ Vgl. Jütte (2003), S. 281.

Enthaltbarkeit während der fruchtbaren Tage.¹²⁸ Parallel zur Kritik der Anhänger der katholischen Kirche entwickelte sich eine zweite kritikübende Fraktion. Mit zunehmendem Bewusstsein für den weiblichen Körper stiegen auch die Ängste vor physischen Folgen, die eine tägliche Einnahme von Hormonen mit sich bringen könnte. Viele Frauen nahmen die Antibabypille schon bald als ein Medikament wahr, welches massiv in ihren ursprünglichen, naturgegebenen Körper eingriff.¹²⁹ Um die Natürlichkeit ihres Körpers wiederzuerlangen, kehrten viele Anhängerinnen dieser Neuen Frauenbewegung zu natürlichen Verhütungsmethoden zurück, beispielsweise zur Temperaturmethode.¹³⁰ Nichtsdestotrotz blieb die Pille auch in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre das am meisten genutzte Verhütungsmittel in der Bundesrepublik und erreichte 1976 sogar das Maximum der Anzahl der Frauen, die oral hormonal verhüteten.¹³¹ Schätzungen zufolge beugten Ende der neunziger Jahre weltweit etwa 60 bis 80 Millionen Frauen mit der Pille einer Konzeption vor; zu dieser Zeit enthielt sie bereits nur noch ein Sechstel der Hormondosis von Anovlar.¹³² Die Antibabypille wurde so zu einer der wichtigsten Methoden der Verhütung, die auch in der heutigen modernen Medizin eine herausragende Rolle spielt.

2.5 Wunschkindpille: Die Geburt von Ovoston in der DDR

Die Einführung der oralen hormonalen Antikonzeption in der DDR erfolgte nur wenige Jahre nach der Markteinführung in der Bundesrepublik Deutschland. Bevor die DDR mit der eigenen Produktion des Verhütungsmittels begann, wurde zunächst ein Präparat der Firma Organon importiert.¹³³ Diese war nach

¹²⁸ Vgl. Jütte (2003), S. 290.

¹²⁹ Vgl. Keldenich (2002), S. 114.

¹³⁰ Vgl. Silies (2010), S. 412.

¹³¹ Vgl. ebd., S. 416.

¹³² Vgl. Köstering (1996), S. 132ff.

¹³³ Vgl. Hahn (2000), S. 246.

der Schering AG das zweite Pharmaunternehmen der Bundesrepublik, das mit der Produktion von oralen Verhütungsprodukten begann. Ihr Präparat Lyndiol wurde 1962 veröffentlicht und der DDR zum Import angeboten.¹³⁴ Lyndiol war nach seiner Einführung in der DDR zunächst nur für Frauen indiziert, denen eine Schwangerschaft gesundheitlich massiv schaden würde und die somit auf zuverlässige Verhütung angewiesen waren. Die eigene Produktion der oralen hormonalen Kontrazeption in der DDR begann schließlich drei Jahre später.¹³⁵ Mit Ovosiston war 1965 das erste eigene hormonelle Verhütungspräparat der DDR auf dem Markt. Entwickelt wurde es von Jenapharm VEB in Thüringen, dem damals einzigen Betrieb in der DDR, der Hormonpräparate herstellte. Ermöglicht wurde diese Herstellung durch die Entdeckung Alfred Schuberts im Jahr 1953: Aus Schweinegalle, einem Produkt, das selbst die rohstoffarme DDR in Massen vorweisen konnte, gelang ihm die Synthese von Steroidhormonen. Dadurch war der Weg für die staatseigene Hormonproduktion geebnet. Für die Markteinführung von Ovosiston als eigenes Präparat der DDR gab es unterschiedliche Gründe: Zum einen war ein starker Wunsch der Frauen vorhanden, die die importierte Pille bereits eingenommen hatten, diese weiternehmen zu wollen. Zum anderen sollte die DDR der erste Staat im Ostblock sein, der die Pille herstellte, wenn schon der „Klassenfeind“ der erste Staat war, dem dies im Westen gelang.¹³⁶ Eine entscheidende Rolle bei der Markteinführung in der DDR spielte außerdem Karl-Heinz Mehlan. Der Sozialhygieniker beschäftigte sich insbesondere mit Fragen zur Familienplanung, im Rahmen derer er sich für den Kampf gegen Abtreibung sowie den bewussten Wunsch zur Familiengründung einsetzte und damit auch für die Einführung der hormonalen Kontrazeption kämpfte.¹³⁷ Mit einer Gestagen-Dosis von zwei Milligramm Chlormadinonazetat und einem Östrogenanteil von 0,1mg Mestranol war Ovosiston bereits deutlich

¹³⁴ Vgl. Silies (2010), S. 82.

¹³⁵ Vgl. Hahn (2000), S. 246.

¹³⁶ Vgl. Schwarz (1996), S. 153f.

¹³⁷ Vgl. Hahn (2000), S. 244f.

dosisreduzierter als Anovlar.¹³⁸ Die temporäre empfängnisverhütende Wirkung war hier verglichen mit dem europäischen Präparat nicht mehr als Nebenwirkung, sondern bereits als Indikation aufgeführt, dort allerdings an letzter Stelle. Als Hauptindikationen waren Zyklusstörungen, Endometriosen, Ovarialzysten oder andere, die weibliche Fruchtbarkeit betreffende Krankheiten angegeben. Auch in der DDR durfte das Hormonpräparat zunächst nur von einigen Gynäkologen unter dem Gesichtspunkt medizinischer Indikationen verschrieben werden, allerdings dauerte es nicht lange, bis es nahezu allen Frauen der DDR möglich war, Ovosiston für 3,50 DDR-Mark pro Monat zu erwerben.¹³⁹ Diese Wunschkindpille erreichte in der DDR bald das positive Image, das ihr dortiger Name bereits suggerierte. Die zuverlässige und einfach anzuwendende Empfängnisverhütung überzeugte rasch viele Frauen der DDR, dementsprechend stiegen die Verkaufszahlen der Pille bis 1972 kontinuierlich an.¹⁴⁰ Außerdem hatte auch der Staat großes Interesse am Erfolg der Pille, mit Hilfe derer man in der medizinischen Forschung den internationalen Anschluss gewährleisten konnte. So wurde das Verhütungspräparat in das Programm des Gesundheitsschutzes integriert, da die Antikonzeption zu große physische Belastungen für die Frau durch zu schnell aufeinanderfolgende Geburten verhindern könne.¹⁴¹ Die Rolle der Pille als Medikament zur Prävention vor möglichen Gesundheitsschäden ließ demnach die Zahl ihrer Befürworter in der DDR weiter steigen.¹⁴² Dies spiegelte sich auch in der Anzahl ihrer Verkäufe wider: Während in den ersten zwei Jahren nach Markteinführung insgesamt knapp unter einer Million Monatspackungen ausgegeben wurden, waren es 1968 bereits zweieinhalb Millionen und ein Jahr später sogar vier Millionen Packungen. Von fünf Millionen verkauften Packungen im Jahr 1970 stieg die Zahl auf neun Millionen ein Jahr später, bis sie 1972 ihr Maximum mit über dreizehn Millionen verkauften Monatspackungen erreichte. Verglichen mit den

¹³⁸ Vgl. Mehlan (1972), S. 110.

¹³⁹ Vgl. Schwarz (1996), S. 154f.

¹⁴⁰ Vgl., ebd., S. 155.

¹⁴¹ Vgl. Hahn (2000), S. 282.

¹⁴² Vgl. ebd., S. 282.

Bevölkerungszahlen der DDR nutzen folglich im Jahr 1986 zehn Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter die orale hormonale Verhütungsmethode.¹⁴³ Im Zusammenhang mit dem Anstieg der Absatzzahlen stand auch die freizügigere Vergabe des Präparats. Bis zum Jahr 1970 war die Pille nur für Frauen im Alter von mindestens 18 Jahren zugelassen. Dieses Mindestalter wurde in den folgenden Jahren auf 16 Jahre herabgesetzt und ab 1972 wurde die Pille zwar rezeptpflichtig, aber kostenlos an alle Altersgruppen ausgegeben.¹⁴⁴ Dem Staat war es gelungen, das positive Ansehen der Wunschkindpille in der Bevölkerung durchzusetzen. Die Pille wurde nicht als Medikament gegen ungewollte Schwangerschaften angesehen, sondern als Präparat für gewünschte Schwangerschaften zum richtigen Zeitpunkt.¹⁴⁵ Sie wurde zum Symbol der starken und unabhängigen Frau in der sozialistischen DDR. Negativ besetzte Assoziationen wie Sünde und Prostitution, wie sie in der Bundesrepublik von einigen mit der Pille verbunden wurden, spielten in der DDR keine Rolle. Nicht zuletzt zeigten Umfragen aus dem Jahr 1990, dass folglich insgesamt mehr Frauen der DDR die Pille nutzen als Frauen der BRD.¹⁴⁶ Bis zum Ende der DDR 1989 wurden insgesamt neun hormonale Verhütungspräparate der Firma Jenapharm AG angeboten, die Pille blieb die Verhütungsmethode der Wahl. Das staatlich propagierte Prinzip der Wunschkindpille war aufgegangen.¹⁴⁷

¹⁴³ Vgl. Schwarz (1996), S. 155ff.

¹⁴⁴ Vgl. Hahn (2000), S. 282.

¹⁴⁵ Vgl. Henning (1984), S. 109.

¹⁴⁶ Vgl. Jütte (2003), S. 317f.

¹⁴⁷ Vgl. Schwarz (1996), S. 161f.

3 Kontrazeption in der DDR zwischen Politik und Gesellschaft

Dieses Kapitel beschäftigt sich genauer mit den sozialpolitischen und demographischen Entwicklungen der DDR. Hierbei werden auch der Einfluss der oralen hormonalen Antikonzeption und die Regelung zum Schwangerschaftsabbruch untersucht. Die Stellung der Frau wird dargestellt, mit einem besonderen Schwerpunkt auf traditionellen Rollenverteilungen und der Berufstätigkeit der Frau in Zusammenhang mit ihrer Aufgabe als Mutter. Auch die Situation der Jugendlichen bezüglich Sexualerziehung, Geschlechtsverhalten und Einstellung zur Antikonzeption spielt hierbei eine Rolle. Frauen und junge Mädchen der DDR werden dabei in verschiedenen Kategorien mit denen der Bundesrepublik Deutschland verglichen. Ein wichtiger Schwerpunkt wird auch auf die Rolle der Ärzte gelegt, insbesondere deren Beziehung zu den Bürgern, ihre Einstellung zu Antikonzeption und Aborten und ihre Rolle im Staats- und Gesundheitssystem der DDR.

3.1 Familienplanung als Parteiprogramm: Gesellschaftspolitik in der DDR

Auf dem Gebiet der sowjetischen Besatzungszone wurde am 7. Oktober 1949 die DDR gegründet. Der Kommunist Wilhelm Pieck wurde zum Präsident der Republik gewählt, Otto Grotewohl wurde erster Ministerpräsident. Beide waren, wie auch weitere wichtige zukünftige Amtsinhaber, Mitglieder der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED). So entwickelte sich die DDR ähnlich der Sowjetunion zu einer kommunistischen Einparteienherrschaft. Die Partei verfügte demnach über den gesamten Staatsapparat. Mit der Kontrolle über Justiz, Wirtschaft und Medien existierte keinerlei politische Freiheit der

Bürger.¹⁴⁸ In den Anfangsjahren der DDR in den Jahren 1949 und 1950 dominierten Schwangerschaftsabbrüche das Bild der Familienplanung. Zur Empfängnisverhütung konnten Kondome verwendet werden, eine zuverlässigere Kontrazeption gab es zu dieser Zeit jedoch nicht.¹⁴⁹ Außerdem wurden in dieser Zeit zusätzlich die Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch erweitert. Frauen durften eine Schwangerschaft in den ersten drei Monaten fortan nicht mehr nur aus medizinischen, eugenischen oder ethischen Gesichtspunkten abtreiben, sondern auch aus einer sogenannten sozialmedizinischen Indikation. Somit waren beispielsweise auch schlechte Wohnverhältnisse ein ausreichender Grund, die Schwangerschaft abzurechnen. Der daraus erhoffte Rückgang der Anzahl illegal durchgeführter Aborte blieb aus, die sozialmedizinische Indikation wurde hingegen zum häufigsten Grund für Abtreibungen.¹⁵⁰ Um dieser Art der Familienplanung entgegenzuwirken, wurde 1950 das *Gesetz zum Schutz von Mutter und Kind* verkündet, welches sozialmedizinische und ethische Gründe als Indikationen zum Abort verbot. Dieses Gesetz versprach mehr Erfolg, die Anzahl der Aborte fiel, während die Anzahl der Geburten demnach stieg.¹⁵¹ Die eugenische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, also dem Schwangerschaftsabbruch bei großer Wahrscheinlichkeit für den Nachwuchs an einer Erbkrankheit zu leiden, blieb bestehen. Hieraus ergab sich die Forderung einer Sterilisation in dieser Situation, um wiederholte Schwangerschaftsabbruch einer Frau zu verhindern.¹⁵² Eine gesetzliche Grundlage hierfür gab es zu diesem Zeitpunkt in der DDR nicht.¹⁵³ Insbesondere wollte man auch einen Bezug zum nationalsozialistischen *Gesetz zur Verhütung erbranken Nachwuchses* verhindern.¹⁵⁴ Thematisiert wurde das Thema der Sterilisation zunächst während einer Arbeitstagung von Ärztlichen Direktoren und Chefärzte im Mai

¹⁴⁸ Vgl. Weber (2012), S. 28ff.

¹⁴⁹ Vgl. Stumpe (1995), S. 11.

¹⁵⁰ Vgl. ebd., S. 11.

¹⁵¹ Vgl. ebd., S. 12f.

¹⁵² Vgl. Hahn (2000), S. 207f.

¹⁵³ Vgl. ebd., S. 209.

¹⁵⁴ Vgl. ebd., S. 201.

1958 in Leipzig. Als rechtfertigender Grund einer Sterilisation wurde die Gesundheit der Frau genannt, die nicht durch mehrfache Schwangerschaftsabbrüche gefährdet werden sollte.¹⁵⁵ Da der Begriff der „Eugenik“ in der Nachkriegszeit häufig mit der nationalsozialistischen Rassenhygiene assoziiert wurde, verwendete man stattdessen die Bezeichnung „Erbmedizin“, die sich nicht auf das ganze Volk sondern individuell auf die Frau beziehen sollte.¹⁵⁶ Entscheidenden Einfluss auf die Debatte hatte zudem das 1959 in der BRD erschienene Buch von Ernst Hanack „Die strafrechtliche Zulässigkeit künstlicher Unfruchtbarmachungen“, indem die Schaffung der gesetzlichen Grundlage der Sterilisation als existenziell für einen Staat beschrieben war.¹⁵⁷ Schließlich verabschiedete das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR 1969 die „Instruktion über die irreversible Kontrazeption bei der Frau“, mit der eine Sterilisation für Frauen legalisiert war, bei denen reversible Kontrazeptiva versagten und deren Leben durch eine Schwangerschaft bedroht war.¹⁵⁸ Das *Gesetz zum Schutz von Mutter und Kind*, welches die Grundlage der dargestellten Entwicklungen war, spiegelte bereits die außerordentliche Stellung wider, die der Geburtenregelung in der Demokratischen Republik zuteil kam, und zeigte das von der Parteiführung immer wieder stark propagierte Ziel der kinderreichen Familien.¹⁵⁹ In den Anfangsjahren der Republik konnte dieses Ziel jedoch nicht verwirklicht werden. Studien zur Bevölkerungsreproduktion in der DDR zeigen in den Jahren von 1952 bis 1958 zwar ein Plus von 70.000 Neugeborenen im Verhältnis zu Gestorbenen, dennoch war die Gesamtfruchtbarkeit, also die Anzahl der gebärfähigen Frauen im Vergleich zur Anzahl der Geburten, um acht Prozent verringert. Ursache hierfür war vermutlich der Einfluss des Zweiten Weltkrieges, unter dem weniger Schwangerschaften und somit auch weniger Geburten verzeichnet werden konnten.¹⁶⁰ Auch die Anzahl der Aborte hatte sich zwar

¹⁵⁵ Vgl. Hahn (2000), S. 209f.

¹⁵⁶ Vgl. ebd., S. 210.

¹⁵⁷ Vgl. ebd., S. 213f.

¹⁵⁸ Vgl. ebd., S. 215f.

¹⁵⁹ Vgl. Henning (1984), S. 31f.

¹⁶⁰ Vgl. ebd., S. 34.

verringert, dennoch kam im Jahr 1955 Untersuchungen zufolge auf drei Geburten eine Abtreibung. Eine Besserung des Zustandes erhoffte man sich bereits zu dieser Zeit in der Entwicklung einer zuverlässigen Empfängnisverhütung. Außerdem sollten gezielte sozialpolitische Maßnahmen Abhilfe schaffen. So erhöhte man beispielsweise im Jahr 1958 die materielle Unterstützung für Schwangere und konnte ein Jahr später einen Anstieg der Geburtenziffern erreichen.¹⁶¹ Zur gleichen Zeit gründete der Rostocker Sozialhygieniker Karl-Heinz Mehlan den Arbeitskreis *Gesunde Familie* und war somit einer der ersten, der sich gezielt mit der Bekämpfung des Aborts und den Möglichkeiten zur Kontrazeption beschäftigte. Sein besonderes Interesse galt der Verbreitung dieser Themen unter der Ärzteschaft, daher sorgte er für ärztliche Fortbildungen auf dem Gebiet der Sexualkunde. Außerdem errichtete er Ehe- und Sexualberatungsstellen, um auch die Bevölkerung mit diesen Themen zu erreichen. Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland wurde die Himmlersche Polizeiverordnung auf dem Gebiet der damaligen DDR bereits im Jahr 1945 aufgehoben. Somit war die Verbreitung von antikonzepionellen Mitteln erlaubt und die DDR konnte seitdem offener mit dem Thema der Kontrazeption umgehen.¹⁶² Während in den Anfangsjahren der DDR die Geburtenziffern noch nicht hoch genug waren, um die Reproduktion der Bevölkerung zu gewährleisten, änderte sich dies 1959. In diesem Jahr begann die Zahl der Lebendgeborenen zu steigen, bis im Jahr 1963 mit 310.000 Lebendgeborenen die maximale Geburtenzahl in der Geschichte der DDR erreicht wurde.¹⁶³ Dieser Anstieg war nicht zuletzt den zahlreichen geburtenfördernden Maßnahmen zu verdanken, die in der Republik unternommen wurden. In der DDR, einem sozialistischen Staat, war es das erklärte Ziel der Parteiführung, eine maximale Bevölkerungszahl zu erreichen, um damit die Arbeitsproduktivität des Volkes zu gewährleisten. Die Geburtenregelung wurde somit als entscheidende gesundheitspolitische

¹⁶¹ Vgl. Mehlan (1964a), S. 59ff.

¹⁶² Vgl. Mehlan (1972), S. 237f.

¹⁶³ Vgl. Henning (1984), S. 35.

Maßnahme propagiert, in deren Mittelpunkt der Wunsch nach einer kinderreichen Familie stehen sollte.¹⁶⁴ Mit einer Bevölkerungsdichte von 158 Bürgern pro Quadratkilometer war die DDR bereits das am dichtesten bevölkerte sozialistische Land. Europaweit gesehen war die DDR das drittbevölkerungsreichste Land, hinter der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien.¹⁶⁵ Dennoch sollte die Beihilfe zur Familienplanung stets optimiert werden. In der Nachkriegszeit herrschte eine wirtschaftliche Notlage, Kriegsschäden dominierten das Bild. Zudem herrschte aufgrund von zahlreichen Kriegsgefallenen ein Mangel an Männern. Deren Arbeitskraft wurde jedoch dringend benötigt, um eine neue Industrie aufzubauen. Eine Lösung dieses Dilemmas bestand in der Miteinbeziehung von Frauen ins Arbeitsleben.¹⁶⁶ Somit kam der Familienpolitik in der DDR eine besondere Bedeutung zu und auch die Rolle der Frau in der DDR war eine besondere. Die Gründungsverfassung 1949 erhielt demnach den Grundsatz der Gleichberechtigung.¹⁶⁷ Somit waren beispielsweise das Recht auf gleichen Lohn für gleiche Arbeit und der besondere Schutz bei Mutterschaft gewährleistet.¹⁶⁸ Außerdem wurden 1952 auf Veranlassung der SED Betriebsfrauenausschüsse (BFA) gegründet, scheinbar mit dem Ziel einer Vertretung der Interessen erwerbstätiger Frauen gegenüber der Betriebsleitung. Die eigentliche Intention der politischen Maßnahmen war jedoch hier bereits die Möglichkeit der Einflussnahme der politischen Führung auf die Betriebe.¹⁶⁹ In den folgenden Jahren wurde das Ziel des Anstieges der Zahlen von berufstätigen Frauen auf eine zunehmende Qualifizierung dieser und Optimierung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf erweitert. 1965 wurde mit Verabschiedung des Familiengesetzbuches ein Leitbild der sozialistischen Familie verfasst.¹⁷⁰ Ehe und Familie und gleichzeitige Erwerbstätigkeit

¹⁶⁴ Vgl. Mehlan (1964a), S. 8f.

¹⁶⁵ Vgl. Mehlan (1972), S. 192.

¹⁶⁶ Vgl. Leo, König (2015), S. 9.

¹⁶⁷ Vgl. Trappe (1995), S. 37f.

¹⁶⁸ Vgl. ebd., S. 55.

¹⁶⁹ Vgl. ebd., S. 56.

¹⁷⁰ Vgl. ebd., S. 38.

verheirateter Frauen und Mütter bildeten dabei den Mittelpunkt.¹⁷¹ Zahlreiche politische Maßnahmen hatten dabei nicht die scheinbare Emanzipation und das Wohl der Frau zum Ziel sondern die Etablierung einer definierten Strukturpolitik.¹⁷² So wurde beispielsweise die Zahl der Plätze in den Kindergärten und Kinderheimen erhöht, Urlaub für werdende Mütter wurde vor und nach der Entbindung gewährleistet und Arbeitsbelastungen wie Nachtdienste oder schwere körperliche Arbeiten wurden minimiert.¹⁷³ Doch nicht nur der Kinderreichtum in Familien wurde gefördert, auch alleinstehende Frauen wurden in ihrer Mutterrolle unterstützt. Als Auswirkung des Zweiten Weltkrieges war in der DDR der bereits erwähnte, große Mangel an jungen Männern zu verzeichnen. Besonders in der Altersgruppe der bis zu 37-Jährigen dominierte das weibliche Geschlecht. Infolgedessen war es vielen Frauen nicht möglich zu heiraten, weshalb sie ihrem Kinderwunsch nur durch unehelich geborene Kinder nachkommen konnten.¹⁷⁴ Um auch dies zu ermöglichen, wurden weitere zahlreiche sozialpolitische Maßnahmen unternommen. So hatten alleinerziehende Frauen beispielsweise Vorrechte auf Krippenplätze oder erhielten materielle Unterstützung in Krankheitsfällen des Kindes.¹⁷⁵ Diese Maßnahmen führten nicht nur zu einem Anstieg der Geburtenrate lediger Frauen, die scheinbar emanzipatorische Rolle der Frau in der DDR konnte somit ausgebaut werden und diese konnten ihren Kinderwunsch trotz Berufstätigkeit und fehlendem Partner realisieren.¹⁷⁶

Der Effekt dieser Maßnahmen zeigte sich in Untersuchungen des Jahres 1964 zu den Geburtenziffern. Während die zunehmende Berufstätigkeit der Frau in anderen sozialistischen Staaten zu einem Rückgang der Geburten führte, war in der DDR eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten: Bei knapp 90 Prozent der Erstgeburten waren die Mütter berufstätig und selbst bei Geburten von vierten Kindern war immer noch die Hälfte der Frauen im Berufsleben aktiv.

¹⁷¹ Vgl. Trappe (1995), S. 63.

¹⁷² Vgl. ebd., S. 39.

¹⁷³ Vgl. Mehlan (1964a), S. 221f.

¹⁷⁴ Vgl. Mehlan (1972), S. 194f.

¹⁷⁵ Vgl. ebd., S. 176.

¹⁷⁶ Vgl. Henning (1984), S. 81.

Im Durchschnitt wurden in der DDR demnach 70 Prozent der Kinder von arbeitenden Frauen geboren.¹⁷⁷ Der bereits erwähnte 1958 gegründete Arbeitskreis *Gesunde Familie* wurde im Jahr 1963 erweitert, mit dem zusätzlichen Ziel möglichst viele Mediziner und Bürger mit den Themen der Sexualforschung und der Geburtenregelung zu erreichen. Im Rahmen dieses Ausbaus gelang Mehlan die Einrichtung einer ganzen Sektion in der Deutschen Gesellschaft für Hygiene. Diese Sektion mit dem Namen *Ehe und Familie* beschäftigte immer mehr Mediziner, Psychologen und Pädagogen, die sich für Maßnahmen zur gezielten Familienplanung einsetzten. So wurden die ersten Ehe- und Sexualberatungsstellen errichtet, an die sich Bürger mit Fragen zur Sexualität, Abortproblematik oder ähnlichen Themen wenden konnten. Außerdem wurden sogenannte Rostocker Fortbildungstage etabliert, die seit dem Jahr 1965 jährlich abgehalten wurden, um über Fragen der Ehe- und Sexualberatung zu diskutieren. So garantierte man das umfangreiche Wissen von Mitarbeitern und Ärzten der Beratungsstellen über die genannten Themen.¹⁷⁸ Langfristige Ziele dieser Tagungen waren die bewusste Einstellung zur Familie und den gezielten Wunsch zu Schwangerschaften innerhalb der Ehepartner zu erreichen. Ein weiteres Ziel war die Erziehung der Jugendlichen. Diese sollten besonders auf dem Gebiet der Sexualität eine umfangreiche Aufklärung erhalten. Auch mit dem Thema der Antikonzeption beschäftigten sich die Fortbildungstage. Hier wurde ausdrücklich der Wunsch nach zuverlässiger Kontrazeption geäußert. Diese sollte als präventive Maßnahme zur Geburtenregelung und bewusste Entscheidung für ein Kind dienen und besonders Ärzte sollten in der Lage sein, Ehepartner kompetent über Möglichkeiten zur Verhütung zu beraten.¹⁷⁹ Mit ihrer Forderung nach zuverlässigen kontrazeptionellen Methoden trug die Sektion *Ehe und Familie* schließlich entscheidend zur Herstellung der ersten hormonalen Kontrazeption in der DDR im Jahr 1965 bei.¹⁸⁰ Das Jahr der Einführung der hormonalen

¹⁷⁷ Vgl. Mehlan (1972), S. 199.

¹⁷⁸ Vgl. ebd., S. 238.

¹⁷⁹ Vgl. Mehlan (1964a), S. 240.

¹⁸⁰ Vgl. Mehlan (1972), S. 243.

Antikonzeption in der DDR stellte gleichzeitig einen Umschwung im Bevölkerungsgeschehen dar. Nachdem die Zahl der Geborenen im Jahr 1963 auf ein Maximum gestiegen war, begann sie in den darauffolgenden Jahren wieder zu sinken. Sie fiel so weit, bis im Jahr 1969 erstmalig die Zahl der Gestorbenen höher als die Zahl der Neugeborenen war.¹⁸¹ In den Jahren später stellte sich zwar wieder ein Gleichgewicht ein, dennoch konnte bis zum Jahr 1975 kein Anstieg der Geburten mehr erreicht werden.¹⁸² Im Jahr 1965 wurde außerdem eine Änderung des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch vorgenommen. Mit dem *Gesetz zum Schutz von Mutter und Kind* waren seit dem Jahr 1950 soziale oder ethische Gründe als Indikationen zum Abort verboten. Diese Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch wurden nun gelockert, indem mehr Faktoren für die Legalität eines Abortes in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft berücksichtigt wurden. So wurden zum einen die Lebenssituation und zum anderen die psychische und physische Verfassung der werdenden Mutter in die Entscheidung miteinbezogen. Bestanden in diesen Bereichen erstzunehmende Schwierigkeiten, die eine gesunde Entwicklung des Kindes gefährdeten, konnte ein Abort auf Wunsch der Mutter erlaubt werden.¹⁸³

Gründe für den Rückgang der Geburtenrate wurden viele genannt. Laut Meinung des Sozialhygienikers Karl-Heinz Mehlan waren die Einführung der Empfängnisverhütung und die offenere Regelung des Aborts allerdings keine möglichen Ursachen. Er sah in diesen Maßnahmen lediglich Instrumente zur Festlegung der optimalen Familienplanung.¹⁸⁴ Inwiefern diese Beurteilung eines starken Befürworters zur Kontrazeption jedoch neutral ist, kann nur gemutmaßt werden. Mehlan sieht in dem Rückgang der Geburten nicht die Senkung der Geburtenfreudigkeit als Ursache, sondern eine niedrige Anzahl an Frauen in den Altersgruppen, in denen sonst die höchsten Geburtenziffern zu finden sind. Diese Verringerung ließ sich anhand von demographischen Zahlen bestätigen.

¹⁸¹ Vgl. Henning (1984), S. 35f.

¹⁸² Vgl. Hahn (2000), S. 274f.

¹⁸³ Vgl. Stumpe, Weller (1995), S. 12.

¹⁸⁴ Vgl. Mehlan (1972), S. 198.

Während beispielsweise im Jahr 1959 noch 146.000 Frauen im Alter von 21 Jahren in der DDR lebten, waren es acht Jahre später bereits nur noch 70.000 Frauen im genannten Alter. Die Fruchtbarkeitsziffer, die Anzahl der Geburten bezogen auf 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter, blieb hingegen einigermaßen konstant. Dies konnte die Annahme Mehlan bestätigen, die Gesamtzahl der Geburten sei lediglich rückläufig aufgrund der Verringerung der Gesamtzahl geburtenfähiger Frauen.¹⁸⁵ Auch andere Autoren sahen darin die Ursache der rückläufigen demographischen Entwicklung. Außerdem wurden der Frau durch die Einführung einer zuverlässigen Empfängnisverhütung einige neue Möglichkeiten eröffnet. So konnte sie den Zeitpunkt ihrer Mutterrolle selbst bestimmen. Nicht wenige realisierten daher zunächst ihren Berufswunsch, was die Stellung der Frau veränderte.¹⁸⁶ Dennoch blieb die traditionelle Rollenverteilung der Frau als Verantwortliche für die Kindererziehung erhalten, was dazu führte, dass Frauen häufig, die Doppelrolle der berufstätigen Frau und Mutter einnahmen. Viele der Frauen waren dadurch gefordert und wollten eine zusätzliche Belastung durch eine zu hohe Kinderzahl vermeiden.¹⁸⁷ Dies blieb nicht das einzige Problem der Familienplanung in der DDR. Um die Entwicklung und Reproduktion der Republik gewährleisten zu können, mussten weitere Probleme erkannt und gelöst werden. Eines davon war das Alter, in dem in der DDR Ehen eingegangen wurden. Dieses war verglichen mit anderen europäischen Staaten sehr gering. So ging bei den unter 21-Jährigen ein stetig steigender Anteil den Bund der Ehe ein. Das Hauptmotiv hierfür war die voreheliche Schwangerschaft, die bei unter 18-Jährigen keine Seltenheit war. Problematisch war, dass ein Großteil dieser Frühehen geschieden werden musste, da die Beteiligten zu jung für mögliche Konflikte in der Partnerschaft waren und den Ausweg hierfür nur in einer Scheidung sahen. Somit wuchsen viele Kinder mit nur einem Elternteil auf und die Gründung von Mehrkindfamilien wurde gehemmt. Eine Lösung für dieses Problem sah man besonders in der

¹⁸⁵ Vgl. Mehlan (1972), S. 197f.

¹⁸⁶ Vgl. Henning (1984), S. 36ff.

¹⁸⁷ Vgl. ebd., S. 65.

Verbreitung des Wissens über die korrekte Anwendung antikonzeptioneller Maßnahmen.¹⁸⁸ Ein anderer Trend, der in der DDR beobachtet werden konnte, war die Neigung zur Einkindfamilie und sogar zur kinderlosen Ehe.¹⁸⁹ Untersuchungen des Jahres 1964 ergaben, dass in 50 Prozent aller Mehrpersonenhaushalte keine Kinder lebten und dass zehn Prozent aller Kinder Einzelkinder waren. Einzelkinder wurden in der DDR als äußerst problematisch angesehen, da diese von ihren Eltern ein Zuviel an Erziehung Besorgtheit erhalten. Außerdem fehle es ihnen am Umgang mit anderen Kindern, wodurch ihr Charakter oft egoistische Züge annehmen könnte.¹⁹⁰ Die Förderung des Wunsches nach mehreren Kindern galt demnach als wichtiges Ziel der Familienplanung. Junge Frauen und Männer sollten besser auf ihre Rolle als Eltern vorbereitet werden, die verbreitete Angst vor körperlichen Schäden durch zu viele Geburten musste gelindert werden und besonders die Frau sollte von der Erfüllung und dem Glücksgefühl einer Geburt überzeugt werden.¹⁹¹ Weiterhin sollten alle Kinder, die in der DDR geboren wurden, Wunschkinder sein. Kinder sollten bewusst erst dann gezeugt werden, wenn die Partnerschaft der Eltern soweit gefestigt war, dass sie ein Kind mit Harmonie und Liebe empfangen konnten. Dies sollte mit der gezielten Anwendung der Wunschkindpille und durch kompetente ärztliche Beratung hierfür ermöglicht werden. Nicht nur der optimale Zeitpunkt für die Geburt, sondern auch der bestmögliche Abstand zwischen den Geburten wurde in der DDR gefördert. Ein zu kurzer Abstand führte nämlich des Öfteren zum gewünschten Abort des Kindes, da Psyche und Gesundheit der Mutter hierbei beeinträchtigt werden könnten. Ein zu großer Altersabstand zwischen den Geschwistern führte jedoch wiederum zur bereits angesprochenen Problematik des Einzelkinds. Untersuchungen zufolge konnte ein Abstand von zwei Jahren zwischen den Geburten als sinnvoll angesehen werden.¹⁹² Mit einem durchschnittlichen

¹⁸⁸ Vgl. Mehlan (1972), S. 204ff.

¹⁸⁹ Vgl. ebd., S. 206.

¹⁹⁰ Vgl. ebd., S. 203f.

¹⁹¹ Vgl. ebd., S. 207f.

¹⁹² Vgl. ebd., S. 209f.

Kinderwunsch in der DDR von 2,1 Kindern pro Ehe, konnte die mehrkindorientierte Sozialistische Einheitspartei nicht zufrieden sein. Daher mussten die Gründe analysiert und beseitigt werden, die gegen eine kinderreichere Familie sprachen. Ein Grund hierfür war beispielsweise das zu hohe Alter der Mutter.¹⁹³ Somit propagierte die Regierung ein Alter von 20 bis 25 Jahren als das günstigste gebärfähige Alter von Frauen. Im besten Fall sollte die Familienplanung in diesem Zeitraum erfolgen.¹⁹⁴ Um eine Überbelastung der Frau zu vermeiden, wurde außerdem geraten, die Haushaltspflichten gleichmäßig auf beide Geschlechter zu verteilen.¹⁹⁵ Ein weiterer entscheidender Grund für die Ablehnung mehrerer Kinder waren die nicht zufriedenstellenden Wohnverhältnisse in der DDR.¹⁹⁶ Insbesondere junge Mütter hatten keine eigene Wohnung und Frauen mit mehr als zwei Kindern eine ungenügend große Wohnung zur Verfügung.¹⁹⁷ Die Beseitigung dieser sozialgesellschaftlichen Probleme war Ausgangspunkt für weitere familienpolitische Maßnahmen der Sozialistischen Einheitspartei. Der Wohnungsmangel wurde versucht zu beseitigen, außerdem wurden die Kapazitäten der Kindertagesstätten weiter ausgebaut, um werkstätige Mütter zu entlasten.¹⁹⁸ Den berufstätigen Müttern wurde des Weiteren ein freier Tag pro Monat gewährt, der sogenannte Haushaltstag. Familien mit mehreren studierenden Kindern wurden subventioniert und Familien mit vier oder mehr Kindern erhielten Zuschüsse bei der Mietaufbringung für ausreichend große Wohnungen.¹⁹⁹ Die durchschnittliche Kinderzahl sollte mit dem sogenannten Drei-Kinder-Modell angehoben werden. Prämien für jede Geburt wurden ausgestellt, materiell unterstützt wurden hierbei besonders Geburten innerhalb einer Ehegemeinschaft.²⁰⁰ Die finanziellen Unterstützungen stiegen mit Höhe der Kinderzahl an. So erhielten Ehepaare im Jahr 1969 beispielsweise 20 DDR-

¹⁹³ Vgl. Henning (1984), S. 87f.

¹⁹⁴ Vgl. ebd., S. 63.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S. 78.

¹⁹⁶ Vgl. ebd., S. 90.

¹⁹⁷ Vgl. Henning et al. (1991), S. 351.

¹⁹⁸ Vgl. Hahn (2000), S. 277.

¹⁹⁹ Vgl. Mehlan (1972), S. 176f.

²⁰⁰ Vgl. Hahn (2000), S. 277.

Mark im Monat für das erste oder zweite Kind, aber bereits 50 DDR-Mark für das dritte Kind und für jedes folgende Kind weitere zehn DDR-Mark pro Monat mehr.²⁰¹ Diese Maßnahmen zeigten schließlich Erfolg, denn ab dem Jahr 1975 konnte ein Anstieg besonders der Geburten von dritten Kindern beobachtet werden.²⁰² In den siebziger Jahren, genauer im Jahr 1972, erfuhr außerdem das Gesetz zur Schwangerschaftsverhütung eine erneute Umwandlung. Am 9. März des genannten Jahres wurde die sogenannte Fristenregelung in der DDR eingeführt. Damit war für jede Frau der Schwangerschaftsabbruch legalisiert. Bedingungen hierfür waren, diesen Abort innerhalb der ersten zwölf Wochen ab dem Zeitpunkt des ersten Tages der letzten Menstruation und durch ärztliche Betreuung in einer gynäkologischen Abteilung durchführen zu lassen. Bei zeitlicher Überschreitung mussten schwerwiegende Indikationen vorliegen, die einen Abort legalisierten. Bezahlt wurde der Abort von der Sozialversicherung. Diese Fristenregelung wurde nach dem Vorbild der östlichen Länder eingeführt, in denen diese Regelung bereits seit Ende der sechziger Jahre bestand. Ziel der Einführung dieser Regelung in die DDR war es, den sich entwickelnden sogenannten Abtreibungstourismus aufzuhalten, da viele DDR-Bürger aufgrund der bestehenden Verhältnisse einen Abort im Osten durchführen ließen.²⁰³ Im ersten Jahr nach Einführung des Gesetzes stieg die Zahl der Aborte auf das Fünffache an. Doch dieser Anstieg ging im Gegensatz zu dem der östlichen Länder in den darauffolgenden Jahren bereits wieder zurück. Das aufgebaute Netz der Ehe- und Sexualberatungsstellen und der einfache Zugang zur oralen hormonalen Antikonzeption verhinderten, dass die Familienplanung mit Hilfe der Aborte durchgeführt wurde.²⁰⁴ Schließlich erreichte die DDR außerdem ein weiteres Ziel: Der Wissensvorsprung der Bundesrepublik in Themen wie Vererbung, pränataler Diagnostik und Humangenetik konnte endlich aufgeholt werden. Im Jahr 1975 konnte die DDR erstmals seit 1963 wieder einen Geburtenanstieg verzeichnen. Dieser hielt an, bis in der DDR im Jahr 1979

²⁰¹ Vgl. Mehlan (1972), S. 176.

²⁰² Vgl. Hahn (2000), S. 277.

²⁰³ Vgl. Stumpe, Weller (1995), S. 13ff.

²⁰⁴ Vgl. ebd., S. 16f.

schließlich der Anteil an Neugeborenen erstmalig wieder seit 1969 höher war als der Anteil an Gestorbenen. Dieses Geburtenwachstum kann als unmittelbare Wirkung der zahlreichen sozialpolitischen Maßnahmen der Sozialistischen Einheitspartei angesehen werden.²⁰⁵ Der überwiegende Anteil an Neugeborenen hielt bis zum Ende der DDR im Jahr 1990 an.²⁰⁶ Auch die sozialpolitischen Maßnahmen wurden nicht beendet, sondern im Gegenteil weiter ausgebaut. So wurde beispielsweise der Schwangerschaftsurlaub von 18 auf 26 Wochen verlängert, Frauen wurden bis zu einem Jahr nach der Geburt bezahlt freigestellt und junge Ehepaare erhielten zur Unterstützung ihrer Familiengründung einen Kredit, der zinslos war und außerdem nicht in voller Höhe rückerstattet werden musste.²⁰⁷ Das Hauptaugenmerk der medizinischen Aufgaben der DDR lag weiterhin auf der Förderung des Kinderwunsches und in der Möglichkeit zur freien Gestaltung der Familienplanung mithilfe der Anwendung der zuverlässigen hormonalen Verhütung.²⁰⁸ Besonders die Ärzte der Republik wurden mit diesen Aufgaben vertraut. Insbesondere Gynäkologen sollten eine kompetente Hilfe bei Fragen der Familienplanung leisten und Schwangerschaftsabbrüche, aber auch ungewollten Kinderreichtum galt es zu verhindern.²⁰⁹ In Bezug auf die Geburtenzahlen waren die ärztlichen Beratungen erfolgreich, der Anteil an unerwünschten Schwangerschaften war zu dieser Zeit jedoch im Verhältnis zum einfachen Zugang zu zuverlässiger Verhütung relativ hoch.²¹⁰ Die Maßnahmen zeigten allerdings noch zwei weitere Erfolge: Zum einen konnte das Alter der Mutter zum Zeitpunkt ihrer ersten Geburt vorverlegt werden, zum anderen konnte die Säuglingssterblichkeit in der DDR rascher gesenkt werden als in der BRD.²¹¹ Die demographische Weiterentwicklung der DDR zeigte, dass in den achtziger Jahren erneut ein Geburtenrückgang zu verzeichnen war. Der Überschuss an Geburten blieb

²⁰⁵ Vgl. Henning (1984), S. 36ff.

²⁰⁶ Vgl. Hahn (2000), S. 278.

²⁰⁷ Vgl. Henning (1984), S. 99.

²⁰⁸ Vgl. ebd., S. 135.

²⁰⁹ Vgl. Hahn (2000), S. 280f.

²¹⁰ Vgl. Henning (1984), S. 105.

²¹¹ Vgl. Mehlan (1964a), S. 225.

zwar bestehen, dennoch konnte kein ausreichendes Bevölkerungswachstum gewährleistet werden. Immer noch wurden zu wenig dritte Kinder geboren und in einem Jahr etwa 75.000 der Schwangerschaften abgebrochen. Um den Kern dieses Problems weiter zu erforschen, wurden von der Karl-Marx-Universität in Leipzig in der DDR Umfragen unter Wöchnerinnen durchgeführt. Die Entwicklungen der Demographie wurden festgestellt, indem die Befragungen zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden. Die erste Befragung fand im Jahr 1978 statt, die zweite 1984 und die letzte zum Ende der DDR im Jahr 1990. Verschiedene Gesichtspunkte wurden hierbei näher beleuchtet. Ein Aspekt war die Altersverteilung. Hierbei zeigte die Untersuchung eine Verschiebung des Durchschnittsalters der ersten Geburt in höhere Altersgruppen. Der Anteil der Mütter an unter 18-Jährigen war bis zum Jahr 1990 rückläufig. Hingegen war der Anteil an ledigen Müttern zunehmend. Während er im Jahr 1978 noch 20 Prozent betrug, erreichte er 1990 bereits 30 Prozent. Die zahlreichen sozialunterstützenden Maßnahmen für alleinerziehende Mütter zeigten folglich Wirkung. Unverändert war der Anteil an berufstätigen Müttern. Dieser war zu allen Zeitpunkten mit 97 Prozent sehr hoch. Diese hohe Zahl der Erwerbstätigkeit rührte zum einen von der veränderten Rolle der Frau und ihrer beruflichen Gleichstellung mit dem Mann her, zum anderen waren viele Frauen gezwungen zu arbeiten, um entscheidende Beiträge zum Familieneinkommen liefern zu können. Immer mehr Wöchnerinnen wünschten sich allerdings eine Verkürzung ihrer Arbeitszeit nach der Geburt, was die steigende Belastung der Frau in der DDR durch ihre Doppelrolle als Mutter und Werkstätige zeigte.²¹² Bei der Gesamtanzahl der Geburten musste ein Rückgang festgestellt werden. Im Jahr 1978 wurden insgesamt 2.700 Kinder geboren, während es im Jahr 1990 nur noch 1.450 Kinder waren. Grund für diesen Rückgang war allerdings auch der Rückgang von Frauen im gebärfähigen Alter, denn die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau verringerte sich nicht. Dies waren in den Jahren 1978 und 1984 jeweils 1,6 Kinder und 1,7 Kinder im Jahr 1990. Die Anzahl der Geburten

²¹² Vgl. Henning et al. (1991), S. 343ff.

von dritten oder weiteren Kindern erhöhte sich im Laufe der Jahre sogar um sechs Prozent. Allerdings waren auch zunehmend mehr Schwangerschaften ungewollt, insgesamt wurden 15 Prozent aller Kinder, besonders dritte Kinder, ungeplant geboren. Außerdem zeigten die Untersuchungen, dass Mütter von drei oder mehr Kindern zum einen am häufigsten in Scheidung lebten, zum anderen auch die niedrigste Bildung und das geringste Einkommen aufweisen konnten. Befragungen zur gewünschten Kinderzahl zeigten, dass diese im Laufe der Jahre konstant bei zwei Kindern pro Familie lag. Ungelernte Wöchnerinnen und Wöchnerinnen in fortgeschrittenem Alter gaben hierbei eine höhere gewünschte Kinderzahl an. Die Zahl tatsächlich geborener Kinder lag dennoch etwas niedriger als zwei, wodurch die Reproduktion der Bevölkerung nicht gewährleistet werden konnte.²¹³ Auffallend bei den Befragungen war die hohe Zahl der Frauen, die bereits einen Abort durchführen ließ. So bejahten ein Fünftel der befragten Wöchnerinnen im Jahr 1990 die Frage nach einem bereits erfolgten Abort. Des Weiteren trugen den Umfragen zufolge lediglich 41 Prozent eine ungewollte Schwangerschaft aus.²¹⁴ Die gesellschaftliche Situation der DDR lässt sich auch mit einem Vergleich zur Situation in der BRD anschaulich darstellen. Obwohl sich das Alter der Frauen in der DDR bei ihrer ersten Geburt im Laufe der Jahre in höhere Altersgruppen verlagert hatte, lag es dennoch einige Jahre unter dem der Frauen in der BRD. Dort war der Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft einerseits abhängig von der Dauer der Ausbildung, andererseits vom Aufbau stabiler Familienverhältnisse. Die meisten der Frauen im Westen mit Universitätsabschluss planten keine Schwangerschaft vor diesem Abschluss, der durchschnittlich etwa im Alter von 25 Jahren erlangt wurde. Ganz anders war hingegen die Situation im Osten. Dort wurden die Frauen jung und oft auch ungeplant schwanger. Eine Schwangerschaft im Alter von 19 Jahren war nicht außergewöhnlich und eine abgeschlossene Familiengründung mit dem 35. Lebensjahr demnach gängig. Gründe hierfür waren beispielsweise die Möglichkeiten zur Vereinbarung von Familie und

²¹³ Vgl. Henning et al. (1991), S. 346ff.

²¹⁴ Vgl. ebd., S. 352.

Beruf, was im Westen nur schwer möglich war. Des Weiteren wurden die Werte einer Beziehung im Osten und Westen anders definiert. Frauen im Westen legten viel Wert auf die Wahl des Partners und auf die Entscheidung, ein Kind mit diesem zu zeugen. Erst wenn diese Beziehung gefestigt war und sich beide einer Zukunft sicher waren, wurde der Wunsch nach Kindern realisiert. Junge Paare im Osten hingegen kannten sich weniger lang, bis sie diesen Wunsch realisierten. Im Falle eines Bruchs der Partnerschaft erfuhren die Frauen in der DDR auch als ledige Mütter genügend staatliche Unterstützung.²¹⁵ Auch bezüglich der Religiosität der Bürger in der DDR und der BRD lassen sich Unterschiede feststellen. Der Glaube und die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft traten in der DDR in den Hintergrund. Die Verbreitung einer sozialistischen Einstellung war höchstes Ziel der Sozialistischen Einheitspartei in der DDR, andere Meinungsvertreter, wie etwa religiöse Gruppen, waren Störfaktoren, die sogar bekämpft wurden. So bezeichnen sich 69 Prozent der Ostdeutschen als atheistisch und nur acht Prozent geben an, in einem religiösen Elternhaus groß geworden zu sein. 20 Prozent der jungen Leute der heutigen neuen Bundesländer glauben eigenen Angaben zufolge an Gott. Im Gegensatz dazu sind es in derselben Altersgruppe in der BRD 55 Prozent. Dies spiegelt die übergeordnete Stellung wider, die das religiöse Leben in der Bundesrepublik einnahm.²¹⁶ Interessant ist auch die Betrachtung des unterschiedlichen Verhaltens Jugendlichen der heutigen westlichen Bundesländer mit dem der östlichen, den heutigen neuen Bundesländern. Ein Vergleich in gezielten Kategorien kann Auswirkungen der damaligen gesellschaftlichen Zustände in der DDR aufzeigen. Ein wichtiges Thema ist hier beispielsweise die Sexualpädagogik. Sowohl bei Jugendlichen der westlichen als auch bei Jugendlichen der östlichen Bundesländer fällt in Umfragen ein erhebliches Informationsdefizit bezüglich der zur Geschlechtsreife führenden Vorgänge in ihrem Körper auf.²¹⁷ Die Wissenslücken der Jugendlichen der kann

²¹⁵ Vgl. Helferich, Kandt (1996), S. 63ff.

²¹⁶ Vgl. Kluge, Osthoff (2003), S. 115.

²¹⁷ Vgl. ebd., S. 121.

durch ihre starke Verbundenheit zur Religion erklärt werden.²¹⁸ Die Unwissenheit der Jugendlichen der neuen Bundesländer kann durch deren mangelnde Sexualerziehung in der Schule erklärt werden. Im Westen erhielten vier Fünftel der Befragten Sexualunterricht, während dies in den östlichen Bundesländern auf weniger als die Hälfte zutrifft.²¹⁹ Ein weiteres interessantes Thema ist die Rolle der Ärzte bezüglich der Sexualerziehung. Ebenso wie die Ärzte der DDR bereits große Verantwortung in Fragen der Familienplanung übernahmen, vertrauen die Jugendlichen der neuen Bundesländer auch heute noch Ärzten bei Themen der Sexualität mehr als dies bei Jugendlichen im Westen der Fall ist.²²⁰

Wie erfolgreich die DDR mit dem Ausbau ihres Netzes an Beratungsstellen war, zeigt sich, wenn man die Situation zum Ende der DDR betrachtet: Im Jahr 1990 existierten etwa 200 dieser Ehe- und Sexualberatungsstellen und zusätzlich etwa 15 zur Diakonie gehörende Ehe- und Familienberatungsstellen.²²¹ Die in der DDR gegründete Sektion Ehe und Familie schloss sich mit der im Westen 1952 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. zusammen. Aus ihnen wurde 1991 die noch heute bestehende Organisation Pro Familia.²²²

²¹⁸ Vgl. Kluge, Osthoff (2003), S. 118.

²¹⁹ Vgl. ebd., S. 124.

²²⁰ Vgl. ebd., S. 135.

²²¹ Vgl. Stumpe, Weller (1995), S. 74.

²²² Vgl. Jütte (2003), S. 246.

3.2 Staatliche propagierte Wunschkindpille: Über die orale hormonale Antikonzeption in der DDR

Bereits im zweiten Kapitel dieser Arbeit wurde auf die Pille in der DDR eingegangen. Hier aber spielt nun nicht die Geschichte und ihre Entwicklung eine Rolle, sondern wie Staat, Gesellschaft und Ärzteschaft ihr begegneten. Auf die Einführung der Pille in den USA reagierte man in der DDR zunächst skeptisch. Schnell wurde jedoch der Handlungsbedarf hinsichtlich Familienplanung im eigenen Land erkannt.²²³ Der Staat war daher sehr an einer positiven Rezeption der Pille unter den Frauen interessiert.²²⁴ Direkt nach der Einführung dieser Kontrazeption wurde ihr so in öffentlichen Schriften der positiv assoziierte Name *Wunschkindpille* verliehen. Dieser ließ bereits ihre Hauptaufgabe erahnen: Die Pille sollte Geburten nicht verhindern, sondern für erwünschte Schwangerschaften zu einem geeigneten Zeitpunkt sorgen.²²⁵ Die Tatsache der zunächst hinter den Erwartungen zurückbleibenden Verkaufszahlen der Pille im Jahr nach ihrer Einführung förderte zudem die Notwendigkeit weiterer positiver Werbung.²²⁶ Das Gesundheitsministerium und die Ärzteschaft berieten sich daher zu den Ursachen der bislang schlechten Verkaufszahlen. Das Ergebnis: Die Pille war zu teuer, die Bevölkerung nicht genügend über sie informiert und die Skepsis vor möglichen Nebenwirkungen weit verbreitet – und zum Teil war diese auch in der Ärzteschaft vorherrschend. Das Ministerium für Gesundheitswesen setzte daraufhin einige Maßnahmen um, um den genannten Ursachen Abhilfe zu schaffen: Der Verkaufspreis von Ovoston wurde um die Hälfte gesenkt, Bezirksärzte wurden dazu aufgerufen, ihren Patientinnen die Pille zu empfehlen und über sie aufzuklären.²²⁷ Die hormonale Empfängnisverhütung wurde vom Staat in das Konzept der prophylaktischen Medizin aufgenommen und war somit ein wichtiger Teil der

²²³ Vgl. Leo, König (2015), S. 84.

²²⁴ Vgl. ebd., S. 9ff.

²²⁵ Vgl. Schwarz (1996), S. 149f.

²²⁶ Vgl. Leo, König (2015), S. 81ff.

²²⁷ Vgl. ebd., S. 81.

Gesundheitspolitik.²²⁸ Die Pille sollte als gesundheitsfördernde Maßnahme angesehen werden, die den weiblichen Körper beispielsweise vor zu schnell aufeinanderfolgenden Schwangerschaften schützte. Außerdem sollte diese geburtenregelnde Maßnahme bewusst den Wunsch nach Kindern stärken.²²⁹ Diese Meinung vertrat insbesondere Karl-Heinz Mehlan, der sich nicht nur für die Einführung der Pille einsetzte: Er förderte in den darauffolgenden Jahren außerdem die großzügige Anwendung der Empfängnisverhütung. Mit dem Recht jeder Frau auf Schutz ihrer Gesundheit rechtfertigte er auch den Schutz vor ungewollten Schwangerschaften mit Hilfe der Anwendung von Kontrazeption. Ärzte sollten demnach die Antikonception in ihre alltägliche Behandlungspraxis mit einbeziehen.²³⁰ Zudem wurden auch die Medien dazu eingesetzt, ein positives Bild der Pille zu vermitteln. Bisher hatte das Thema in der Presse kaum Beachtung gefunden, nun aber wurden zahlreiche Artikel von Ärzten abgedruckt, die Ovosiston als gesundheitlich unbedenklich anpriesen und das gefürchtete Krebsrisiko verneinten. Und das obwohl so kurz nach Markteinführung des Präparats noch keine Studien über die Langzeitwirkung vorliegen konnten.²³¹ Generell muss hier angemerkt werden, dass die Medienlandschaft der DDR kein Ort der Diskussion war, an dem unterschiedliche Interessen und Ansichten auf fachlicher Basis reproduziert werden konnten. Stattdessen gab es genaue Vorschriften, wie sich die Medien zu verhalten hatten.²³² In den Beipackzetteln von Ovosiston waren folglich auch keine Nebenwirkungen genannt, zudem informierten die verschreibenden Mediziner die Anwenderinnen auch nur in seltenen Fällen über mögliche unerwünschte Wirkungen.²³³ Darüber hinaus wurden Nebenwirkungen gezielt kleingeredet: Zum einen wurde die Information verbreitet, dass das Auftreten von Nebenwirkungen mit der Intelligenz der Anwenderin in Zusammenhang stünde.²³⁴ Zum anderen widersprachen Fachinformationen der Mediziner den

²²⁸ Vgl. Hahn (2000), S. 271.

²²⁹ Vgl. Mehlan (1964a), S. 138.

²³⁰ Vgl. ebd., S. 9.

²³¹ Vgl. Leo, König (2015), S. 140ff.

²³² Vgl. ebd., S. 244f.

²³³ Vgl. ebd., S. 162f.

²³⁴ Vgl. ebd., S. 164.

Erfahrungen der Anwenderinnen, beispielsweise im Hinblick auf die Nebenwirkung der Gewichtszunahme. Während Fachartikel diese als reversibel einstufen, konnten Anwenderinnen dies in der Praxis nicht feststellen.²³⁵ Wurden mögliche Nebenwirkungen als Thema aufgegriffen, so nur, um Gegenargumente gegen sie ins Feld zu führen und sie zu zerstreuen. Da der Arzt als einziger und vor allem angesehener, glaubwürdiger Informationslieferant galt, stellten die Anwenderinnen diese Informationen nicht in Frage.²³⁶ Auffällig war auch, dass einige Ärzte sich kurz zuvor öffentlich noch kritisch zu Ovosiston geäußert hatten, nun aber in Artikeln ihre Meinung ins Gegenteil verkehrten. Die Mitarbeit der Ärzte hatte einen entscheidenden Anteil am nun folgenden Erfolg der Pille.²³⁷ In der Folge wurde die Wunschkindpille bereits Ende der sechziger Jahre zum Mittel der Wahl in der Empfängnisverhütung der DDR.²³⁸ Die eben genannte Tatsache der Meinungswechsel einiger Ärzte war nicht die einzige Verquickung der Mediziner mit dem Staat. So testete beispielsweise Gunter Göretzlehner, Assistenzarzt an der Universität Rostock, die Pille – im Auftrag von Jenapharm VEB. Sein Interesse an einer Popularität der Pille unter Frauen war durch diese Position nicht verwunderlich. Doch längst nicht alle Ärzte engagierten sich in einem solch hohen Maß wie Göretzlehner.²³⁹ Trotz ihres zunehmend positiven Ansehens gingen viele Mediziner zunächst vorsichtig mit ihrer Verschreibung um. Frauen bekamen das hormonale Kontrazeptivum beispielsweise nur nach eingehender vorheriger gynäkologischer Untersuchung verschrieben. Damit konnte überprüft werden, ob mögliche Kontraindikationen bestanden, bei denen eine Einnahme der Pille zu riskant gewesen wäre. Viele Kontraindikationen wurden in den ersten Jahren nach Markteinführung des Präparates diskutiert. Im Vordergrund stand dabei zum einen die vorzeitige Beendigung des Längenwachstums durch einen zu frühen Schluss der Epiphysenfugen. Die Vorstellung, dass synthetische Steroide bei Jugendlichen mit noch fehlendem

²³⁵ Vgl. Leo, König (2015), S. 163.

²³⁶ Vgl. ebd., S. 162ff.

²³⁷ Vgl. ebd., S. 140ff.

²³⁸ Vgl. Schwarz (1996), S. 149f.

²³⁹ Vgl. Leo, König (2015), S. 97.

abgeschlossenem Wachstum einen Bremseffekt erzielen könnten, wurde jedoch zeitnah verworfen. Belegt werden konnte dagegen eine weitere Kontraindikation: Die tägliche Einnahme von Hormonen führte zu einem erhöhten Risiko an thromboembolischen Prozessen. Daher wurde bei Bestehen weiterer Risikofaktoren für Thrombosen von einer zusätzlichen Einnahme der Pille abgeraten. Diese Risikofaktoren waren zum Beispiel Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas oder Nikotinabusus. Abgesehen von letzterem waren diese Risikofaktoren in der Altersgruppe mit der häufigsten Pilleneinnahme jedoch sehr selten. Somit war die Pille in der DDR zwar rezeptpflichtig, die Einnahme wurde jedoch fast allen Frauen ohne Kontraindikationen und ohne Kinderwunsch empfohlen.²⁴⁰ Im Gegensatz zu den anfänglichen Verkaufsschwierigkeiten und einer gewissen Skepsis wurde die Einnahme der Pille dank gezielter Propagandamaßnahmen schnell zur Normalität. Bereits unter den Anfang der 1960er geborenen Frauen wurde sie als unabdingbarer Bestandteil einer Partnerschaft und Verhütung angesehen. Auch wenn die Anwenderinnen durchaus Nebenwirkungen spüren konnten, wurden diese hingenommen. Dies auch vor dem Gedanken, dass eine unerwünschte Schwangerschaft wesentlich gravierendere Einflüsse auf die Anwenderin haben würde.²⁴¹ Darüber hinaus wurde die Anwendung der Pille sogar propagiert, um die mütterliche Leistungsfähigkeit zu gewährleisten, indem sie für den idealen Geburtenabstand sorgte. Außerdem beobachteten viele Frauen durch die Einnahme der Hormone eine Libidosteigerung. Diese wirkte sich wiederum positiv auf die Partnerschaft aus. Damit war die Pille in einigen Kreisen als Hilfe zur Harmonisierung der Beziehung angesehen.²⁴² Dies stand im Gegensatz zur kritischen Haltung in der BRD, wo moralische Entgleisungen im Sexualverhalten von Frauen aufgrund der Anwendung zuverlässiger Verhütung befürchtet wurden. Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zum Sexualverhalten Jugendlicher in der DDR widerlegten dies. Demnach war

²⁴⁰ Vgl. Ahrendt (1991), S. 78ff.

²⁴¹ Vgl. Leo, König (2015), S. 124f.

²⁴² Vgl. Hahn (2000), S. 283.

beispielsweise die Zahl der Geschlechtspartner der Frauen, die hormonale Verhütung anwendeten, nicht signifikant erhöht, verglichen mit der Anzahl an Frauen, die nicht verhüteten.²⁴³ Karl-Heinz Mehlan bezeichnete die Empfängnisverhütung darüber hinaus sogar als moralische Maßnahme der Gesellschaft gegenüber, da sie für eine geplante, verantwortungsbewusste Elternschaft sorgte.²⁴⁴ Des Weiteren stelle die Pille insbesondere für die Frau eine psychische Entlastung dar, indem sie sie vor einer ehelosen Mutterschaft oder sogar vor eine Frühehe aufgrund einer Schwangerschaft bewahren könne. Außerdem befreie sie Frauen von den Gewissensbissen einer Abtreibung. Letztlich erhöhe sie selbst die Freude an der Sexualität, da diese nicht mehr den Beigeschmack von ungewollten Folgen tragen müsse.²⁴⁵ In einem weiteren Bereich lässt sich die negativere Haltung gegenüber der Pille in der BRD im Gegensatz zur DDR feststellen: Ursachen für negative Auswirkungen auf das Bevölkerungswachstum wurden in der BRD der Einnahme der Pille zugeschrieben. Der sogenannte Pillenknick als Phänomen der BRD, der nahelegte, dass die Pille für den Rückgang der Geburtenzahlen verantwortlich sei, existierte in der DDR nicht. Auch hier musste zwar ein Geburtenrückgang nach Einführung der Pille verzeichnet werden, allerdings wurde die Empfängnisverhütung nicht als Ursache dafür angesehen.²⁴⁶ Des Weiteren konnte bereits Anfang der siebziger Jahre erneut ein Gleichgewicht an Neugeborenen und Gestorbenen erreicht werden.²⁴⁷ Gesellschaftliche Auswirkungen der Pille, die auch in der DDR beobachtet wurden, waren zum einen eine Verschiebung der ersten und zweiten Geburt in ein höheres Alter der Frauen. Zum anderen wurden folglich weniger Kinder pro Frau geboren.²⁴⁸ Die Diskussion um moralische und gesellschaftliche Folgen der Pille wurde zu Beginn der siebziger Jahre abgelöst von einer aufkommenden Diskussion um mögliche Nebenwirkung der Hormoneinnahme. Durch mehrere langfristige

²⁴³ Vgl. Ahrendt (1991), S. 80.

²⁴⁴ Vgl. Mehlan (1972), S. 142.

²⁴⁵ Vgl. ebd., S. 233.

²⁴⁶ Vgl. ebd., S. 198.

²⁴⁷ Vgl. Hahn (2000), S. 274.

²⁴⁸ Vgl. Henning (1984), S. 41.

Erfahrungen mit der Einnahme der Pille entstanden zwangsläufig auch mehr beobachtete Nebenwirkungen. Diese wurden in zahlreichen populärwissenschaftlichen Artikeln publiziert und lösten somit Angst und Unsicherheit unter der Bevölkerung aus. Auch die Ärzte zeigten im Verschreibungsverhalten der Pille teilweise noch einige Unsicherheiten. So interpretierten sie zu viele Symptome als Nebenwirkungen der Pille und rieten den Frauen ohne Absprache mit dem Gynäkologen zum Absetzen dieses Verhütungsmittels.²⁴⁹ Einer Umfrage zufolge gaben im Jahr 1978 beispielsweise elf Prozent der Frauen an, die Pille auf ärztliches Anraten abgesetzt zu haben. Im Jahr 1984 waren dies sogar 18 Prozent, obwohl die Kontraindikationen in diesem Zeitraum nicht erweitert wurden.²⁵⁰ Insgesamt war auch bei der Diskussion um Nebenwirkungen der Unmut über die Pille in der DDR wesentlich geringer als in der BRD. Eine Modifizierung der Rezeptur brachte die Diskussion in der DDR bereits kurze Zeit später zum Erliegen. Von nun an war der Umgang mit der hormonalen Empfängnisverhütung in der DDR noch selbstverständlicher. Während das Mindestalter der Pillenverschreibung bis zum Jahr 1970 noch 18 Jahre betrug, wurde es daraufhin auf 16 Jahre herabgesetzt bis es im Jahr 1972 in der DDR schlussendlich keine Altersbeschränkung mehr gab.²⁵¹ Ein Großteil der Bevölkerung der DDR vertrat hierbei die Meinung, dass eine Geburt in jungen Jahren wesentlich schädlicher sei als die Einnahme der Pille. Darüber hinaus bekamen junge Mädchen in der DDR vorrangig die niedriger dosierten Präparate, die folglich weniger Nebenwirkungen auslösten.²⁵² Dennoch gab es auch in der DDR einen geringen Anteil an Frauen, die eine Einnahme der Pille bewusst verweigerten. Einer der Hauptgründe hierfür war besonders die Angst vor möglichen Nebenwirkungen oder gesundheitlichen Folgeschäden. Eine verstärkte Ablehnung der hormonalen Empfängnisverhütung ließ sich besonders unter Studenten, Schülern und Lehrlingen erkennen.²⁵³ Teilweise lehnten Frauen die

²⁴⁹ Vgl. Henning (1984), S. 214f.

²⁵⁰ Vgl. Henning et al. (1991), S. 351.

²⁵¹ Vgl. Hahn (2000), S. 282.

²⁵² Vgl. Ahrendt (1991), S. 78ff.

²⁵³ Vgl. Henning et al. (1991), S. 351f.

Einnahme der Pille auch aus politischen Gründen ab. Da der Staat die Wunschkind-Thematik so stark propagierte, konnte die Ablehnung der Wunschkindpille als Protest angesehen werden.²⁵⁴ Nichtsdestotrotz war die hormonale Art der Verhütung mit einem Anteil von 84 Prozent die beliebteste Art der Verhütung.²⁵⁵ Das Kondom hingegen spielte eine immer stärker untergeordnete Rolle und fand besonders unter Jugendlichen kaum eine Erwähnung mehr.²⁵⁶ Die Erkenntnis der positiveren Einstellung zur Pille in der DDR im Vergleich zur BRD spiegelt sich auch in heutigen Umfragen zwischen Jugendlichen der neuen und alten Bundesländer wider. Demnach ist die Pille auch heute noch bei Mädchen aus dem Osten Deutschlands beliebter. So nehmen 74 Prozent der Mädchen aus der ehemaligen DDR die Pille, wohingegen es im Westen lediglich 61 Prozent der Mädchen sind.²⁵⁷ Darüber hinaus empfehlen drei Viertel der Mütter aus dem Osten ihren Töchtern die Einnahme der Pille, im Westen sind es nur zwei Drittel.²⁵⁸ Die orale hormonale Antikonzepktion erreichte in der DDR demnach einen weitaus höheren Stellenwert als in der BRD.²⁵⁹ Die Pille wurde dort zum Symbol der starken und unabhängigen Frau in der sozialistischen DDR. Negativ besetzte Symbole wie Sünde und Prostitution, die in der Bundesrepublik von vielen mit der Pille assoziiert wurden, spielten in der DDR keine Rolle.²⁶⁰ Insgesamt verhüteten 40 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter in der DDR mit der Pille. Damit gehörte die DDR zu einem der führenden Länder bezüglich der Anwendung der hormonalen Antikonzepktion.²⁶¹ Das staatlich propagierte Prinzip der Wunschkindpille hatte funktioniert.²⁶²

²⁵⁴ Vgl. Leo, König (2015), S. 67ff.

²⁵⁵ Vgl. Henning (1984), S. 109.

²⁵⁶ Vgl. Henning et al. (1991), S. 352.

²⁵⁷ Vgl. Kluge, Osthoff (2003), S. 150.

²⁵⁸ Vgl. ebd., S. 198.

²⁵⁹ Vgl. BZgA (2003), S. 303.

²⁶⁰ Vgl. Jütte (2003), S. 317f.

²⁶¹ Vgl. Henning (1984), S. 20.

²⁶² Vgl. Schwarz (1996), S. 161f.

3.3 Die Ärzteschaft und die DDR – ein enges Beziehungsgeflecht

Die Lage nach Ende des Zweiten Weltkriegs war katastrophal. Insbesondere die medizinische Versorgung war von einer unzureichenden Versorgungssituation gekennzeichnet, die die Verbreitung von bakteriellen Infektionen und sexuell übertragbaren Krankheiten förderte. Zu den steigenden Zahlen der Erkrankten an Typhus, Seuchen und anderen Krankheiten kam außerdem ein massiver Ärztemangel, da viele Ärzte aus Angst vor der Roten Armee aus den östlichen Gebieten in den Westen geflohen waren. Der Wiederaufbau eines funktionierenden Gesundheitswesens war somit gegenwärtig eine der dringlichsten Aufgaben. Im Jahr 1945 wurden daher sogenannte Deutsche Zentralverwaltungen für unterschiedliche Sektoren gegründet. Ein Sektor davon war die Verwaltung im Bereich des Gesundheitswesens, der bereits damals keiner demokratischen Kontrolle unterlag. Die Leitung des Bereiches übernahm die Sowjetische Militäradministration Deutschlands, kurz SMAD, die alleiniger Machtinhaber war und somit bis zur Gründung der DDR im Jahr 1949 wichtige Voraussetzungen für die Eingliederung der späteren Republik in den Ostblock schaffen konnte. Mit der Gründung der DDR wurde auch das erste Gesundheitsministerium der Republik errichtet.²⁶³ Dieses sowie das gesamte Gesundheitswesen unterlag gemäß dem Prinzip des Sozialismus einmalig in der deutschen Geschichte dem Staat. Mit ihrem Ziel der totalen Macht über die Ärzteschaft und das Gesundheitssystem verbot die SED sämtliche eigenständige ärztliche Organisationen.²⁶⁴ Die meisten medizinischen Einrichtungen wurden verstaatlicht, Kliniken und Apotheken dafür enteignet.²⁶⁵ Um das Gesundheitswesen vollständig dem Staat zu unterwerfen, waren weitere Repressalien nötig, die nicht selten mit starkem administrativem Druck durchgesetzt wurden. Daraus resultierende Republikfluchten der Ärzte

²⁶³ Vgl. Müller (1997), S. 247ff.

²⁶⁴ Vgl. ebd., S. 243ff.

²⁶⁵ Vgl. Ernst (1997), S. 27.

versuchte die SED mit dem gleichzeitigen Zugeständnis von Privilegien abzuwenden, insbesondere mit finanzieller Unterstützung.²⁶⁶ Ein Großteil der Ärzte lehnte das neue System der Verstaatlichung jedoch ab, was zu hohen Zahlen an Republikflüchtigen in den Jahren 1945 bis 1961 führte.²⁶⁷ Konkret waren bis zum Jahr 1961 insgesamt 7.500 Ärzte geflohen, was im Vergleich zur Anzahl der Mediziner 1946 etwa die Hälfte war. Im ohnehin an Unterversorgung leidenden Gebiet der DDR verschärfte sich die Lage des Ärztemangels nochmals. Die Zahl der Republikflüchtlinge war unter den Ärzten zudem deutlich höher als unter anderen akademischen Berufen.²⁶⁸ Die sozialistische Umgestaltung im Sinne einer Verstaatlichung des Gesundheitssystems wurde an drei ersten Veränderungen vollzogen: Zum einen wurde die Sozialversicherung für alle DDR-Bürger vereinheitlicht und Polikliniken wurden gegründet, um einzelne Praxen verdrängen zu können. Außerdem wurde ein Betriebsgesundheitswesen errichtet, mit dem Ziel, eine vollständige Hierarchie in der Verwaltung des Gesundheitssektors durchsetzen zu können. Ein umfassender Gesundheitsschutz, insbesondere für gesundheitlich gefährdete Bevölkerungsgruppen, sollte mit Hilfe der Errichtung eines Netzes an staatlichen Polikliniken erreicht werden. Trotz eines großen Widerstands von Seiten der Ärzteschaft wurden diese Neuerungen durchgesetzt, gerechtfertigt wurden sie mit der Intention, eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands auf den Weg bringen zu wollen.²⁶⁹ Nach dem Vorbild des sowjetischen Gesundheitssystems entstand ein derartiges Gesundheitssystem somit schrittweise nun auch in der DDR: An der Spitze dessen stand das Gesundheitsministerium. Die gesamte Republik wurde in 15 Bezirke eingeteilt, die alle jeweils einem Betriebsarzt unterstanden. Auf Kreisebene wurden zudem Kreisärzte beschäftigt, die jeweils einem der 229 gegründeten Kreise zugeteilt waren. Wichtigste Funktion dieser Kreisärzte war dabei die Vermittlung zwischen den gesundheitlichen Einrichtungen und den politischen

²⁶⁶ Vgl. Müller (1997), S. 243ff.

²⁶⁷ Vgl. ebd., S. 247ff.

²⁶⁸ Vgl. Ernst (1997), S. 27f.

²⁶⁹ Vgl. Müller (1997), S. 250ff.

Führungspositionen der Kreise. Mit Hilfe dieses Kreisarztes, der zugleich politischer Leiter sämtlicher Ärzte des Kreises war, konnte die SED eingreifend und bestimmend auch über die Ärzte der untersten Hierarchie verfügen.²⁷⁰ So wurde das medizinische System nach und nach unter das der politischen Führung gestellt. Die wichtigsten Prinzipien im Gesundheitswesen, die von der SED immer wieder propagiert wurden, waren der besondere Stellenwert der Prophylaxe sowie eine allgemeine Zugänglichkeit zu einer Gesundheitsversorgung. Hierbei wurde insbesondere die Kostenfreiheit der Versorgung betont.²⁷¹ Medikamente, die vom Arzt verschrieben wurden, waren für alle DDR-Bürger kostenlos und weitere Leistungen, wie beispielsweise Kranken-, Schwangerengeld oder Taschengeld bei stationärer Behandlung, bekam die Bevölkerung direkt von der Sozialversicherung ausbezahlt. Die ständige Propagierung dieser Vorteile führte dazu, dass diese Leistungen von den Bürgern als Selbstverständlichkeit angesehen wurden. Auch trotz der dadurch entstehenden und stetig steigenden finanziellen Schwierigkeiten der Republik hielt die SED an diesen Leistungen fest, um ihr Ansehen unter den Bürgern nicht weiter zu gefährden. Die Folgen davon waren katastrophale Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen, die aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel nicht verbessert werden konnten.²⁷² Ein Bericht der Abteilung der Gesundheitspolitik im Jahr 1958 legte das Ausmaß der Situation offen dar: Die wichtigsten Kritikpunkte darin waren ein extremer Mangel an qualifiziertem Personal sowie der mangelhafte bauliche Zustand vieler Krankenhäuser. Beide Punkte wirkten sich folglich negativ auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aus.²⁷³ Derartige Kritik wurde jedoch lediglich bis zum Abschluss des Mauerbaus im Jahr 1961 öffentlich geäußert, da mit dem Mauerbau auch die Möglichkeit zur Republikflucht gesunken war.²⁷⁴ Der Mauerbau stellte auch in Bezug auf die Ärzteschaft, ihre Anschauungen, ihre Gestaltungsmöglichkeiten und ihr Ansehen eine Zäsur dar. In den

²⁷⁰ Vgl. Müller (1997), S. 253

²⁷¹ Vgl. ebd., S. 254.

²⁷² Vgl. Weil (2008), S. 13.

²⁷³ Vgl. Müller (1997), S. 266.

²⁷⁴ Vgl. ebd., S. 263.

Anfangsjahren der DDR war ein Großteil der Mediziner zunächst durch eine gewisse Stabilität und Kontinuität gekennzeichnet. Die meisten der zu dieser Zeit praktizierenden Ärzte hatten sich zuvor dem NS-Regime angepasst und setzten in der DDR ihre Berufslaufbahn wie zuvor fort.²⁷⁵ Jedoch wahrten die Mediziner stets eine Distanz zum SED-Regime – es entstand keine, wie es zu NS-Zeiten geschehen war, der Partei nahestehende und treue Ärzteschaft.²⁷⁶ Entnazifizierungsmaßnahmen, wie sie in weiten Teilen der Gesellschaft nach dem Dritten Reich durchgeführt wurden, griffen unter der Ärzteschaft „nur kurzzeitig und oberflächlich“²⁷⁷. Nur bei einer sehr geringen, fast zu vernachlässigenden Anzahl an Ärzten wurde die politische Einstellung überhaupt thematisiert, lediglich unter einem Prozent aller Ärzte wurde nach Ende des NS-Regimes zwischen 1945 und 1949 gar die Approbation entzogen. Im Gegensatz dazu fand bei anderen Berufssparten, beispielsweise unter Richtern oder Lehrern, fast ein kompletter Austausch des Personals statt. Der Grund hierfür lag im stetig wachsenden Bedarf an qualifizierten Ärzten. In der Nachkriegszeit waren gesundheitliche Probleme an der Tagesordnung, um sie in den Griff zu bekommen, wurde eine große Anzahl an fachmedizinischem Personal benötigt. Zudem war und ist die Medizin eine Profession, die nicht in schnellen Seminaren gelehrt werden kann, sondern deren Ausbildung einige Zeit in Anspruch nimmt. So konnte der Mangel an Ärzten nicht auf die Schnelle behoben werden. Dies war der Grund für eine gewisse Machtposition der Ärzteschaft und für eine größere Duldung ihrer politischen Einstellungen durch das Regime. Dieser Einfluss wurde immer wieder durch Fluchtdrohungen und tatsächliche Fluchten von Ärzten in den Westen untermauert und dadurch gestärkt. Während den Ärzten zunächst kleinere Kompromisse zugestanden wurden, weiteten sich diese schnell zu weitreichenden Privilegien aus. Hierzu zählten beispielsweise fest zugesicherte Studienplätze für Kinder von Ärzten. Nichtsdestotrotz stieg die Anzahl an Fluchten in den Westen ständig an, zwischen 1946 und 1961 hatte die DDR dadurch über die Hälfte ihrer

²⁷⁵ Vgl. Budde (2003), S. 228ff.

²⁷⁶ Vgl. Ernst (1997), S. 26.

²⁷⁷ Vgl. Budde (2003), S. 231.

Ärztenschaft verloren. Eine zweite Ursache der Macht der Ärzteschaft in der frühen DDR war die Tatsache, dass sie vom Rest der Bevölkerung, aber auch vom SED-Regime, als kulturell überlegen und der bürgerlichen Hochkultur angehörig angesehen wurde. Die Mediziner und ihre Familien waren meist kulturell gebildet, engagierten sich im Klinikchor oder trafen sich im Freundeskreis zu Literaturzirkeln. Sie inszenierten sich selbst durch einen bildungsbürgerlichen Lebensstil, der auch von außen immer wieder reproduziert wurde, etwa durch Darstellungen von perfekten, kulturell gebildeten Ärztefamilien in Zeitschriften. Das SED-Regime zollte dieser Intelligenz-Schicht Ehrfurcht, was zu einer Überlegenheit des Berufsstands führte, die die Ärzteschaft wiederum für sich und die Untermauerung ihrer Machtansprüche nutzen konnte.²⁷⁸ Mit Schließung der Grenzen konnte die SED jedoch mehr Druck auf Kritiker ausüben und die öffentliche Verkündung von Missständen konnte sogar Haftstrafen zur Folge haben.²⁷⁹ Kritik wurde, wenn überhaupt, nur versteckt geäußert. Auch in der Presse waren vermehrt positive Darstellungen über das medizinische System zu finden.²⁸⁰ In den sechziger Jahren, der Zeit nach dem Mauerbau, besserte sich zudem das Problem des Ärztemangels: Viele neu ausgebildete junge Ärzte traten in das Berufsleben ein. Damit entstand zum ersten Mal eine neue Generation von Ärzten: solche, die in ihrer Ausbildung bereits sozialistisch geprägt werden konnten. Dieser Generationenwechsel schien die Akzeptanz des Systems zunächst zu fördern.²⁸¹ Der Zuwachs an Personal führte zwar zu einigen Fortschritten in der medizinischen Betreuung, der desolate Zustand der medizinischen Gebäude und die mangelhafte Ausstattung der medizinischen Geräte blieben jedoch weiterhin bestehen.²⁸² Diese Mängel waren teilweise so erheblich, dass viele Ärzte neue Geräte oder sogar Standardinventar wie Kittel und Briefumschläge aus eigener Tasche bezahlten, um effektiv weiterarbeiten zu können. Hinzu

²⁷⁸ Vgl. Budde (2003), S. 228ff.

²⁷⁹ Vgl. ebd., S. 258.

²⁸⁰ Vgl. ebd., S. 263.

²⁸¹ Vgl. ebd., S. 260.

²⁸² Vgl. ebd., S. 268.

kam, dass die Ärzteschaft als eine von wenigen Berufsgruppen seit Ende der fünfziger Jahre keine Gehaltserhöhung mehr erhalten hatte und so teilweise sogar weniger als Krankenschwestern verdiente. Verglichen mit den Gehältern der Bundesrepublik verdienten die Ärzte der DDR um das fünf- bis achtfache weniger und fühlten sich demnach hintergangen und unterprivilegiert.²⁸³ Dennoch kam die SED nicht von ihrem Ziel ab, eine einheitliche sozialistische Ärzteschaft heranzubilden. Von einer Einheitlichkeit konnte jedoch keine Rede sein. Die Ärzteschaft unterteilte sich zum einen entsprechend ihres Alters in zwei Gruppen: die ältere Generation, die konservativ und demnach negativ gegenüber den Neuerungen der sozialistischen Politik eingestellt war, und die jüngere Generation, der bereits in der Ausbildungsphase eine positive sozialistische Haltung anezogen werden konnte.²⁸⁴ Zum anderen konnte die Ärzteschaft ebenso bezüglich ihrer politischen Haltung unterteilt werden: Die eine Gruppe bestand aus Ärzten mit bejahender Einstellung zur sozialistischen Ausrichtung des Gesundheitswesens, die somit auch maßgeblich an der Ausführung des Systems beteiligt waren. Diese wurden als staatsnah bezeichnet. Die andere Gruppe waren Ärzte, die sich gegen das System aussprachen und darauf mit einer Flucht in den Westen reagierten.²⁸⁵ Hieraus lässt sich die Vermutung ableiten, dass ein Teil der Ärzte, die nicht geflohen, sondern in der DDR verblieben waren, möglicherweise eine gewisse staatsnahe Einstellung besaß oder wahrte. Gründe hierfür könnten entweder eine vorangegangene Sozialisierung oder eine bereits bestehende positive Einstellung zum Sozialismus sein. Auch wenn natürlich nicht allen in der DDR verbliebenen Ärzten eine staatsnahe Haltung zugesprochen werden kann, stellt sich dennoch die Frage, inwieweit Publikationen der Ärzte als neutral anzusehen waren. Eine weitere wichtige Tatsache, die einen Hinweis auf die Funktionsweise und Einstellung der Ärzteschaft in der DDR geben kann, war die Veröffentlichung einer amerikanischen Studie aus dem Jahr 1970. Diese

²⁸³ Vgl. Weil (2008), S. 14ff.

²⁸⁴ Vgl. ebd., S. 16.

²⁸⁵ Vgl. Müller (1997), S. 262.

wies durch Tierversuche eine krebserregende Wirkung des Gestagens Chlormadinonacetat nach.²⁸⁶ Diese Erkenntnis wurde, auch vor dem Hintergrund der zehn Jahre zuvor geschehenen Contergan-Affäre, als gravierend eingestuft. In den USA sowie in der Bundesrepublik Deutschland wurden Präparate, die dieses Gestagen enthielten, vom Markt genommen.²⁸⁷ In der DDR reagierte man zunächst zurückhaltend und beschloss nach einer Sondersitzung, dass es nicht möglich sei, entsprechende Präparate vom Markt zu nehmen. Eine Veränderung der Zusammensetzung der Präparate unter Ausschluss des entsprechenden Gestagens wurde ebenfalls als nicht machbar angesehen. Grund waren die bereits genannten Produktions- und Verkaufsbedingungen. Stattdessen wurde beschlossen, gezielt Argumente gegen eine Gefährdung durch Chlormadinonacetat zu veröffentlichen.²⁸⁸ Die Bevölkerung wurde beschwichtigt, die Risiken und Nebenwirkungen verharmlost und das Kontrollsystem im eigenen Staat als positive und besonders effektive Sicherungsinstanz ins Feld geführt. Gleichzeitig wurden Gynäkologen jedoch angewiesen, ihre Patientinnen hinsichtlich einer möglichen Knötchenbildung der Mammæ zu beobachten.²⁸⁹ Dies lässt vermuten, dass sie den Erkenntnissen der amerikanischen Studie durchaus Glauben schenkten. Das Interessante daran: Die Entscheidung, öffentlich gegen die Studie zu argumentieren, war keine Anweisung der SED, sondern eine eigenmächtige Entscheidung einer Gruppe von Ärzten und Pharmakologen.²⁹⁰ Dieses Beispiel führt eindrucksvoll vor Augen, wie das DDR-Gesundheitswesen funktionierte: Es zeichnete sich durch ein Zusammenspiel aus politischem Steuerungswillen und fachlichem Steuerungsanspruch aus. Anweisungen oder Befehle der Staatsmacht schienen demnach nicht nötig zu sein. Dies zeigt zum einen, dass in Expertenkreisen der mittleren Ebene ein selbständiges Handeln durchaus noch möglich war. Zum anderen wird deutlich, dass diese Experten selbständig staatliche und fachliche Interessen gegeneinander abwogen. Die schnell

²⁸⁶ Vgl. Leo, König (2015), S. 170.

²⁸⁷ Vgl. ebd., S. 170.

²⁸⁸ Vgl. ebd., S. 172f.

²⁸⁹ Vgl. ebd., S. 173.

²⁹⁰ Vgl. ebd., S. 173.

steigende Zahl an Pillennutzerinnen in der DDR zeigt, dass die Strategien der Expertenrunde als Erfolg verzeichnet werden konnten.²⁹¹ Die Eingliederung der Ärzte in das politische System war demnach aus Sicht der SED erfolgreich. Bis zum Ende der DDR sank zudem die Anzahl privat praktizierender Ärzte stetig. So waren im Jahr 1988 nur noch 1,2 Prozent der insgesamt 41.015 Ärzte in einer eigenen Niederlassung tätig. Der Rest sowie auch Krankenschwestern und das weitere medizinische Personal arbeiteten in einem staatlichen Angestelltenverhältnis.²⁹² Außerdem war der Arzt der DDR mit seiner zusätzlichen Rolle als Leiter eines bestimmten Bereichs automatisch in das politische Areal des Gesundheitssystems mit einbezogen.²⁹³ Darüber hinaus wurden diese Leitungspositionen nach und nach nur noch mit Ärzten besetzt, die Mitglieder der Staatspartei waren, was eine weiter ansteigende politische Zusammensetzung der Ärzteschaft zur Folge hatte.²⁹⁴ Den Höhepunkt in der Durchsetzung der Heranbildung einer einheitlichen sozialistischen Ärzteschaft stellte wohl die Arbeit des Ministeriums für Staatssicherheit dar. Dieses wurde am 8. Februar 1950 gegründet und unterstand einzig und allein der Führung der SED. Mit dem Einsatz geheimer Agenten des Ministeriums in allen erdenklichen Lebensbereichen wurden jegliche oppositionelle Meinungsträger aufgespürt, die damit unvermittelt unterdrückt werden konnten.²⁹⁵ Diese geheimen Agenten, die sogenannten Inoffiziellen Mitarbeiter (IM) waren DDR-Bürger, die mit dem Ministerium für Staatssicherheit vereinbart hatten, im seinem Auftrag geheime Dienste zu leisten. Dazu zählte das Bespitzeln der Mitbürger, um an Informationen zu sämtlichen feindlichen Haltungen zu gelangen.²⁹⁶ Bereits im Jahr 1950 begann das Ministerium mit der Platzierung der Inoffiziellen Mitarbeiter auch unter der Ärzteschaft. In den siebziger Jahren wurde schließlich ein ganzes Netz an Inoffiziellen Mitarbeitern aufgebaut, bis schließlich etwa drei bis fünf Prozent der Ärzte für das Ministerium für

²⁹¹ Vgl. Leo, König (2015), S. 170ff.

²⁹² Vgl. Weil (2008), S. 15.

²⁹³ Vgl. Müller (1997), S. 257.

²⁹⁴ Vgl. ebd., S. 262.

²⁹⁵ Vgl. Weber (2011), S. 31.

²⁹⁶ Vgl. ebd., S. 19.

Staatssicherheit tätig waren.²⁹⁷ Hauptziel der ärztlichen Inoffiziellen Mitarbeiter sollte einerseits die Berichterstattung über Kollegen sein – insbesondere über solche, die mit dem Gedanken der Republikflucht spielten. Andererseits war die politische Führung auch an Sachberichten zum Zustand medizinischer Bauten und den ärztlichen Arbeitsbedingungen interessiert. Besonders beliebt waren Inoffizielle Mitarbeiter in ärztlichen Schlüsselpositionen, da diese dank ihrer Stellung fähig waren, direkten Einfluss auf mögliche Oppositionelle zu nehmen.²⁹⁸ Allgemein waren Ärzte gern gesehene Mitarbeiter des Ministeriums, da sie viele Vorteile für dessen Arbeit boten. So konnten sie nicht nur über Kollegen berichten, sondern verfügten in ihrer Rolle als Vertraute der Patienten über einen guten Einblick in deren Privatleben und somit über ein größeres Wissen über ihre Probleme und Gedanken.²⁹⁹ Außerdem galt die Ärzteschaft, wie erwähnt, als besonders intelligent und gebildet. Solche Personen in den eigenen Reihen der staatsnahen Mitarbeiter zu haben, konnte nur von Vorteil sein.³⁰⁰ Der auffallend hohe Anteil an Inoffiziellen Mitarbeitern unter Ärzten, vor allem verglichen mit dem Anteil der Inoffiziellen Mitarbeiter im Rest der Bevölkerung, bestätigte das besondere Interesse des Ministeriums für Staatssicherheit an der Ärzteschaft. Gleichzeitig zeigt er aber auch, dass viele Ärzte bereit waren, für das Ministerium zu arbeiten und dafür nicht vor Bespitzelungen gegenüber Kollegen und Mitbürgern zurückschrecken.³⁰¹ Um Ärzte von einer Zusammenarbeit zu überzeugen, verfolgte das Ministerium für Staatssicherheit bestimmte Werbestrategien. Beispielsweise nutzten sie berufliche Probleme einiger Ärzte aus und drohten diesen mit dem Verlust der Approbation. Oder sie boten Unterstützung sowohl in finanzieller Form als auch auf materielle Weise an, wie etwa einen gesicherten Studienplatz in Medizin für Ärztekinder. Ein Großteil der Ärzte ging diese Zusammenarbeit ohne längeres Zögern ein. Zwei der Hauptmotive hierfür waren insbesondere die Angst vor

²⁹⁷ Vgl. Weil (2008), S. 281.

²⁹⁸ Vgl. ebd., S. 36f.

²⁹⁹ Vgl. ebd., S. 284.

³⁰⁰ Vgl. ebd., S. 37.

³⁰¹ Vgl. ebd., S. 20.

Konsequenzen bei Ablehnen der Tätigkeit und die Unsicherheit gegenüber dem Ministerium. Einige überzeugte der scheinbare Gewinn an persönlichen Vorteilen, die im Falle einer Zusammenarbeit versprochen wurden. Nur wenige waren tatsächlich politisch überzeugt von der Notwendigkeit einer Staatssicherheit in der sozialistischen Gesellschaft.³⁰² Das Ministerium für Staatssicherheit warb allmählich immer mehr Inoffiziellen Mitarbeiter an, sodass es in den achtziger Jahren in der DDR schließlich keine größere medizinische Einrichtung ohne Inoffizielle Mitarbeiter unter den Angestellten mehr gab.³⁰³ 96 Prozent der Inoffiziellen Mitarbeiter berichteten dabei über Personen, 89 Prozent sogar zielgerichtet über Kollegen. Ans Ministerium weitergegeben wurden hierbei besonders Informationen über deren Arbeitsmoral, ihre Fachkompetenzen und über ihre persönliche Situation. Über mögliche Konsequenzen, wie eine Verhaftung oder berufliche Einschränkungen, die sich aus den Berichterstattungen für die Betroffenen ergeben konnten, waren sich die Spitzel sicherlich bewusst.³⁰⁴ Auch die Tatsache, dass knapp ein Drittel der Ärzte mit ihren Berichten gegen die ärztliche Schweigepflicht verstießen, schreckte sie nicht vor weiteren Bespitzelungen ab. In einigen Berichten wurde darüber hinaus in einer so abwertenden und geschmacklosen Art über Patienten berichtet, dass die ethische Auffassung einiger Ärzte angezweifelt werden könnte.³⁰⁵ 78 Prozent der Ärzte berichteten zudem über sachliche Gegebenheiten, wie beispielsweise hygienische Verhältnisse, instrumentelle Ausstattung oder personelle Kapazitäten in medizinischen Einrichtungen. Ein akuter Mangel an qualifiziertem Fachpersonal sowie an Geräten und Medikamenten führte zu einem schlechten Arbeitsklima. Dies und der hinzukommende Verfall vieler medizinischer Bauten gefährdeten folglich den Heilungsprozess vieler Patienten. Als schließlich offensichtlich wurde, dass die Staatssicherheit keinen Einfluss auf die Verbesserung der Zustände nehmen konnte, beendeten die Ärzte ihre Mitarbeit, da sie sich mit ihren Berichten eine

³⁰² Vgl. Weil (2008), S. 87ff.

³⁰³ Vgl. ebd., S. 44.

³⁰⁴ Vgl. ebd., S. 148ff.

³⁰⁵ Vgl. ebd., S. 187ff.

solche Verbesserung erhofft hatten.³⁰⁶ Die aussichtslose Situation der medizinischen Verhältnisse, die in einigen Sachberichten beschrieben wurde, spiegelte die Gesamtsituation in der Bevölkerung wider. Gegen Ende der achtziger Jahre erreichte die Stimmung nicht nur in der Ärzteschaft ihren Tiefpunkt. Ein Großteil der Bevölkerung resignierte aufgrund der immer größer werdenden Versorgungsprobleme und dem sinkenden Einsatz gegensteuernder Maßnahmen der Regierung gegenüber der Staatsführung.³⁰⁷ Im Jahr 1990 kam der ehemalige stellvertretende Gesundheitsminister und Arzt der DDR Berndt Schirmer schlussendlich zu dem Ergebnis, dass das Gesundheitswesen der DDR gescheitert sei. Seiner Meinung nach konnte der theoretische Ansatz der Gesundheitsprophylaxe und der Krankenfürsorge nicht in die Praxis umgesetzt werden. Die zunehmende Kluft zwischen Erfordernissen und Möglichkeiten sowie die Demotivation durch überbelastete und gleichzeitig unterbezahlte Ärzte ließen das System versagen. Mit dem Mauerfall am 9. November 1989 flüchteten viele Ärzte in den Westen, wo sie in Kontakt mit dortigen Kollegen traten. Das westdeutsche Gesundheitswesen übernahm von nun an auch die Versorgung der neuen Bundesländer, die Polikliniken und andere staatliche Einrichtungen traten in den Hintergrund, während private ambulatorische Praxen wieder dominierten.

³⁰⁶ Vgl. Weil (2008), S. 148ff.

³⁰⁷ Vgl. ebd., S. 163ff.

4 Analyse

4.1 Vorgehensweise – Grundlagen des Erkenntnisgewinns

Man kann davon ausgehen, dass die in *Das Deutsche Gesundheitswesen* publizierten Artikel wohlgedacht und vom jeweiligen Autor in einer bestimmten Weise plan- und absichtsvoll formuliert und geschrieben wurden. Daher können durch eine Analyse dieser Artikel Rückschlüsse auf den Autor und seine Sichtweisen und damit generell auf die Einstellung der Ärzte in der DDR über die orale hormonale Kontrazeption gezogen werden. Um diesem Gesamtergebnis näherzukommen, werden in der Arbeit in einem ersten Schritt nun zunächst anhand von fünf Kategorien erste Erkenntnisse gewonnen, um hieraus Grundlagen für erste Interpretationsansätze abzuleiten. Diese fünf Kategorien sind sowohl quantitativer als auch qualitativer Art, sie beschreiben äußere sowie zugleich inhaltliche Faktoren der betreffenden Artikel. Es handelt sich um die Kategorien Artikelanzahl, Artikellänge, Erscheinungsrubrik, Hauptthemen sowie Subtext der Artikel. In einem zweiten Schritt, im darauffolgenden Kapitel, werden die aus dem aktuellen Kapitel gewonnenen Erkenntnisse in Bezug zu den Fakten der vorhergehenden Kapitel gesetzt, etwa zu den geschichtlichen und gesellschaftlichen Tatsachen und der Ärzteschaft in der DDR. Daraus werden abschließende Thesen entwickelt und begründet, die die in dieser Arbeit aufgeworfene Gesamtfrage klären werden.

4.1.1 Aufstieg und Fall des Interesses: Die Anzahl der Artikel

Zu Beginn widmet sich die Analyse dem offensichtlichsten Faktor: der Anzahl der Artikel, die sich auf die ein oder andere Weise mit der Antibabypille und den mit ihr verwandten Themen befassen. Bei der Durchsicht der Ausgaben des *Deutschen Gesundheitswesens* im relevanten Zeitraum lassen sich bezüglich

der Häufigkeit fünf Phasen ausmachen: Die erste Phase davon beginnt 1961 und endet 1966. Hier fällt zunächst auf, dass der erste Artikel zum Thema bereits vier Jahre vor Einführung der ersten oralen hormonalen Kontrazeption in der DDR erschien. Generell ist das Interesse an den Themen der Antibabypille in dieser Phase vergleichsweise jedoch gering, was sich in lediglich ein bis sieben erschienenen Artikeln jährlich niederschlägt. Interessant ist hier vor allem 1964, das Jahr vor Beginn der DDR-eigenen Pillenproduktion. In diesem Jahr erschienen mit sieben Artikeln zwei mehr als im Jahr der Markteinführung selbst. Auch das Jahr 1961, als in der Bundesrepublik die hormonale Antikonzeption eingeführt wurde, ist von einem geringen Interesse gekennzeichnet, lediglich ein Artikel widmet sich dem Themenkomplex der hormonalen Antikonzeption. Phase zwei beinhaltet die Jahre 1967 bis 1971 und ist durch eine ständige Steigerung der Artikelanzahl gekennzeichnet. Sie beginnt bei neun Artikeln im ersten und endet bei 16 Artikeln im letzten Jahr dieses Zeitraums, welches auch ein erstes Maximum im Verlauf der Jahre darstellt. Dies legt den Schluss nahe, dass der oralen hormonalen Konzeption in den Jahren nach ihrer Einführung in der DDR ein zunehmendes Interesse zuteilwurde. In diese Phase fällt auch die Tatsache, dass die Pille Ende der 1960er Jahre das meistgenutzte Verhütungsmittel der DDR war.³⁰⁸ Entsprechend der steigenden Zahl an Anwenderinnen wuchs in diesen Jahren auch die Anzahl der publizierten Artikel fortlaufend, bis im Jahr 1971 ein Höhepunkt erreicht war. Das steigende Interesse der Frauen an der hormonalen Konzeption veranlasste demnach auch die Ärzteschaft, sich wissenschaftlich über dieses Thema auszutauschen. Phase drei ist vergleichsweise kurz und macht von 1972 bis 1975 nur vier Jahre aus. Sie kann als die Hochzeit bezeichnet werden, wurden in ihr doch so viele Artikel wie in keinem anderen Zeitraum publiziert. Die jährliche Anzahl liegt hier zwischen zwölf im Jahr 1972, steigt über 17 im darauffolgenden Jahr auf 21 im Jahr 1974 an. Im letztgenannten Jahr ist das Maximum an jährlichen Artikeln im gesamten Untersuchungszeitraum erreicht. Anschließend sinkt die Anzahl leicht auf eine

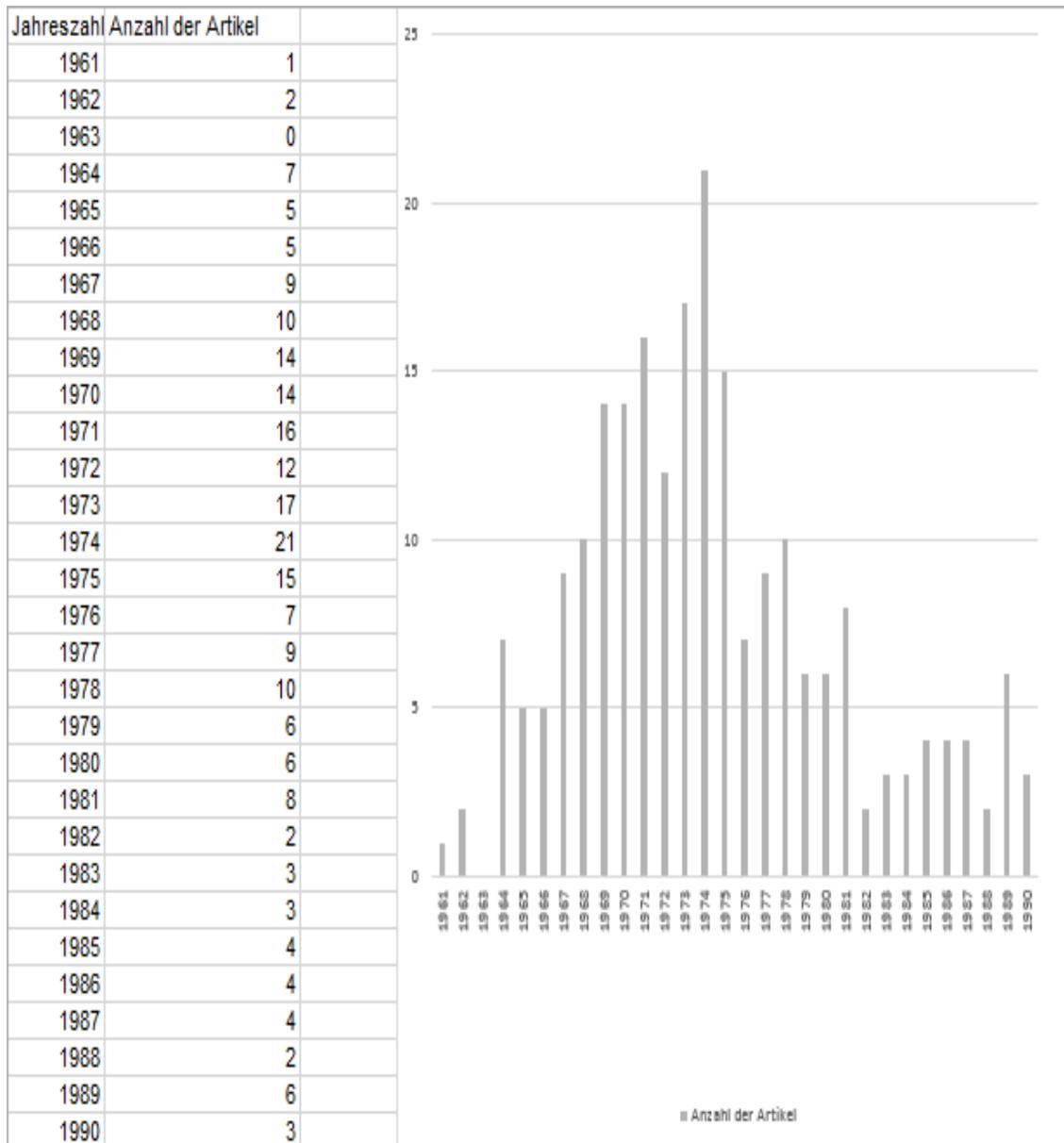
³⁰⁸ Vgl. Schwarz (1996), S. 149f.

jedoch immer noch verhältnismäßig hohe Anzahl von 15 Artikeln im Jahr 1975. Dieser zu beobachtende Höhepunkt fällt in die Zeit, nachdem die Vergabe der Pille durch einen Wegfall der Altersbeschränkung gelockert wurde³, das Interesse scheint größer als je zuvor und danach. Das Artikelmaximum im Jahr 1974 deckt sich in etwa mit den Verkaufszahlen der Pille in der DDR, die zwei Jahre zuvor im Jahr 1972 ihren Höhepunkt erreichten. Ein weiterer Aspekt, der diese Beobachtung unterstreicht und erklärt, ist die Tatsache, dass die Pille zu dieser Zeit bereits lange genug auf dem Markt erhältlich ist. So kann zu diesem Zeitpunkt bereits über positive und negative Langzeiterfahrungen berichtet werden und das Interesse der Wissenschaft am Thema wächst. Mehr und mehr Untersuchungen und Forschungen wurden unternommen, deren Ergebnisse präsentiert werden wollten. Der bereits eingetretene Erfolg der Pille während der vergangenen Jahre lässt zudem Mutmaßungen über eine hohe Relevanz des Antikonzeptivums in den noch folgenden Jahren zu. Weiterhin wird die sogenannte *Wunschkindpille* zu dieser Zeit stark vom Staat propagiert und sogar als prophylaktische Maßnahme zum Gesundheitsschutz der Frau in die Gesundheitspolitik integriert.³⁰⁹ Die folgende Phase umfasst die Jahre 1976 bis 1981 und lässt sich generell als eine Zeit des sinkenden Interesses charakterisieren. So erscheinen in diesem Zeitraum zwischen sechs und zehn Artikeln jährlich, die Artikelanzahl ist um etwa die Hälfte reduziert im Vergleich zur vorherigen Phase. Das Thema der hormonalen Kontrazeption scheint an Bedeutung verloren zu haben. Damit korreliert auch die letzte, fünfte Phase, die 1982 beginnt und bis zum Ende des Untersuchungszeitraums 1990 reicht. Sie kann als eine stabile Phase bezeichnet werden, jedoch mit einem geringen wissenschaftlichen Interesse am Thema. Die Zahl der jährlich publizierten Artikel pendelt sich in diesem Zeitraum auf einen geringen Wert von zwei bis sechs ein, im Durchschnitt beschäftigen sich etwas über drei Artikel jährlich mit dem untersuchten Themenkomplex. Zunächst ist diese Beobachtung der letzten beiden ausgemachten Phasen verwunderlich, ist die Zeit von 1970 bis 1980 doch noch immer von einer steigenden Akzeptanz der Pille in der Bevölkerung

³⁰⁹ Vgl. Hahn (2000), S. 271.

der DDR geprägt und die Zahl der verschiedenen entwickelten hormonalen Verhütungpräparate steigt ständig an. Das gleichzeitig sinkende Interesse der Wissenschaft, das sich auf einem niedrigen Niveau einpendelt, legt nur einen Schluss nahe: Die hormonale Kontrazeption ist Teil des medizinischen Alltags geworden, sie ragt nicht mehr so stark unter der Fülle der medizinischen Themen und Präparate heraus, wie das zur Hochzeit Anfang und Mitte der 1970er Jahre der Fall war. Sie ist zum wissenschaftlichen Alltag geworden und wird nicht mehr, aber auch nicht weniger in der wissenschaftlichen Literatur widergespiegelt als andere Themenkomplexe.

1. Diagramm zur Anzahl der Artikel pro Jahr

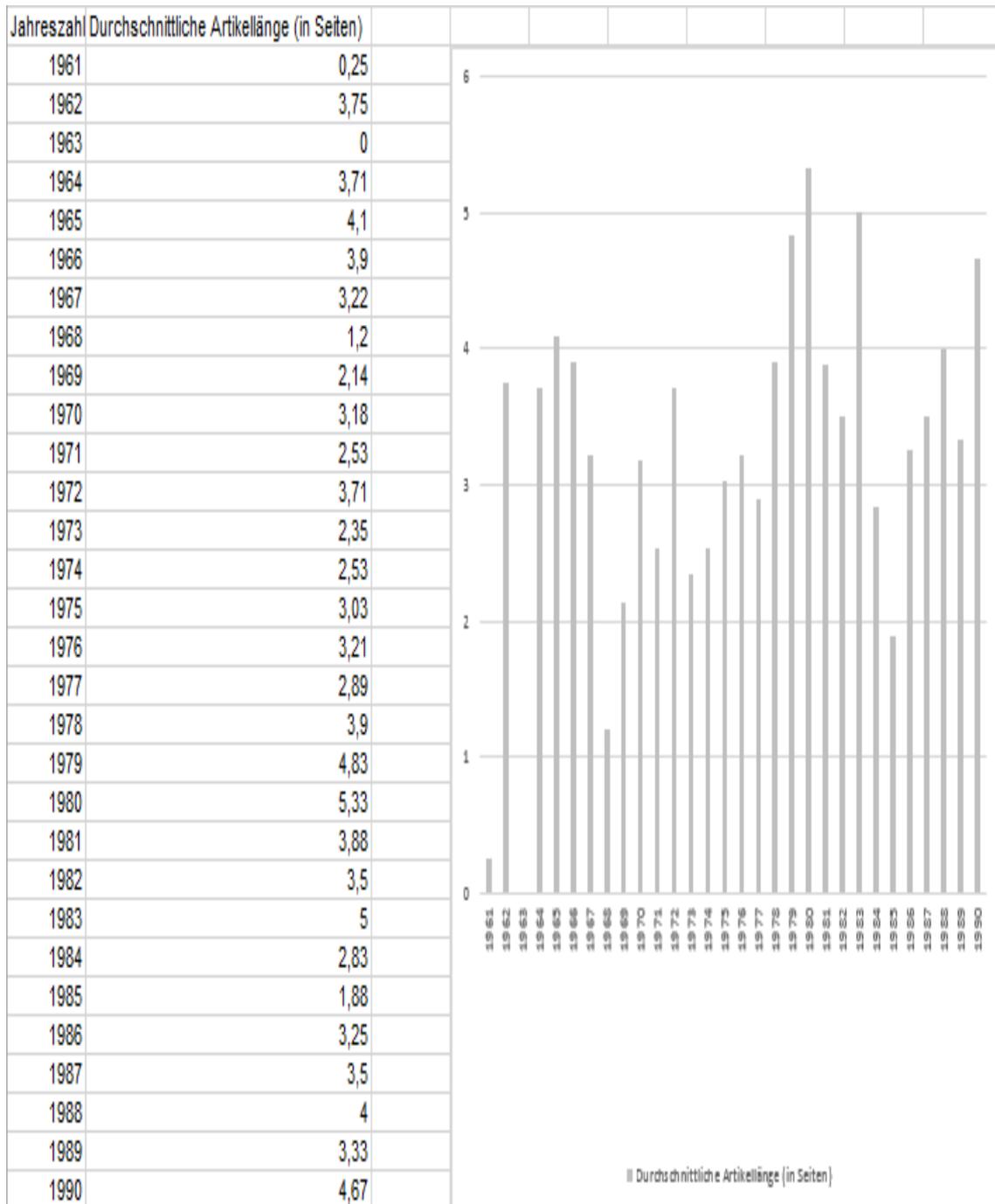


4.1.2 Von knapp bis ausführlich: Die Länge der Artikel

Ein weiterer offensichtlicher Faktor bei der Betrachtung der zu analysierenden Artikel ist deren Länge. Zur besseren Übersicht wurde im Diagramm zu diesem Kriterium für jedes der beobachteten Jahre die durchschnittliche Artikellänge berechnet. Auffällig ist hier, dass die Mehrheit der Artikel im Durchschnitt drei oder mehr Seiten lang ist. Dies trifft auf genau zwei Drittel der 30 durchschnittlichen Artikellängen pro Jahr zu. Die weiteren Artikel sind durchschnittlich zwischen einer und zwei Seiten lang. Lediglich in zwei der beobachteten Jahre beträgt die durchschnittliche Artikellänge weniger als eine Seite. Dazu zählt auch das Jahr, in dem kein Artikel publiziert wurde. Somit trifft es nur auf ein einziges Jahr wirklich zu, dass die durchschnittliche Artikellänge weniger als eine Seite beträgt. Betrachtet man die kürzeren Artikel im Detail, so fällt auf, dass es sich bei ihnen zuallermeist um Buchbesprechungen relevanter Publikationen, Ankündigungen und Nachberichte von Tagungen oder kurze Mitteilungen zum Beispiel zu neuen Darreichungsformen von Präparaten handelt. Sobald sich jedoch darüber hinaus mit dem Thema Pille und Geburtenkontrolle beschäftigt wird, geschieht dies auch sehr ausführlich. Dies schlägt sich in einer längeren Artikellänge nieder. Die längsten Artikel lassen sich Ende 1970 und 1980 ausmachen, das Maximum wird im Jahr 1980 erreicht, als die insgesamt sechs Artikel eine durchschnittliche Länge von 5,33 Seiten aufweisen. Dies deckt sich mit der bereits im vorigen Unterkapitel angesprochenen Erkenntnis, dass zu dieser Zeit die Pille bereits in der Bevölkerung verbreitet und erprobt war und so erste Erkenntnisse der Anwendung vorlagen, die ausführlich beschrieben und diskutiert werden konnten. Ohne eine detaillierte, quantitative Analyse vorgenommen zu haben, kann zudem durch einen Eindruck während des Suchvorgangs in den beobachteten Ausgaben von *Das Deutsche Gesundheitswesen* festgestellt werden, dass die relevanten Artikel in Bezug auf die Länge keinen signifikanten Unterschied zu den themenfremden Artikeln aufweisen. Weder sind sie

ungewöhnlich kurz, noch außergewöhnlich lang. Aus den beobachteten Faktoren kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Themenkomplex Antikonzeptivum einer von vielen damals aktuellen Forschungsgegenständen darstellt und demnach ausführlich analysiert und diskutiert wurde. Weder ging er unter anderen Themenfeldern unter, noch wurde er im Vergleich zu anderen Themen bevorzugt und hervorgehoben behandelt.

2. Diagramm zur durchschnittlichen Artikellänge pro Jahr



4.1.3 Erkenntnisse der Zuordnung zu Themenkomplexen: Die Erscheinungsrubrik der Artikel

Bei der weitergehenden Durchsicht von *Das Deutsche Gesundheitswesen* sticht zunächst der qualitative Faktor der Erscheinungsrubrik ins Auge. 216 der insgesamt 224 relevanten Artikel wurden von den Herausgebern bestimmten Rubriken zugeordnet. Im Auswertungsdiagramm sind der Übersichtlichkeit halber nur die Rubriken dargestellt, denen im Laufe der beobachteten Jahre drei oder mehr Artikel zugeordnet wurden. Die meisten, nämlich 48 Artikel, entstammen der Rubrik „Klinische Medizin“. Diese befasst sich vorwiegend mit klinischen Aspekten wie Krankheitsbildern oder klinisch sichtbaren Symptomen. Zu den in dieser Rubrik beschriebenen klinischen Aspekten der oralen hormonalen Kontrazeption zählen beispielsweise körperliche Veränderungen unter Einnahme der Pille sowie unerwünschte Nebenwirkungen und erwünschte Arzneimittelwirkungen. Durch die Beobachtung der häufigsten Rubrik lässt sich folglich bereits eine erste Tendenz zu den beliebtesten Themen ableiten, über die in Bezug auf die Pille geschrieben wurde. Es fällt zudem auf, dass der erste dieser Rubrik zugehörige Artikel erst im Jahr 1972 erscheint. Dies stimmt mit der Tatsache überein, dass Diskussionen über mögliche Nebenwirkungen und klinische Folgen der Pille in der DDR in den 1970er Jahren zum ersten Mal aufkamen.³¹⁰ Die Anzahl der in dieser Rubrik publizierten Artikel nimmt im Laufe der 1980er Jahre konstant zu. Durch die steigende Anzahl der Frauen, die die Pille einnahmen, sowie durch die steigende Anzahl an Jahren, in denen eine Frau mit der Pille verhütete, häuften sich demnach auch die beobachteten Nebenwirkungen. Dies veranlasste die Ärzteschaft zum einen, über diese Nebenwirkungen zu berichten und diese gegebenenfalls zu bestätigen oder zu widerlegen. Zum anderen führten sie weitere klinische Studien über mögliche Hormoneinflüsse auf den Körper durch und publizierten diese Ergebnisse wiederum durch zahlreiche Artikel. In den Jahren von 1982 bis 1990 erschienen

³¹⁰ Vgl. Henning (1984), S. 214f.

lediglich ein bis zwei Artikel unter der Rubrik „Klinische Medizin“. Dies rührt zum einen daher, dass die Anzahl der Artikel in dieser Zeit generell gesunken war. Zum anderen legt dies den Schluss nahe, dass die meisten klinischen Forschungen zu dieser Zeit bereits abgeschlossen waren und schon viele Erkenntnisse über die klinischen Auswirkungen der oralen hormonalen Kontrazeption erlangt worden waren und vorlagen. Die zweithäufigste Rubrik, unter der Artikel zum Analysethema veröffentlicht wurden, ist „Aus Forschung und Praxis“. Die Publikationen dieser Rubrik stellen mit 42 von 216 Artikeln etwa 19 Prozent aller Artikel, die in *Das Deutsche Gesundheitswesen* zum Thema erschienen sind. Sämtliche Artikel dieser Rubrik beschäftigen sich generell vor allem mit Ergebnissen der Erforschung neuartiger Substanzen und deren praktischen Auswirkungen. In Bezug auf das Untersuchungsfeld orale hormonale Kontrazeption lässt sich feststellen, dass Artikel dieser Rubrik zuallermeist über Forschungen zur Hormonwirkung berichten. Dies bestätigt erneut die Erkenntnis, dass die Verfasser der Artikel sehr am Einfluss der Ovulationshemmer auf den Körper interessiert waren. Dazu zählen insbesondere alle positiven sowie negativen Einflüsse auf den gesundheitlichen Zustand der Anwenderinnen. Der erste relevante Artikel dieser Rubrik erschien im Jahr 1968. Drei Jahre nach Einführung der oralen hormonalen Kontrazeption wurden somit erste Ergebnisse über dieses Präparat veröffentlicht. Die letzten Artikel der Rubrik tauchten hingegen bereits im Jahr 1978 auf, in den darauffolgenden Jahren bis hin zu 1990 erschienen keine weiteren Publikationen im Bereich „Aus Forschung und Praxis“. Wie bereits in der Kategorie „Klinische Medizin“ erkannt, legt dies auch hier den Schluss nahe, dass der Höhepunkt der Forschung zur oralen hormonalen Kontrazeption in den 1970er Jahren erreicht war. Während der 1980er Jahre hingegen waren Untersuchungen zur Pille offensichtlich weitgehend abgeschlossen. Dies legt den Schluss nahe, dass die orale hormonale Kontrazeption zu dieser Zeit, 15 Jahre nach ihrer Einführung, als eine gängige Methode zur Verhütung anerkannt war. Die dritthäufigste Rubrik stellt mit 40 von 216 Artikeln „Gynäkologie und Geburtshilfe“ dar. Dies sind lediglich zwei Publikationen

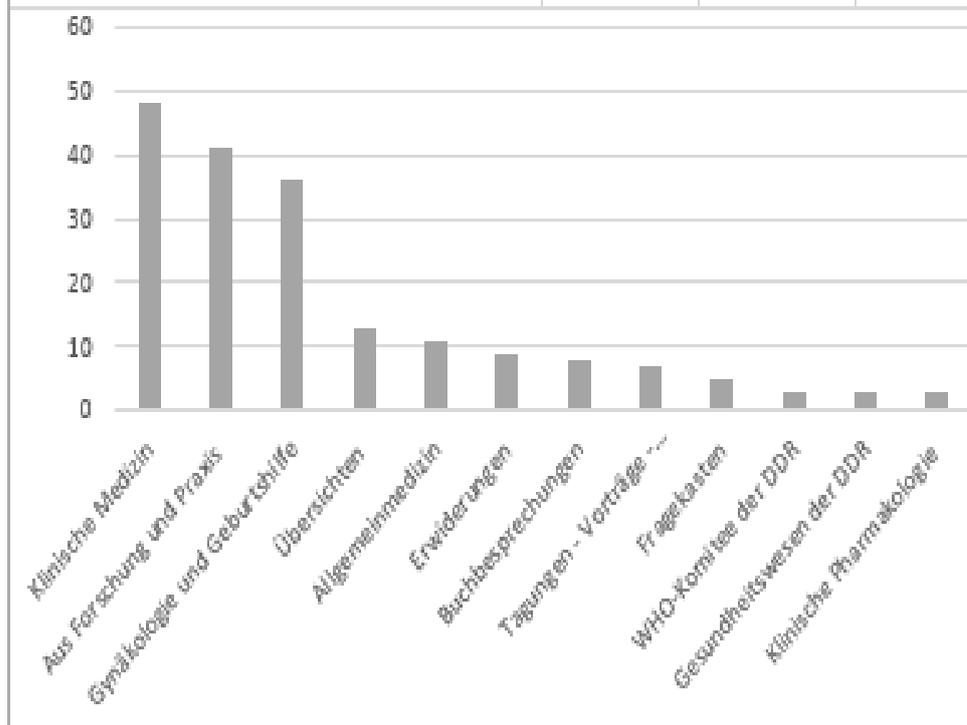
weniger als die zuvor beschriebene Rubrik. Auch der Artikel, in dem das Präparat *Ovosiston* zum allerersten Mal in *Das Deutsche Gesundheitswesen* namentlich genannt wird, erschien in dieser Rubrik. Dieser trägt den Titel „Klinische Erfahrungen mit *Ovosiston* zur Ovulationshemmung“³¹¹, erschien 1966 und berichtet äußerst positiv über die antikonzeptionelle Wirkung von *Ovosiston*. Trotz des Titels, der klinische Erfahrungen suggeriert und somit vermeintlich besser in der Rubrik „Klinische Medizin“ aufgehoben scheint, berichtet der Artikel hauptsächlich über die Erfahrungen über die Wirkung bezüglich der Kontrazeption, nicht aber über sonstige Auswirkungen auf die Anwenderinnen. Drei Aspekte erklären den hohen Stellenwert der Rubrik „Gynäkologie und Geburtshilfe“, die bezüglich der Artikelhäufigkeit zu den drei wichtigsten Rubriken zählt: Die hormonale Empfängnisverhütung ist ein Teilaspekt der Gynäkologie, Frauen, die eine Verschreibung der Pille wünschten, oder Frauen, denen eine solche angeraten wurde, traten dazu in erster Linie in direkten Kontakt mit ihrem Gynäkologen und konsultierten ihn zudem auch bei auftretenden Problemen mit dieser Verhütungsmethode. Somit war dieser Facharzt als erste Anlaufstelle besonders gut über die Erfahrungen der Anwenderinnen mit der hormonalen Empfängnisverhütung informiert, die er anschließend in der dazu passenden Rubrik von *Das Deutsche Gesundheitswesen* publizieren konnte. Angesichts dieser stichhaltigen Erklärungen verwundert es jedoch auch, warum die Rubrik „Gynäkologie und Geburtshilfe“ nicht Platz eins bezüglich ihrer Artikelhäufigkeit belegt. Dies legt zwei Schlussfolgerungen nahe: Das Interesse der Ärzteschaft in der DDR an den klinischen Auswirkungen der Pilleneinnahme und an neusten Forschungen diesbezüglich war weitaus bedeutender. Zudem waren darüber hinaus Themen, über die der Gynäkologe informieren sollte, wie Indikationen und Kontraindikationen der Pille scheinbar weniger interessant. Weiterführend könnte hier bereits geschlussfolgert werden, dass die Anwendung der Pille zur Kontrazeption kaum in Frage gestellt wurde, sondern diese mehr als Tatsache angesehen wurde und demnach klinische Auswirkungen der Pille von größerem

³¹¹ Vgl. Kühne (1966), S.377-379.

Interesse waren. Bezüglich der Erscheinungsrubrik ist ein weiterer Aspekt zu beobachten: Die Mehrheit sämtlicher relevanter Artikel erscheint in den drei genannten Rubriken. In ihnen lassen sich 130 aller 216 Artikel finden. Platz vier hingegen belegt mit nur noch 13 Artikeln die Rubrik „Übersichten“, deren Artikel jeweils einen Querschnitt zu diversen Themen wiedergeben. Platz fünf belegt anschließend mit elf Artikeln die Rubrik „Allgemeinmedizin“. Auf die verbliebenen 31 Rubriken entfallen schließlich im Durchschnitt lediglich noch 2,5 Artikel, während in 17 Rubriken sogar jeweils nur ein Artikel publiziert wurde. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass nur sehr wenigen, ausgewählten Themenkomplexen der hormonalen Kontrazeption eine besondere Aufmerksamkeit zuteilwurde und unter diesen Themen auch verstärkt publiziert wurde. Die Ärzteschaft war sich darüber einig, unter welchen Aspekten die Pille genauer beleuchtet werden sollte und welche Themen im Umkehrschluss irrelevant waren. Weiterhin fällt auf: Themenkomplexe, die generell in der DDR in Bezug auf Kontrazeption Gegenstand der öffentlichen Diskussion waren, spiegeln sich nicht in *Das Deutsche Gesundheitswesen* wider. Hierbei handelt es sich beispielsweise um das Gesundheitswesen der DDR im Allgemeinen oder weltanschauliche Fragestellungen, zu denen es jeweils eine eigene ähnlich benannte Rubrik gibt, die beide jedoch mit lediglich einem beziehungsweise drei Artikeln im gesamten Untersuchungszeitraum kaum Beachtung fanden. Das Hauptaugenmerk der publizierten Artikel der Ärzte in der DDR lag scheinbar allein bei medizinischen Fragestellungen rund um die Kontrazeption. Allerdings muss dies aufgrund der bestehenden Pressenzensur unter Vorbehalt gesehen werden. Ob dies dem tatsächlichen Interesse der Ärzteschaft entspricht, kann somit nicht eindeutig geklärt werden.

3. Diagramm zur Artikelzahl pro Rubrik

Rubrik	Artikelzahl		
Klinische Medizin	48		
Aus Forschung und Praxis	41		
Gynäkologie und Geburtshilfe	36		
Übersichten	13		
Allgemeinmedizin	11		
Erwiderungen	9		
Buchbesprechungen	8		
Tagungen - Vorträge - Gesellschaften	7		
Fragekasten	5		
WHO-Komitee der DDR	3		
Gesundheitswesen der DDR	3		
Klinische Pharmakologie	3		



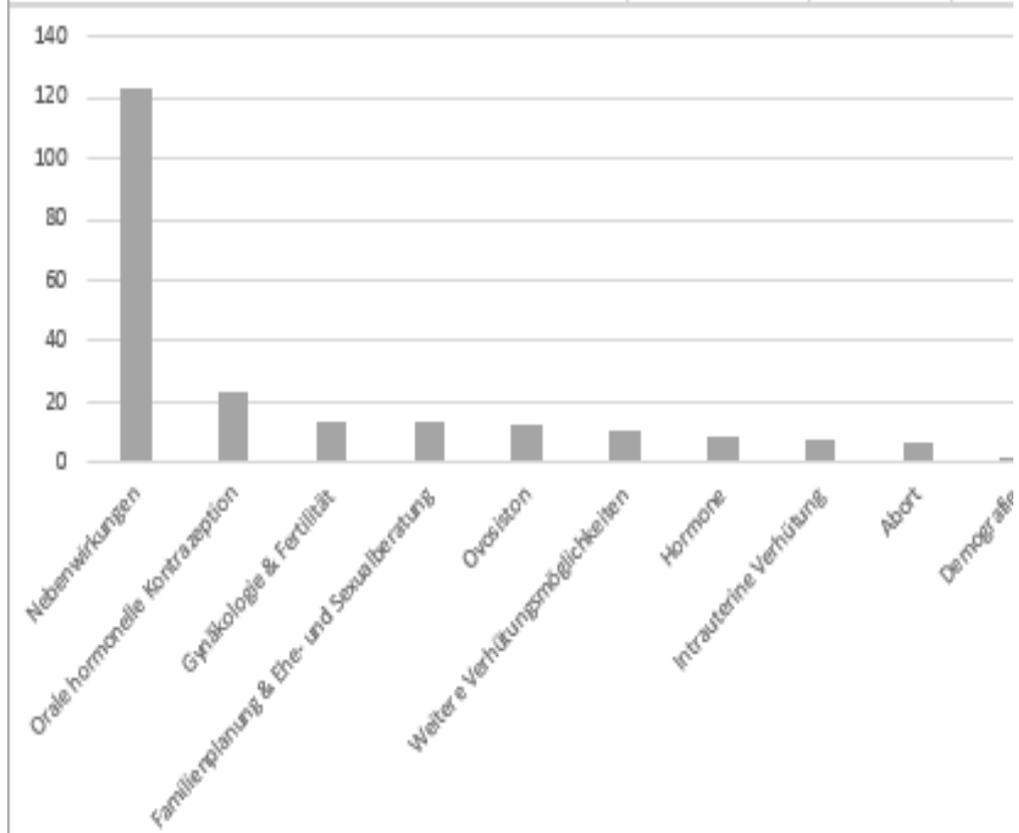
4.1.4 Unterwartete Schwerpunkte und Interessen: Die Hauptthemen der Artikel

Eng verknüpft mit den Erscheinungsrubriken ist auch die Analyse der Hauptthemen der untersuchten Artikel. Hier wurden sämtliche Artikel gemäß ihrem vorherrschenden Inhalt einem Themenkomplex zugeordnet. Im Unterschied zur Erscheinungsrubrik geht es nicht um die formelle Zuordnung zu einem bestimmten Bereich des *Deutschen Gesundheitswesens*, sondern um den tatsächlichen Inhalt der Artikel. Insgesamt lassen sich zehn solcher Hauptthemen ausmachen: Die meisten der Artikel, und das ist nach der Analyse der vorangegangenen Faktoren nicht verwunderlich, beschäftigen sich mit dem Thema Nebenwirkungen. 123 der 224 Artikel, folglich fast 55 Prozent, berichten von Studien zu möglichen psychischen und physischen Folgen der Pilleneinnahme und bestätigen oder widerlegen diese. Der zweithäufigste Themenkomplex lässt sich unter dem Stichwort „orale hormonelle Kontrazeption“ zusammenfassen. Die dazu erschienenen Artikel berichten über aktuelle Forschungsstände und die stetige Entwicklung neuer oder in der Zusammensetzung geänderter Hormonpräparate. Lediglich 23 Artikel lassen sich diesem Thema zuordnen, somit nur gut zehn Prozent an Artikeln. Die Themenfelder „Gynäkologie und Fertilität“ sowie „Familienplanung und Ehe- und Sexualberatung“ werden noch seltener behandelt. In jeweils 14 Artikeln diskutieren sie Fragen wie Fruchtbarkeit, mit der Pille zu behandelnde gynäkologische Probleme sowie bevölkerungspolitische Aspekte und informieren über die Einrichtung neuer Beratungsstellen. Platz drei und vier machen damit jeweils etwa sechs Prozent aus. Anschließend folgt auf Platz fünf mit 13 Artikeln das Thema „Ovosiston“. Damit sind alle Artikel zusammengefasst, in denen das gleichnamige Präparat explizit genannt wird. Diese Artikel berichten beispielsweise über den Markteintritt des Produkts oder informieren über vorgenommene Veränderungen in der Dosierung und sind allesamt eher nüchtern und informativ gehalten. Auf den Plätzen sechs und sieben folgen die Themenkomplexe „Weitere Verhütungsmöglichkeiten“ sowie „Hormone“ mit elf,

beziehungsweise neun Artikeln. Dabei handelt es sich um Themen, die aus heutiger Sicht und auf den ersten Blick im Hinblick auf das übergeordnete Thema der Verhütung essentiell und wichtig erscheinen. Im medizinischen Diskurs fanden diese jedoch folglich kaum Beachtung. Andere Verhütungsmöglichkeiten außer der Pille werden kaum dargestellt. Kommen sie doch einmal zur Sprache, dann nur im Zusammenhang mit möglichen Alternativen für diejenigen Frauen, die wegen bekannter Kontraindikationen auf die Einnahme der Pille verzichten müssen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Pille, lässt man die Abtreibung als Kontrazeption außen vor, zu dieser Zeit unanfechtbar *das* Verhütungsmittel schlechthin war, die allererste Wahl darstellt und damit über sämtlichen anderen Möglichkeiten zur Empfängnisverhütung stand. Auch die Tatsache, dass das Thema Hormone in Bezug auf die Anzahl der dazu veröffentlichten Artikel sehr weit abgeschlagen auf Platz sieben liegt, verwundert, sind Hormone doch die Basis des neuen Verhütungsmittels. Das Thema Hormone, wie es in den Artikeln dazu dargestellt wird, bietet kaum Anlass zur Diskussion. Es werden zwar neue Erkenntnisse vorgestellt, etwa zum Hormonzyklus, diese Erkenntnisse werden jedoch als Tatsachen anerkannt, die keiner weiteren Diskussion bedürfen. Dies erklärt die wenigen Artikel zum scheinbar wichtigen Themenkomplex. Artikel, die sich im Kern mit „Abort“ oder „Demografie“ befassen, liegen weit abgeschlagen auf den letzten beiden Plätzen mit lediglich sieben beziehungsweise zwei Artikeln. Das legt den Schluss nahe, dass gesellschaftsrelevante Diskussionen etwa zur Moral von Schwangerschaftsabbrüchen oder dem Einfluss der neuen Verhütungsmethode auf die Ausformung der Gesellschaft kaum eine Rolle spielen. Im Umkehrschluss lässt sich daraus auch schlussfolgern, dass es in der Hauptsache medizinische Fragestellungen sind, die in *Das Deutsche Gesundheitswesen* stattfinden, und sozialen, gesellschaftlichen Themen kein Raum geboten wird.

4. Diagramm zur Artikelanzahl pro Hauptthema

Hauptthemen	Artikelanzahl
Nebenwirkungen	123
Orale hormonelle Kontrazeption	23
Gynäkologie & Fertilität	14
Familienplanung & Ehe- und Sexualberatung	14
Ovosiston	13
Weitere Verhütungsmöglichkeiten	11
Hormone	9
Intrauterine Verhütung	8
Abort	7
Demografie	2



4.1.5 Zwischen Neutralität und leisen Erkenntnissen: Der Subtext der Artikel

Dieser Faktor zu Analyse der Artikel ist kein rein quantitativer, er lässt sich nicht durch Zahlen beschreiben, seine Ergebnisse lassen sich nicht durch solche belegen. Die Ergebnisse können daher auch in keinem Diagramm festgehalten werden, wie das bei den vier vorangegangenen Faktoren der Fall war. Stattdessen geht es um qualitative Fragestellungen, die der über allem stehender Frage nach der Sichtweise der Ärzte auf die Pille einen ersten Schritt näherkommen und damit schon in den zweiten Analyse-Schritt überleiten. Es lassen sich vier Beobachtungen zum Subtext und damit Inhalt der Artikel ausmachen: Es werden sehr viele Studien zu sämtlichen Werten durchgeführt, die durch die hormonale Kontrazeption beeinflusst werden könnten. Und dies auch wenn ein Zusammenhang auf den ersten Blick nicht ersichtlich ist, beziehungsweise zunächst nicht wichtig erscheint. So wird beispielsweise über eine solche Studie berichtet: „Sowohl der Serum-Kupferspiegel [...] als auch die Coeruloplasminwerte steigen während der Einnahme von Ovulationshemmern signifikant an.“³¹² Teilweise wird sogar offen gesagt, dass sich diese Ergebnisse nicht erklären lassen, sie nicht antizipiert wurden und somit nicht im Bereich des Wahrscheinlichen liegen. Ein Beispiel hierfür ist folgender Satz: „Der biologische Sinn dieses Geschehens ist bisher nicht zu deuten.“³¹³ Ein noch deutlicheres Beispiel hierfür ist die Feststellung: „Es bleibt zum Schluß allerdings noch die Frage nach der klinischen Relevanz der erhobenen Befunde offen.“³¹⁴ Diese Erkenntnis legt den Schluss nahe, dass die Pille als Medikament sehr ernst genommen wird und demnach Untersuchungen in sämtliche Richtungen vorgenommen werden. Die zahlreichen Folgestudien zeigen zudem, dass die neue orale hormonale Kontrazeption ein beliebtes Forschungsobjekt darstellte und in der klinischen Theorie omnipräsent war.

³¹² *Einfluß auf den Kupferspiegel (1969)*, S. 1389.

³¹³ ebd.

³¹⁴ Klinger et al. (1976), S. 2307.

Darüber hinaus fällt eine weitere Feststellung auf: Es werden in vielen Artikeln die Ergebnisse verschiedener Studien vorgestellt. Auffällig ist, dass es stets bei der Nennung der Erkenntnisse bleibt, ein zweiter Schritt, der diese Ergebnisse interpretiert, vergleicht oder in einen großen Zusammenhang stellt, bleibt aus. Beispielsweise wird über eine Studie zum Vorkommen von Hirngefäßthrombosen nach der Einnahme hormonaler Kontrazeption geschrieben: „In Anbetracht der weltweiten Verwendung der hormonalen Kontrazeption scheint es sich bei der Hirngefäßthrombose um eine seltene Komplikation zu handeln. Die bisher gemachten Beobachtungen reichen für einen schlüssigen Zusammenhangsbeweis noch nicht aus. Das Problem ist klärungsbedürftig und fordert weitere Untersuchungen.“³¹⁵ Dieses Zitat zeigt, dass somit auch offenbleibt, wie diese Erkenntnisse vom Autor bewertet werden, ob er sie als positiv oder negativ einstuft. Der Autor, und dieses Beispiel ist typisch für viele andere ähnliche Schriften, betont sogar, dass es nicht möglich ist, Schlussfolgerungen zu ziehen, und fordert zunächst Langzeitstudien. Die Artikel selbst sind damit häufig sehr neutral gehalten, es ist kaum möglich, allein aus den Worten eine klare Meinung auszumachen. Eine weitere Erkenntnis lässt etwas deutlicher eine Meinung hervortreten: So wird häufig über schwerwiegende Nebenwirkungen der oralen hormonalen Kontrazeption berichtet. Jedoch erfolgt im Anschluss kein, wie es zu vermuten wäre, Abraten von der Antibabypille. Stattdessen wird begründet, dass die beschriebenen negativen Nebenwirkungen auch ohne hormonelle Kontrazeption auftreten können, etwa während einer Schwangerschaft. So wird beispielsweise über die Beobachtung von Hirngefäßthrombosen unter Einnahme der oralen hormonalen Kontrazeption berichtet: „Demgegenüber liegt die Erwartungsmortalität während einer Gravidität mit Geburt und Wochenbett etwa 17mal höher als die jährliche Erwartungsletalität an Lungenembolie oder zerebrovaskulärer Thrombose nach Einnahme antikonzeptioneller Steroide.“³¹⁶ An anderer Stelle heißt es zudem noch deutlicher: „Dabei ist allerdings zu

³¹⁵ Goertchen (1973), S. 164.

³¹⁶ ebd., S. 164.

bedenken, daß das Thromboembolierisiko während einer Schwangerschaft einschließlich Geburt und Wochenbett um ein Vielfaches höher liegt.“³¹⁷ Hieraus kann geschlussfolgert werden, dass Nebenwirkungen zwar bekannt waren, jedoch nicht als dramatisch angesehen wurden, sondern stattdessen vielmehr durch den Vergleich mit meist Schwangerschaft-Situationen abgeschwächt wurden. Es würde jedoch zu weit gehen, eine Verharmlosung der Nebenwirkungen zu konstatieren. Denn es wurden aus den Erkenntnissen über Nebenwirkungen durchaus Folgen gezogen. So wurden nämlich Kontraindikationen aufgestellt, anhand derer einigen Patientinnen von der Einnahme einer oralen hormonalen Kontrazeption abgeraten wurde. Dazu zählten zum Beispiel „Schlecht einstellbare klinische Diabetesfälle“³¹⁸, „Fälle mit echten Leberschäden und Dyskinesien im Bereich der ableitenden Gallenwege“³¹⁹ oder „Thromboembolien, Thrombophlebitiden und zerebrale Insulte allgemein“³²⁰. Im Zusammenhang solcher und zahlreicher weiterer Kontraindikationen tauchen aussagekräftige, starke Formulierungen auf, etwa „wird ebenfalls vor der Anwendung von Ovulationshemmern gewarnt.“³²¹ Dies legt nahe, dass den Verfassern bewusst war, dass eine orale hormonale Kontrazeption nicht für alle Frauen geeignet ist, und weist auf einen verantwortungsvollen Umgang mit dem neuen Präparat hin. Generell lässt sich konstatieren, dass die Einstellung zur Pille folgende ist: Die publizierende Ärzteschaft nahm das Präparat als Medikament durchaus ernst, es war wie die Vielzahl der Artikel zeigt ein beliebtes Forschungsobjekt. Der Umgang mit der Pille schwankt dabei zwischen einem verantwortungsvollen Umgang mit dem Medikament und einer vermeintlichen Entdramatisierung der Nebenwirkungen. Scheinbar war zur damaligen Zeit nicht klar, wie das Präparat eingestuft werden soll. Dies liegt nicht zuletzt an der verhältnismäßig kurzen Zeitspanne von lediglich zehn Jahren, in der noch nicht genug Erkenntnisse und

³¹⁷ Kühne (1972), S. 382.

³¹⁸ Brüscke (1969), S. 1582.

³¹⁹ ebd.

³²⁰ ebd.

³²¹ Pansold et al. (1974), S. 474.

Einschätzungen vorhanden sind. Dabei sind die Artikel in *Das Deutsche Gesundheitswesen* größtenteils neutral gehalten, es ist oft erst mit tieferführender Analyse erkennbar, welche Einstellung der jeweilige Verfasser gegenüber der Pille vertritt. Es werden keine klaren Meinungen geäußert, allerdings ist dies auch nicht Aufgabe eines wissenschaftlichen Artikels. Weiterhin sind auch keine Signalwörter zu finden, die die Meinung des Autors offen darlegen würden. Dennoch lässt sich wie die weiterführende Analyse zeigt durch das Vergleichen und eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Artikel ein Subtext ableiten.

4.1.6 Zwischen Sachlichkeit und leichten Meinungstendenzen: Die Zusammenfassung der ersten Analyseerkenntnisse

An dieser Stelle sollen die in diesem Kapitel gewonnenen Haupterkenntnisse zusammengefasst und gleichzeitig verdichtet werden. Die Analyse der fünf genannten Faktoren ergab, dass das medizinische Interesse in Phasen verläuft: Die Einführung der Pille löste keine übermäßige Artikelflut aus, das Hauptinteresse der Ärzte und Bevölkerung ist erst Mitte der 1970er Jahre auszumachen und schwächt gegen Ende des Beobachtungszeitraums auch wieder ab. Dies deckt sich mit den beobachteten Verkaufszahlen der Pille, die wie bereits erwähnt in den Anfangsjahren deutlich unter den Erwartungen lagen. Erst daraus resultierende politische Propagandamaßnahmen mit einer Verbreitung der Pille durch die Medien und Ärzteschaft führten in den folgenden Jahren zu erhöhten Zahlen von Pillennutzerinnen.³²² Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Pille nicht aufgrund ihrer wissenschaftlichen Innovation zum Erfolg wurde, sondern nur durch politische Unterstützung. Weiterhin wurde die Pille demnach in der medizinischen Forschung der DDR

³²² Vgl. Leo, König (2015), S. 81ff.

nicht als *das* revolutionäre Medikament angesehen, als das sie heute in Populärmedien oftmals gepriesen wird, wenn in journalistischen Artikeln etwa von einer „Pillen-Revolution“³²³ die Rede ist oder davon, wie dieses Medikament „die Welt erobert“³²⁴. Diese These wird auch durch die Tatsache gestützt, dass die Länge der entsprechenden Artikel sich nicht signifikant von der Länge anderer Artikel zu weiteren Themen unterscheidet. Die zweite Erkenntnis ist: Das beherrschende Thema, wenn es um die orale hormonale Kontrazeption geht, sind Nebenwirkungen. Die weitaus größte Anzahl der Artikel beschäftigt sich mit ihnen. Die Diskussion über die Nebenwirkungen beginnt Anfang der 1970er Jahre, in der Phase, als die Forschung zur Pille im Allgemeinen ein Hoch erreicht. Diese beiden ersten Erkenntnisse würden zunächst den Schluss nahelegen, dass die Einführung der Pille zwar durchaus registriert wurde und auf Interesse seitens der Ärzteschaft stieß, jedoch keine übermäßige Euphorie auslöste. Zudem erfolgte scheinbar stattdessen eine kritische Betrachtung der Pille, insbesondere eine Darstellung der möglichen Nebenwirkungen. Dass diese Artikel zu Nebenwirkungen der Pille jedoch offensichtlich keine Kritik gegenüber der Pille beinhalten, zeigt sich im folgenden Analysekapitel. Eine weitere Erkenntnis kehrt diese Schlussfolgerung zwar nicht ins Gegenteil um, mildert sie jedoch etwas ab: Die beobachteten, zum Teil gravierenden Nebenwirkungen geben den Ärzten keinen Anlass, am Medikament Pille selbst zu zweifeln, sondern werden abgeschwächt und relativiert. Auch wenn trotzdem Kontraindikationen für die Einnahme der Pille erarbeitet wurden. Nicht ein einziges Mal ist jedoch negativ von der Pille und einem Scheitern dieser die Rede, stattdessen wurde ihr Erfolg trotz allem nie angezweifelt und es wurde an ihr festgehalten. Dazu passt auch eine weitere Feststellung: Die Pille wird während des gesamten Untersuchungszeitraums in den Artikeln des *Deutschen Gesundheitswesens* als *das* Mittel der Empfängnisverhütung diskutiert. An keiner Stelle der besagten Artikel werden andere Methoden zur Empfängnisverhütung in erster Linie der Pille

³²³ <http://www.n-tv.de/wissen/Sexuelle-Befreiung-und-Geburtenknickarticle859129.html>.

³²⁴ <http://www.welt.de/gesundheit/article7514733/Wie-die-Pille-in-fuenfJahrzehnten-die-Welt-eroberte.html>.

vorgezogen. Zuletzt muss noch erwähnt werden, dass die Formulierungen in den Artikeln zumeist sehr neutral gehalten sind. Handfeste Meinungen sind anhand der Worte in den Artikeln auf den ersten Blick nicht auszumachen.

4.2 Inhaltliche Analyse

4.2.1 These 1: Positive Äußerungen werden instrumentalisiert, negative abgeschwächt

In den vorangehenden Unterkapiteln wurden die zu untersuchenden Artikel anhand quantitativer Faktoren analysiert. Der Schwerpunkt lag hierbei auf formalen und strukturellen Aspekten der Artikel. Die hieraus abgeleiteten Auffälligkeiten werden nun zu zwei konkreten Thesen verdichtet, die im Folgenden durch eine qualitative, inhaltliche Analyse genauer erörtert werden.

Die erste These lautet, dass positive Aussagen instrumentalisiert werden und der Pille zum Aufstieg verhelfen. Negative hingegen werden zunichtegemacht. Während bei einer Betrachtung der externen Faktoren der Artikel zunächst der Eindruck entsteht, der Subtext der Artikel sei auf Grund von nicht vorhandenen negativ oder positiv zu bewertenden Worten und Formulierungen meist neutral, ergeben sich bei einer detaillierteren inhaltlichen Analyse, die über eine Betrachtung der Wortwahl hinausgeht, weiterführende Eindrücke: Widmet man sich dem Inhalt der Artikel nämlich genauer, so wird deutlich, dass bei nur sehr wenigen Artikeln wirklich eine konkrete negative Kernaussage in Bezug auf die Pille und Verhütung generell getroffen wird. Im Gegensatz dazu können sehr viele Artikel insgesamt als positiv eingeschätzt werden, vor allem, wenn der bereits im hinführenden Kapitel der Dissertation beschriebene, geschichtliche

Hintergrund der DDR mit in die Betrachtung einbezogen wird. Der erste dieser Artikel mit positiver Kernaussage zur Pille erschien bereits im April 1964, ein Jahr vor der Einführung der Pille in der DDR. Es ist der fünfte aller zum Thema erschienenen Artikel in *Das Deutsche Gesundheitswesen*. Er trägt den Titel „Die Familienplanung aus gesellschaftlicher Sicht“³²⁵. Der Autor des Artikels ist der bereits bekannte Karl-Heinz Mehlan, der als Vater der Pille gilt und bereits das Ministerium für Gesundheitswesen in Fragen der Antikonzeption beraten hatte. Sein Artikel beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Thema Familienplanung. Dabei ist er der Meinung, dass die „Antikonzeption in den Händen der Frau“³²⁶ liege, und er bezeichnet die Verhütung als einen wichtigen „Bestandteil ihrer vollen Emanzipation“³²⁷. Nur so können seiner Ansicht nach illegale Aborte verhindert werden und darum müsse man „energisch für die Antikonzeption eintreten“³²⁸. Noch vor der offiziellen Markteinführung der Pille äußert damit ein Autor, der in der DDR zu diesem Thema ein hohes Ansehen genießt, die Meinung, die hormonale Antikonzeption sei für die Zukunft essentiell und leiste einen wichtigen Beitrag zur Emanzipation der Frauen. Mehlan spricht der Pille damit sogar eine gesellschaftliche Relevanz zu und rückt sie aus der Medizin heraus in den Mittelpunkt einer Diskussion um die Stellung der Frau in der gesellschaftlichen Gesamtstruktur. Dies tut er, indem er die Illegalität von Aborten, die zu dieser Zeit wie erwähnt sowieso ein vieldiskutiertes Thema waren, noch einmal verdeutlicht und zudem starke und wirkungsvolle Worte wie etwa „energisch“³²⁹ oder „konsequent“³³⁰ verwendet. Noch positiver erscheint Mehlangs erster Artikel, wenn bedacht wird, dass sich nur kurz zuvor viele Mediziner bei einer Tagung kritisch über die Einführung der Pille in den USA geäußert hatten. Der Grund für diese Äußerungen: Die Auswirkungen einer dauerhaften Hormoneinnahme waren noch zu unsicher und

³²⁵ Vgl. Mehlan (1964b), S. 740-746.

³²⁶ ebd., S. 744.

³²⁷ ebd., S. 744.

³²⁸ ebd., S. 745.

³²⁹ ebd., S. 745.

³³⁰ ebd., S. 743.

nicht erforscht.³³¹

Vor dem Hintergrund der in den Grundlagenkapiteln ausgeführten geschichtlichen Fakten liegt hier die Vermutung nahe, dass die Pille im Artikel Mehlers als besonders positiv dargestellt wird, um daraus auch wirtschaftliche, wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Vorzüge ziehen zu können. Die Pille wurde demnach zu einem wichtigen Instrument, um das von der SED propagierte Rollenmuster der Frau zu ermöglichen. Das strukturpolitische Ziel der sozialistischen Familie mit erwerbstätigen Müttern war durch die Anwendung einer zuverlässigen Kontrazeption wie der Pille realisierbar. Durch die eigenständige Bestimmung des Zeitpunktes der Schwangerschaft war die von der Regierung bestimmte Rolle der Frau durchführbar. Das vorrangige propagierte Ziel hierbei schien die Emanzipation der Frau.³³² Durch unterstützende staatliche Maßnahmen wie Qualifizierungsprogramme speziell für Frauen und Einrichtungen von Kindertagesstätten für die arbeitende Mutter beispielsweise war bereits Mitte der fünfziger Jahre die Hälfte aller Frauen in der DDR berufstätig.³³³ Dennoch zeigte sich in der dadurch scheinbar erreichten Gleichberechtigung ein großer Unterschied: Es waren ausschließlich Frauen, die Hausarbeit und Beruf vereinbaren mussten. Die Rolle der berufstätigen Frau war eine zusätzliche und ersetzte nicht die Rolle der Hausfrau.³³⁴ Auch der Weg der Ausbildung unterschied sich teilweise in dem der Männer. Das politische Ziel möglichst vieler Frauen in der Erwerbstätigkeit forderte gleichzeitig einen relativ schnellen Abschluss der Ausbildung, wodurch durchaus Abstriche in der Qualität dieser gemacht wurden.³³⁵ Weiterhin blieben nicht selten höhere innerbetriebliche Posten ausschließlich Männern vorbehalten.³³⁶ Dass hierbei eine gezielte Instrumentalisierung der Frauen stattfand, zeigt sich beispielsweise in einem Artikel der Betriebszeitung der Leipziger Baumwollspinnerei: Hierin werden lobend die staatlichen

³³¹ Vgl. Leo, König (2015), S. 165.

³³² Vgl. Budde (1997), S. 10.

³³³ Vgl. ebd., S. 10.

³³⁴ Vgl. ebd., S. 109.

³³⁵ Vgl. ebd., S. 81.

³³⁶ Vgl. ebd., S. 105.

Einrichtungen wie etwa Kindereinrichtungen erwähnt, die es Müttern ermöglichen, einer Arbeit nachzugehen. Der Artikel fordert auch mit der provokativen Frage „Wann hilfst du?“ die Frauen zu Demut und Dankbarkeit gegenüber dem Staat auf.³³⁷ Die propagierte Emanzipation und Gleichberechtigung zum Wohl der Frau muss demnach unter Vorbehalt gesehen werden. Die Rolle der Frau schien lediglich einer beliebten und öffentlich zur Schau gestellten Ideologie der DDR-Regierung zu entsprechen.³³⁸ Doch nicht nur die Emanzipation der Frau sollte mit Einführung der oralen hormonalen Antikonception erreicht werden. Das DDR-Regime wollte dadurch außerdem den Anschluss an die internationale Wissenschaft wahren und die finanziellen Möglichkeiten der Pillenproduktion ausschöpfen. Dafür spricht auch die Tatsache, dass es sich bei Karl-Heinz Mehlan um einen bekanntermaßen staatsnahen Wissenschaftler handelt.

Auch der erste Artikel nach Markteinführung von Ovosiston³³⁹ betont noch einmal, dass die „Wirksamkeit und Verträglichkeit den vergleichbaren westdeutschen und ausländischen Präparaten“ entspricht.³⁴⁰ Auch hier sollen noch einmal alle Zweifel am Präparat ausgeräumt und der Anschluss an die internationale Wissenschaft aufgezeigt werden. Dazu bezeichnet der Artikel die antikonzeptionelle Wirkung des Präparats als „100%ig“³⁴¹.

Ein weiterer auffallend positiver Artikel erschien im Dezember 1967³⁴², zu einer Zeit als Ovosiston unter Frauen noch nicht allzu bekannt war und demnach noch keine große Verbreitung aufweisen konnte. Dieser Artikel argumentiert, dass eine Grundsatzdiskussion über die Pille selbst unnötig sei, da ihre Existenz bereits jetzt eine Berechtigung habe. Es sei daher nicht nötig, „Ausführliches über die sogenannten Ovulationshemmer zu berichten“³⁴³. In diesem Artikel kommt auch das Thema Nebenwirkungen zur Sprache, es wird

³³⁷ Vgl. Budde (1997), S. 111.

³³⁸ Vgl. ebd., S. 78.

³³⁹ Kühne (1966), S. 377-379.

³⁴⁰ ebd., S. 379.

³⁴¹ ebd., S. 378.

³⁴² Vgl. Scholz (1967), S. 2326-2330.

³⁴³ ebd., S. 2326.

hier allerdings lediglich eine davon betont, die nach Meinung des Autors besonders erwähnt werden³⁴⁴ sollte: die Steigerung der Libido. Der Verfasser führt weiterhin sogar den positiven Nutzen dieser Wirkung konkret vor Augen, indem er von einer „Verbesserung der ehelichen Beziehung“³⁴⁵ spricht. Auch hier wird der Nutzen der Pille wieder aus der Medizin heraus in einen größeren Zusammenhang gesetzt, indem ihre positive Auswirkung auf die gesamte Paarbeziehung aufgezeigt wird. Kennt man jedoch die zahlreichen auch negativen Nebenwirkungen und weiß man, dass zu dieser Zeit bekannt war, dass längst nicht alle Langzeit-Nebenwirkungen abgeschätzt werden konnten³⁴⁶, zeigt sich noch deutlicher: Es scheint als wurde in diesem Artikel ganz gezielt nur eine positive Nebenwirkung herausgegriffen und aufgezeigt, nämlich diejenige, die die größte Überzeugungskraft für eine Einnahme unter potentiellen Anwenderinnen besitzt, weil sie einen direkten Einfluss auf das tägliche Leben besaß. Dies ist zudem so offensichtlich, dass es die Vermutung nahelegt, dass es sich hierbei nicht um einen Zufall oder eine Unwissenheit des sicherlich versierten, geschulten und belesebenen Autors handeln kann. Ein weiterer positiver Artikel, der ebenfalls durch ein Argument aus dem Alltag der Anwenderinnen überzeugen möchte, erschien im Jahr 1969 und berichtet über „Erfahrungen mit Ovoviston zur Konzeptionsverhütung“³⁴⁷. Auffallend sind hier die Ausführungen zur Nebenwirkung der Gewichtszunahme, die zu diesem Zeitpunkt bereits von vielen Anwenderinnen als belastend beschrieben wurde. Zur Entlastung führt der Autor des Artikels folgende Erklärung ins Feld: Nicht die Hormone seien für die Zunahme verantwortlich, die Ursache liege stattdessen „in einer größeren Ruhe“³⁴⁸ im Alltag und „gesteigerter Lebenslust“³⁴⁹ der Nutzerinnen, hervorgerufen durch das Vorhandensein einer sicheren und verlässlichen Verhütungsmethode. Auch Gunter Göretzlehner äußerte sich später in einem Interview zu dieser von Anwenderinnen

³⁴⁴ Scholz (1967), S. 2329.

³⁴⁵ ebd., S. 2329.

³⁴⁶ Vgl. Leo, König (2015), S. 87.

³⁴⁷ Vgl. Geschke (1969), S. 121-125.

³⁴⁸ ebd., S. 123.

³⁴⁹ ebd., S. 123.

beobachteten negativen Nebenwirkung der Gewichtszunahme. Wie erwähnt war Göretzlehner zum Zeitpunkt der Einführung von *Ovosiston* Assistenzarzt des Universitätsklinikums Rostock und setzte sich sehr engagiert für die Pille ein.³⁵⁰ Dies spiegelt sich auch in der Anzahl der Artikel wider, denn mit 15 Publikationen der analysierten Artikel ist Göretzlehner der Autor mit den vierthäufigsten Artikeln im Untersuchungszeitraum. Ob sein Interesse an der Verbreitung der Pille vorrangig daher rührte, dass er im Auftrag von VEB Jenapharm die Verträglichkeit der Pille beobachten sollte, lässt sich nicht bestätigen. Jedoch sollte diese Tatsache nicht unberücksichtigt bleiben. 50 Jahre später, zu einem Zeitpunkt an dem die Gewichtszunahme unter hormonaler Antikonzeption als Nebenwirkung nicht mehr in Frage gestellt wurde, gibt sich Göretzlehner in einem Interview weiterhin überzeugt, die Gewichtszunahme unter den Nutzerinnen sei ihrer Ernährung und nicht den Hormonen geschuldet gewesen.³⁵¹ Göretzlehner ist hier, neben Mehlan, das zweite Beispiel eines bekanntermaßen staatsnahen Wissenschaftlers, der sich über alle Zweifel hinweg nicht von einer positiven Einschätzung der Antikonzeption abbringen lässt.

Auch in den folgenden siebziger und achtziger Jahren findet man eine Vielzahl solcher Artikel, die die Nutzung der Pille trotz der wachsenden Kenntnis von Nebenwirkungen als positiv bewerten. So beispielsweise der Artikel „Zur Akzeptabilität verschiedener methodischer Prinzipien der oralen Kontrazeption“ aus dem Jahr 1975. Hierin wird die „Methode der oralen Kontrazeption [...] als integrierender Bestandteil einer individuellen Familienplanung“ bezeichnet.³⁵² Der Artikel bewirbt ein neues Präparat zur oralen Kontrazeption namens *Deposiston*, welches durch eine wöchentliche statt tägliche Einnahme Vorteile gegenüber *Ovosiston* bieten soll. Obwohl im Jahr 1974 bereits etwa vierzig Prozent der Frauen der DDR im gebärfähigen Alter mit der Pille verhüten, erhofft man sich mit einer vielfältigeren Auswahl an Präparaten „den Kreis derer

³⁵⁰ Vgl. Leo, König (2015), S. 93.

³⁵¹ Vgl. ebd., S. 164.

³⁵² Klinger et al. (1975), S. 854

zu erhöhen, die sich für eine hormonale Kontrazeption entscheiden“.³⁵³ Dies verdeutlicht die befürwortende Einstellung gegenüber der Pille, die auch zehn Jahre nach Einführung der Pille in der DDR propagiert wurde. Obwohl bereits fast die Hälfte aller Frauen im fertilen Alter die Pille nutzte, sollten weitere Maßnahmen folgen, um eine Steigerung der Zahl der Nutzerinnen zu bewirken. Generell fällt auf, dass all diese Artikel in die Zeit fallen, in der die öffentliche Werbung pro Ovoston bereits begonnen hatte und die Ärzte vom Staat, aber auch von ihren eigenen Kollegen dazu angehalten wurden, sich in Veröffentlichungen positiv zur Pille zu äußern und Argumente für eine Anwendung der Pille unter der Bevölkerung zu verbreiten.

Neben den Artikeln, die sich positiv zur Pille äußern, finden sich auch Artikel, die durchaus einen negativen Aspekt der Pille ansprechen. Hierbei fällt auf, dass derartige Artikel zuallermeist durch eine positive oder entschärfende Erwiderung ergänzt werden.

In den Anfangsjahren rund um die Einführung von Ovoston wurde in nur einem veröffentlichten Artikel³⁵⁴ eine mögliche negative Auswirkung der Pille angesprochen: Im Jahr 1966 erforscht der Autor, zunächst auf ganz neutrale Art und Weise, durch eine Befragung von schwangeren Frauen, ob es sich bei den bestehenden Schwangerschaften um Wunsch Kinder handelte. Der Artikel kommt zu dem Schluss, dass „nur etwa 1/3 aller ausgetragenen Schwangerschaften erwünscht“³⁵⁵ waren. Zwar betont der Artikel, keine Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen ziehen zu wollen, jedoch wird am Ende provokant die Frage aufgeworfen, inwieweit eine sichere und unschädliche Verhütung einen Einfluss auf die Zahl der Schwangerschaften und damit die Bevölkerungspyramide haben werde. Hier wird direkt auf die Befürchtung vieler Bezug genommen, Ovoston könne einen Geburtenrückgang provozieren – und das in einem Staat, der eine hohe

³⁵³ Klinger et al. (1975), S. 857.

³⁵⁴ Vgl. Bässler (1966), S. 639-642.

³⁵⁵ ebd., S. 642.

Geburtenrate eines seiner erklärten Ziele nennt und diese immer weiter steigern möchte, um die Arbeitskraft und Produktivität der Industrie zu erhöhen und das Land voranzubringen. Ist man sich dieser geschichtlichen Tatsache bewusst, wird deutlich, wie negativ konnotiert der Artikel und seine Schlussfrage zu verstehen ist. Hier sowie auch in weiteren Ausgaben von *Das Deutsche Gesundheitswesen* fällt auf, dass negative Artikel selten für sich stehenblieben, sondern durch positive Erwiderungen ergänzt wurden. So erschien im Jahr darauf eine auf diesen Artikel bezugnehmende Veröffentlichung³⁵⁶, in der die Aussage aufgrund von nicht „einwandfreier Methodik“³⁵⁷ oder fraglichen Schlussfolgerungen des Autors angezweifelt wird. Der Autor maßregelt zudem, eine gute Familienpolitik solle generell einen „Angriffspunkt“³⁵⁸ für den Erhalt der Bevölkerung darstellen und keine „Ablehnung der Antikonzeption“³⁵⁹ betreiben. Er fordert damit eine Art Bestimmung ein, in welche Richtung Artikel zum Thema Pille und Antikonzeption seiner Meinung nach argumentieren sollten – liefert für diese Forderung jedoch keine stichhaltige Begründung.

In einem weiteren Beispiel wird eine zunächst negative Auswirkung der Pille vom Autor selbst widerlegt: In einem Artikel über den Anstieg von Geschlechtskrankheiten seit Einführung der Pille³⁶⁰ weist der Autor diesen Anstieg zwar nach und führt als Erklärung eine mögliche Promiskuität ins Feld, betont aber ausdrücklich, dass es nicht das Ziel der Untersuchung gewesen sei, „die Nutzung und Einnahme von Kontrazeptiva einer Kritik auszusetzen.“³⁶¹ Mit diesem letzten Satz stellt der Autor den Sinn seines gesamten Artikels in Frage. Es bleibt keine Schlussfolgerung oder Erkenntnis übrig, stattdessen widerspricht sich der Autor förmlich selbst.

Es scheint, als möchte der Autor die negative Auswirkung der Pille auf die Gesellschaft zwar aufzeigen, will dies aber nicht in letzter Konsequenz

³⁵⁶ Vgl. Schorr (1967), S. 666-667.

³⁵⁷ ebd., S. 667.

³⁵⁸ ebd., S. 667.

³⁵⁹ ebd., S. 667.

³⁶⁰ Vgl. Lehmann-Franken (1973), S. 2098f.

³⁶¹ ebd., S. 2099.

verantworten. Ob der Autor hierbei eine eigene Zensur durchführte oder die Aussage des Artikels sogar von der Redaktion bearbeitet wurde, lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen.

Dies zeigt die Vorsicht, mit der im Umfeld negativ zu verstehender Aussagen gehandelt wird. Zudem verdeutlicht es, dass offensichtlich versucht wird, negative Nebenwirkungen der Pille nicht als Meinung eines Autors, sondern nur als vorsichtige Hinweise anklingen zu lassen. Es führt zudem vor Augen, dass den Autoren der Artikel die an sie gestellten Erwartungen sehr wohl bewusst sind.

Als weiteres Beispiel, in dem negative Folgen der Pille zwar aufgegriffen aber gleichzeitig zerstreut werden, kann ein Artikel aus dem Jahr 1985 mit dem Titel „Die venöse Blutströmung unter dem Einfluß hormonaler Kontrazeption“³⁶² angeführt werden. Darin wird festgestellt, dass die „Einnahme hormonaler Kontrazeptiva mit einem Thromboserisiko belastet ist“³⁶³. Es handelt sich dabei um eine Tatsache, die heutzutage außer Frage steht und durch wissenschaftliche Studien bewiesen wurde. Im selben Jahr erscheint ein Erwiderungsartikel, in dem betont wird, dass zum damals aktuellen Zeitpunkt bereits niedriger dosierte Hormonpräparate verwendet werden, als dies zum Zeitpunkt der Studie des obengenannten Artikels der Fall war. Hier wird demnach die Thrombosegefahr relativiert, die von der Pille ausgehen könnte.³⁶⁴ Sicherlich muss bedacht werden, dass zum damaligen Zeitpunkt das Wissen über physische Auswirkungen der Hormoneinnahme nicht so fundiert war, wie dies heute der Fall ist. Jedoch wird die Aussage eines möglichen Thromboserisikos in Folge der Hormone gar nicht erst diskutiert, sondern mittels Erwiderungsartikel im Keim erstickt.

Weiterhin erscheint ein Jahr später eine zweite Erwiderung auf den Artikel, die vom bereits erwähnten staatsnahen Mediziner Gunther Göretzlehner verfasst

³⁶² Vgl. Schott (1985), S. 407-409.

³⁶³ ebd., S. 407.

³⁶⁴ Vgl. Hartwich (1985), S. 1103.

wurde. Darin beschuldigt er den Autor Schott, Chefarzt der Inneren Medizin des Heinrich-Braun-Krankenhauses in Zwickau, mit „nicht exakt erhobenen Befunden“³⁶⁵ gearbeitet zu haben, die beim Lesen eine „unberechtigte Verunsicherung“³⁶⁶ der Kollegen auslöse. Hier fallen vor allem die Formulierungen wie „unberechtigt“ und „nicht exakt“ auf, die stark negativ und bestimmend wirken und so die Dringlichkeit und Richtigkeit des Gesagten unterstreichen sollen. Noch in derselben Ausgabe von *Das Deutsche Gesundheitswesen* äußert sich Schott in einem weiteren Artikel zu den genannten Vorwürfen. Er widerlegt seine Untersuchungsergebnisse nicht, hebt aber hervor, dass es nicht sein Anliegen war „die hormonale Kontrazeption zu verneinen“.³⁶⁷ Abschließend nimmt sogar der Chefredakteur von *Das Deutsche Gesundheitswesen* Stellung und mahnt, veröffentlichte Ergebnisse in ihrer Richtigkeit zu überprüfen. Er wirft Schott zudem vor, dies nicht getan zu haben. Damit schließt er die Diskussion ab und stellt das Thromboserisiko der Pille und die Wissenschaftlichkeit und Korrektheit von Schotts Untersuchung in Frage.³⁶⁸ Diese zahlreichen Erwidern vermitteln in der Analyse den Eindruck, dass sich offensichtlich um eine Korrektur negativer Eindrücke zur Pille bemüht wird. Die Einmischung des Chefredakteurs führt vor Augen, dass es sich hierbei um ein Thema handelt, das an die höchste Stelle getragen wurde und daher von außerordentlicher Wichtigkeit war.

Die Diskussion verdeutlicht darüber hinaus bereits die Schlüsselrolle in der Werbung für die Pille, die den Medizinern vom Staat zuteilwurde. Sie legt den Schluss nahe, dass Mediziner angehalten waren, die Unsicherheit der Bevölkerung, und dafür auch die der gesamten Ärzteschaft, über die Pille auszulöschen. Nicht umsonst fühlt sich der Autor des ursprünglichen Artikels in einer zweiten Äußerung dazu genötigt seine Absichten klarzustellen, die Pille in einem negativen Kontext zu erwähnen.

³⁶⁵ Göretzlehner (1986), S. 2155.

³⁶⁶ ebd., S. 2155.

³⁶⁷ Schott (1986), S. 2157.

³⁶⁸ Vgl. *abschließende Stellungnahme (1986)*, S. 2175.

Im gesamten analysierten Zeitraum gibt es nur drei Artikel, die ausschließlich und deutlich negativ berichten und nicht durch eine Gegenargumentation ins Gegenteil verkehrt wurden. Zwei dieser Artikel erschienen Anfang der 1970er Jahre. Der eine zeichnet sich durch seine extreme Kürze aus, es handelt sich um einen der kürzesten Artikel des gesamten Untersuchungszeitraums.³⁶⁹ Er zeigt die Hypertonie als Kontraindikation auf und führt an, dass eine Einnahme der Pille eine bestehende Hypertonie verschlechtert. Damit beschreibt er eine unerwünschte Nebenwirkung der Pille. Auffällig ist, dass der Autor des Artikels vorsichtig agiert: Er nimmt das Wort Nebenwirkungen nicht in den Mund und fordert auch keine Nichteinnahme der Pille bei Hypertonie, sondern legt diese Schlussfolgerung seinen Kollegen lediglich als Empfehlung nahe. Dies zeigt sich etwa durch Formulierungen wie „sollte man [...] Abstand nehmen“.³⁷⁰ Zudem wird augenscheinlich, dass es sich beim Bericht nur um eine ganz sachliche Darstellung eines Untersuchungsergebnisses handelt, nicht aber um eine Meinungsbekundung. Wenn hier demnach von einem negativen Artikel gesprochen wird, ist dies nicht zu verstehen als Meinungsmache gegen die Pille, sondern als Darlegen einer unerwünschten Nebenwirkung, die sich negativ auf das Image der Pille auswirken könnte. Der zweite negative Artikel³⁷¹ zeigt die vorsichtige Vorgehensweise des Autors noch deutlicher. Dieser konstatiert ein verändertes EEG sowie eine gesteigerte zerebrale Erregbarkeit und damit eine mögliche Induktion einer Epilepsie unter Einnahme der Pille. Er schlussfolgert ebenfalls sehr bedacht: „Schließlich wäre zu erwägen, ob hormonale Kontrazeptiva in allen Fällen bedenkenlos verordnet werden können.“³⁷² Die Vorsicht der Formulierung tritt noch deutlicher zu Tage, wenn diese negativen Artikel mit den vielen positiven Artikeln verglichen werden. Dabei fällt ein weiterer Aspekt auf: Positive Äußerungen werden nie so vorsichtig und vage formuliert, zudem werden Schlussfolgerungen zumeist auch als Wahrheiten und unumgängliche Anweisung und nicht nur als Empfehlung

³⁶⁹ Vgl. *Auftreten einer Hypertonie (1971)*, S. 1860.

³⁷⁰ ebd., S. 1860.

³⁷¹ Vgl. Werner et al. (1972), S. 998-1001.

³⁷² ebd., S. 1001.

dargestellt.

So zum Beispiel in einem Artikel von 1967, in dem außer Frage gestellt und klar formuliert wird, dass „die Ovulationshemmer nicht gesundheitsschädigend sind“.³⁷³ Auch wird deutlich, dass Artikel, die Positives über die Pille zu berichten haben, oftmals keine rein sachliche Darstellung von Untersuchungsergebnissen sind, sondern einen Schritt weitergehen und die Pille direkt mit positiven Worten assoziieren und eine positive Meinung des Autors gegenüber der Pille erkennen lassen.

Ein dritter Artikel mit negativer Kernaussage³⁷⁴ konstatiert, dass „alle oralen Kontrazeptiva potentiell lebertoxisch“³⁷⁵ sind. Die Schlussfolgerung: Ein bestehender Leberschaden wird als Kontraindikation der Pille ausgesprochen. Dieser Artikel ist demnach der einzige, der eine deutlich negative Aussage und Schlussfolgerung beinhaltet, diese weder verschleiert noch verharmlost und ohne direkte Erwiderung stehen bleibt.

Zudem lassen sich in vielen Artikeln immer wieder die gleichen Methoden finden, wie mit unerwünschten Wahrheiten in Bezug auf die Pille umgegangen wird: So schließen zahlreiche Artikel, in denen negative Nebenwirkungen der Pille benannt werden, mit der Forderung, dass zunächst weitere Studien nötig sind und daher finale Schlussfolgerungen zum aktuellen Zeitpunkt nicht in sicherem Zusammenhang mit der Pille gesehen werden können. Ein Beispiel hierfür ist der Artikel „Hirngefäßthrombosen nach hormonaler Kontrazeption“. Er berichtet von einer etwa sechsfach erhöhten Letalität an thromboembolischen Komplikationen in Verbindung mit der oralen hormonalen Kontrazeption.³⁷⁶ Dabei handelt es sich um einen Bericht über eine sehr schwerwiegende Komplikation der Pille. Doch anstatt hieraus Konsequenzen zu ziehen, konstatiert der Autor, dass ein schlüssiger Zusammenhang noch nicht ausgemacht werden könne, da dafür zunächst weitere Studien notwendig seien.

³⁷³ Scholz (1967), S. 2330.

³⁷⁴ Vgl. Fengler et al. (1978), S. 1251-1255.

³⁷⁵ ebd., S. 1255.

³⁷⁶ Goertchen (1973), S. 161-164.

Natürlich sind in der Forschung verschiedene Studien nötig, um Nebenwirkungen eines Medikamentes zuverlässig angeben zu können. Hierbei fällt jedoch im Vergleich mit Artikeln über positive Erkenntnisse in Bezug auf die Pille auf, dass diese dagegen nicht in Frage gestellt werden und auch nicht durch weitere Studien verifiziert werden müssen.

Im Hinblick auf mögliche Langzeitwirkungen der Pille, beispielsweise das unter Anwenderinnen gefürchtete erhöhte Krebsrisiko, ist es sicherlich richtig, Langzeitstudien zu fordern. Aber auch hier fällt auf, dass Mediziner oft beruhigend auf Nutzerinnen einwirken, indem ein erhöhtes Krebsrisiko verneint wird.³⁷⁷ Dabei müsste hier das Argument der notwendigen weiteren Studien genauso oder sogar noch dringender angebracht werden.

In einem Artikel aus dem Jahr 1969³⁷⁸ werden zudem die anfänglich formulierten Abgabebeschränkungen auf Grund einiger Kontraindikationen und möglicher Nebenwirkungen entkräftet. Es wird darin gemutmaßt, ob diese Nebenwirkungen lediglich durch die damaligen unzureichenden Produktionsmöglichkeiten bedingt waren und sich demnach bereits erledigt hatten. Dies zeigt einmal mehr, dass der Eindruck vermittelt wird, dass zu jedem Bedenken eine positive Lösung angeboten werden kann, die diese Bedenken schnell ausräumt und als unzulänglich darstellt.

Ebenso lässt sich im genannten Artikel eine weitere Methode der Infragestellung unerwünschter Erkenntnisse feststellen. Dabei handelt es sich um keinen Einzelfall, sondern diese ist in gleicher Weise in einer Vielzahl weiterer Artikel zu finden: Unerwünschte Wirkungen der Pille werden oft mit unerwünschten Folgen während einer Schwangerschaft verglichen. So wird die Letalität der thromboembolischen Komplikationen unter Einnahme der Pille ins Verhältnis gesetzt zu der Letalität von Frauen im Zeitraum der Schwangerschaft bis zum Wochenbett. Das Ergebnis ist, dass die Letalität dabei um ein 17-Faches höher sei. Im Falle einer unerwünschten Schwangerschaft, die nicht durch eine sichere Verhütung verhindert werden konnte, setze man Frauen

³⁷⁷ Vgl. Köhler; Handreg (1979), S. 2227.

³⁷⁸ Vgl. Geschke (1969), S. 121-125.

einem weit höheren Risiko aus, schlussfolgert der Autor des Artikels. Dabei erscheint der Vergleich eines natürlichen Prozesses wie der Schwangerschaft mit der künstlichen, externen Zufuhr von Hormonen jedoch mehr als fragwürdig. Zudem rechtfertigt die Tatsache, dass es Situationen mit noch höherem Risiko gibt, sicherlich keine Akzeptanz einer riskanten Nebenwirkung.

Auch unter Nutzerinnen lässt sich die Auffassung finden, keine Nebenwirkung sei so schlimm wie eine unerwünschte Schwangerschaft.³⁷⁹ Die Meinung unter den Frauen zeigt sich also äquivalent zu der Analyse der Artikel in *Das Deutsche Gesundheitswesen*. Nebenwirkungen wurden als unabdingbar akzeptiert, ein Absetzen der Pille aufgrund von Nebenwirkungen nur in sehr seltenen gravierenden Fällen empfohlen, während die Nebenwirkungen ebenso in Verhältnis zu denen einer unerwünschten Schwangerschaft gestellt werden. Das starke Eintreten der Mediziner für die Pille durch den Auftrag des Staates erreichte über die Leserschaft der Ärzte direkt die potentiellen und tatsächlichen Anwenderinnen. Die unerwünschten Wirkungen der hormonalen Kontrazeption wurden kleingeredet, Nutzerinnen, selbst wenn sie Nebenwirkungen bemerkten, konnten somit auf wenig kompetenten Rat oder Hilfe ihrer Ärzte hoffen.³⁸⁰

Die zumindest offiziell propagierte Unbedenklichkeit der Pille scheint sich demnach auf die Meinung der Nutzerinnen zu übertragen.

Eine weitere erkennbare Methode ist es, die Errungenschaften der Pille als so positiv darzustellen, dass diese mögliche negative Nebenwirkungen rechtfertigen. Dies wird durch einem Artikel deutlich, in dem es um das vielfach diskutierte erhöhte Thromboserisiko unter der Einnahme der Pille geht, das, wie gezeigt, mehrfach in Frage gestellt wird und in einem Artikel gar als ein lediglich hypothetisches Risiko verharmlost wird.³⁸¹

Zudem heißt es hier weiterhin, dass „unerwünschte Nebenwirkungen als ein geringer Preis für unübertroffene Effektivität dieser Therapie“ betrachtet werden müssen.³⁸²

³⁷⁹ Vgl. Kühne (1972), S. 382.

³⁸⁰ Vgl. Leo, König (2015), S. 165.

³⁸¹ Vgl. Kühne (1970), S. 2246.

³⁸² ebd., S. 2247.

Eine letzte beobachtete Methode ist es, die unerwünschte Nebenwirkung der Pille ins Gegenteil zu verkehren: Ein Artikel aus dem Jahr 1972 berichtet über eine beobachtete Erhöhung des Faktor VIII, eines wichtigen Faktors der Blutgerinnung, unter der Einnahme der Pille.³⁸³ Dieser Faktor kann in erhöhter Konzentration im Blut zu einer gesteigerten Thrombosegefahr führen. Der Artikel liefert folglich einen weiteren Beleg für ein erhöhtes Thromboserisiko bei Pilleneinnahme. Dies wird jedoch in keinem Satz erwähnt, die Aussage des Artikels wird stattdessen ins Positive gewendet und beschreibt die Pille als mögliche Therapie des Faktor VIII-Mangels, der Hämophilie.³⁸⁴ Interessant ist dabei weiterhin, dass in anderen Artikeln, in denen Studien aufgezeigt werden, die ein erhöhtes Risiko für Thrombosen belegen könnten, stets der Mangel eines „schlüssigen Zusammenhangsbeweis“³⁸⁵ angeklagt wird, der hiermit vielleicht geliefert werden könnte.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die gesamte Zeit der Einführung von Ovosiston durch eine gezielte Werbemaschinerie begleitet wurde, die sich auch in *Das Deutsche Gesundheitswesen* widerspiegelt. Diese setzte ein bei der Benennung von Ovosiston als Wunschkindpille, reichte über eine positive Berichterstattung bis hin zur Verschleierung möglicher negativer Elemente. Eine sachliche Darstellung der Nebenwirkungen, die in Studien belegt wurden, war vermutlich nicht gewünscht. Unerwünschte Wahrheiten und Nebenwirkungen hatten scheinbar keinen Platz in *Das Deutsche Gesundheitswesen* und wurden nicht zugelassen, beziehungsweise sogar aktiv durch Scheinargumente entkräftet und damit negiert. Die Vermutung, dass dies nicht zufällig geschah, wird nahegelegt durch den durchgeführten Vergleich des Umgangs mit positiven, dem Staatsziel entsprechenden, und negativen, den Zielen der DDR potentiell schädlichen, Aussagen. Informationen zu Risiken des Produkts waren nicht für die

³⁸³ Vgl. Sander et al. (1972), S. 2343-2346.

³⁸⁴ Vgl. ebd., S. 2346.

³⁸⁵ Goertchen (1973), S. 164.

Öffentlichkeit, beziehungsweise in diesem Fall für die Halböffentlichkeit der Ärzteschaft, bestimmt. Sämtliche Unsicherheiten über die Einnahme der Pille sollten vermieden werden. Die Medien der DDR, auch die Fachpublikationen, waren kein Ort, um Konflikte und Diskussionen auszutragen.

Die vermehrte Darstellung der positiven Aspekte der Pille sowie die Umkehrung von negativen Aspekten ins Positive verhalfen somit der Pille zu einem hohen Prestige unter der Bevölkerung.

Es erscheint möglich, dass ein Teil der Ärzteschaft den Staat dabei unterstützte, die Pille unter den Frauen der Bevölkerung zu etablieren: indem sie in ihren Fachartikeln Meinungen äußerten, die ihre Leser, einen Teil der Ärzte, in ihrer medizinischen Beratungsfunktion den Patientinnen gegenüber beeinflussen sollten.

Da die Verschreibung der Kontrazeption vollständig in den Händen der Ärzte lag, konnte eine Unsicherheit oder gar Skepsis unter Medizinerinnen Frauen von einer Einnahme abhalten. Dies wiederum konnte sich negativ auf die Verkaufszahlen der Pille auswirken und zu sinkenden Umsätzen, einem Vertragsbruch hinsichtlich der Produktionsbedingungen und einem internationalen wissenschaftlichen Reputationsverlust führen – alles Befürchtungen der DDR-Regierung, die durch Werbung für die Pille verhindert werden sollten. Diese Etablierung der Pille wurde nicht nur in öffentlichen Publikumsmedien geführt, sondern wie eben aufgezeigt auch unter der Ärzteschaft in deren wichtigster Fachzeitschrift.

Damit unterstützten die Ärzte die staatlichen Maßnahmen der Nachwuchsförderung und Gleichstellung der Frau mit dem Ziel der Produktivitätssteigerung der Industrie sowie der Wahrung des Anschlusses an die internationale Forschung und Produktion und eines möglichen Verkaufs im Ausland. Der Erfolg der Pille und ihr Siegeszug als unentbehrliches Medikament für die Frau zeigen die Wirksamkeit dieser Maßnahmen.

4.2.2 These 2: Die Pille ist essentieller Bestandteil der ärztlichen Praxis

Aus der vorangehenden These lässt sich eine weitere Schlussfolgerung ableiten: Problematische Erkenntnisse über die Pille führten nicht etwa dazu, dass diese infrage gestellt oder gar vom Markt genommen wurde. Dies zeigt deutlich, dass die Pille ein essentieller Bestandteil der medizinischen Praxis und des Alltags der Frauen in der DDR war. Den Ärzten kam dabei durch ihre beratende Position der Anwenderinnen eine besondere Rolle zu.

Diese Erkenntnis wird auf die Spitze getrieben, indem sogar eher die Einnahme von Medikamenten gegen die Nebenwirkungen der Pille in Betracht gezogen wurde, als dass ein Absetzen der Pille zur Debatte stand.

Ein Beispiel dafür lässt sich in einem Artikel aus dem Jahr 1974 mit dem Titel „Ovulationshemmer und Thromboembolie aus der Sicht des Internisten“³⁸⁶ finden. Hier wird wie bereits an anderer Stelle vom Risiko der Thromboembolien unter Einnahme oraler hormonaler Kontrazeption berichtet. Und auch hier wird wie bereits in anderen Artikeln empfohlen, die bisherigen Untersuchungsergebnisse zum Thema „mit Vorbehalt“³⁸⁷ zu betrachten, da ein Kausalzusammenhang noch nicht bewiesen sei. Weiterhin wird festgestellt, dass sich das Risiko ab dem dritten Einnahmezyklus normalisiere und laut Artikel „nicht wesentlich die oberen Normwerte“³⁸⁸ überschreite. Der Autor erwägt daraufhin die Möglichkeit einer Dauerbehandlung mit Antikoagulanzen unter gleichzeitiger Einnahme der Pille, um die Thrombophilie aufzuheben. Der Vorschlag einer zusätzlichen Medikation mit fibrinolytischen Stoffen unter Einnahme der Pille findet sich auch im Artikel „Gerinnungsstörungen bei oralen Kontrazeptiva“³⁸⁹ von 1978. Dort wird in Betracht gezogen, dass die Kombination von fibrinolytischen Stoffen und hormonalen Kontrazeptiva sinnvoll sein könnte. In diesem Zusammenhang fällt weiterhin auf, dass sich keiner der

³⁸⁶ Vgl. Jahn; Heine (1974), S. 736-739.

³⁸⁷ ebd., S. 737.

³⁸⁸ ebd., S. 738.

³⁸⁹ Vgl. *Gerinnungsstörungen* (1978), S. 95.

Artikel mit der Frage beschäftigt, ob eine Einnahme der hormonalen Kontrazeption selbst überhaupt nötig ist. Es scheint als sei die Einführung der Pille in der DDR beschlossen und ihre Notwendigkeit somit geklärt, weiterführende Diskussionen hierzu waren nicht erwünscht. Die Pille war Teil der ärztlichen Praxis und Bestandteil des Alltags vieler Anwenderinnen – und diese Entwicklung schien unumkehrbar zu sein, beziehungsweise überhaupt gar nicht erst in Betracht gezogen zu werden.

Der Artikel von 1971 mit dem Titel „Erfahrungen mit unterschiedlich dosierten Ovosistonpräparaten im Rahmen der Ehe- und Sexualberatung“³⁹⁰ handelt von Nebenwirkungen, von denen Nutzerinnen in den Ehe- und Sexualberatungsstellen berichteten. Diese konnten jedoch nach einer Verringerung der Hormondosierung von Ovosiston deutlich reduziert werden. Vollständig gelöst werden sollte das Problem der unerwünschten Wirkungen durch eine „Bereitstellung zusätzlicher Ovulationshemmer“.³⁹¹ Der Artikel plädiert dafür, dass für jede Frau ein Präparat zur Verfügung stehen sollte, das genau ihrem Hormonhaushalt entspreche. Auch hier wird die hormonale Antikonzeption an sich in keiner Weise in Frage gestellt, stattdessen wird die Lösung eines Problems in der Herstellung weiterer, vielfältigerer Produkte der oralen hormonalen Kontrazeption gesehen.

Ein weiterer Aspekt zeigt auf, dass die Pille in der DDR als *das* Verhütungsmittel der ersten Wahl gelten sollte: Alternative Möglichkeiten wie beispielweise die intrauterine Verhütungsmethode, das Intrauterinpessar, werden zwar angesprochen, jedoch tauchen diese stets nur als Alternative auf, wenn die Einnahme einer hormonalen Kontrazeption nicht möglich ist. In dem Artikel „Intrauterine Empfängnisverhütung“³⁹² von 1971 werden die Indikationen für ein Intrauterinpessar klar formuliert: „Unverträglichkeiten der oralen Kontrazeptiva sowie Kontraindikationen zur Anwendung von Ovulationshemmern“³⁹³. Den Lesern, folglich der gesamten Ärzteschaft, wurden

³⁹⁰ Vgl. Ebeling et al. (1971b), S. 61-63.

³⁹¹ ebd., S. 63.

³⁹² Vgl. Canzler; Rothe (1971), S. 1314-1317.

³⁹³ ebd., S. 1314.

somit immer wieder die Notwendigkeit und Selbstverständlichkeit der oralen hormonalen Kontrazeption vor Augen geführt.

Untermuert wird die Selbstverständlichkeit der Pille auch durch Artikel, in denen Anwenderinnen selbst zu Wort kommen. So etwa im Artikel „Erfahrungen mit Ovosiston zur Konzeptionsverhütung“³⁹⁴ von 1969, in dem über die bisherige Anwendung von Ovosiston im Krankenhaus Oranienburg berichtet wird – und das auffallend positiv. Die Mehrzahl der Nutzerinnen fordere eine Aufhebung der Abgabebeschränkung der Pille, heißt es dort. Eine davon wird zitiert: „Wenn das Präparat von unseren Ärzten als unschädlich empfohlen wird und es in der DDR doch nur unter ärztlicher Kontrolle abgegeben wird, warum dann nicht für alle Frauen, die es wünschen und die gesund sind?“³⁹⁵. Dieses Zitat zeigt zum einen, dass sich die Frauen in der Empfehlung vollständig auf die Aussage ihres Arztes verließen, und es verdeutlicht, welche Schlüsselposition dem Arzt im gesamten Mechanismus der Werbung für die Pille zukommt. Zum anderen berichtet es von dem erfolgreichen Eintreten der Ärzte für die Pille, die ihren Patienten diese offenbar als „unschädlich“³⁹⁶ empfohlen und dabei wie selbstverständlich nicht über mögliche Nebenwirkungen aufklärten. Erneut wird hier zudem eine geschickte Argumentation angewendet: Nutzerinnen der Pille kommen selbst zu Wort – denn wer, wenn nicht die Betroffenen selbst, könnten am glaubwürdigsten über ihre Erfahrungen und Meinungen zur oralen hormonalen Kontrazeption berichten? Im Artikel wird auf die Frage der Anwenderin mit einer rhetorischen Frage reagiert: Diese fragt, mit welcher Berechtigung man Frauen die Pille überhaupt vorenthalten dürfe, und geht sogar noch einen großen Schritt weiter und merkt an, ob hierin nicht eine Verweigerung der ärztlichen Hilfeleistung liege. Normalerweise spricht man von Unterlassung ärztlicher Hilfeleistung, wenn es sich um lebensrettende oder zumindest kurierende Maßnahmen und eine Verschreibung von Medikamenten handelt, nicht jedoch um eine

³⁹⁴ Vgl. Geschke (1969), S. 121-125.

³⁹⁵ ebd., S. 125.

³⁹⁶ ebd., S. 125.

präventive Maßnahme zur Verhütung. Durch diese rhetorische Frage jedoch wird die Pille mit solchen lebensrettenden Maßnahmen gleichgesetzt und damit beinahe als Heilsbringer, zumindest aber als absolut unumgängliches Medikament der gynäkologischen Praxis beschrieben.

Der Grund, warum die Meinung der Ärzte dahingehend geformt werden musste, war, dass diese den wichtigsten Einfluss auf potentielle Anwenderinnen hatten: Als rezeptpflichtiges Medikament musste die Pille direkt vom Arzt verschrieben werden und Ärzte waren zudem in den zahlreichen Ehe- und Sexualberatungsstellen vertreten. Dort konnten sie direkten Einfluss auf Frauen und deren Einstellung zur Pille ausüben, ihnen die Angst vor Nebenwirkungen nehmen und die wichtige Bedeutung der Pille hervorheben.

Im Artikel „Soziale Aspekte bei der Antikonzeption“³⁹⁷ wird sogar deutlich formuliert, dass der Weg zu einer Verbesserung der sozialen Umstände des Lebens in der „Propagierung und verbreiteten Anwendung“³⁹⁸ der sicheren Antikonzeption liege.

Dass die Maßnahmen der Regierung, die Pille als die Verhütungsmethode der Wahl zu etablieren erfolgreich waren, zeigt sich in einem Artikel von 1971 „Erfahrungen mit unterschiedlich dosierten Ovosistonpräparaten im Rahmen der Ehe- und Sexualberatung“³⁹⁹. Hierin wird die steigende Anzahl der Nutzerinnen genannt. Die Pille ist zum zentralen Element der Ehe- und Sexualberatungsstellen geworden. Vor allem von Frauen mit zwei oder mehr Kindern oder von kinderlosen, unverheirateten Frauen in der Berufsausbildung wurde die Pille bevorzugt eingenommen. Der Artikel „Blutungsstörungen bei Ovosistonmedikation“⁴⁰⁰ desselben Jahres schätzt die Anzahl der Nutzerinnen in der DDR auf zehn Prozent aller Frauen, bei einer „ständig steigenden Zahl“⁴⁰¹ der Anwenderinnen. Schritt für Schritt interessierten sich demnach mehr und mehr Frauen für die Pille. Für die Generation der Frauen, die sich zu

³⁹⁷ Vgl. Hagen (1969), S. 779-783.

³⁹⁸ ebd., S. 779.

³⁹⁹ Vgl. Ebeling et al. (1971a), S. 32f.

⁴⁰⁰ Vgl. Ebeling et al. (1971c), S. 109-113.

⁴⁰¹ ebd., S. 109.

diesem Zeitpunkt, Anfang der 1970er Jahre, im Alter der sexuellen Erfahrungen befand, wurde die Pille demnach mehr und mehr zum gängigen und einzigen Verhütungsmittel. So äußerte sich eine betroffene Frau dazu: „Die Pille war bekannt als das Ding, was man als Mädchen eben nimmt, wenn es so weit ist“.⁴⁰² Obwohl viele Frauen unter den Nebenwirkungen litten, wurde die Einnahme der Pille nicht mehr in Frage gestellt, die Nebenwirkungen und die Pille generell als unveränderlich akzeptiert und die Pille ein selbstverständliches Objekt, das bedenkenlos eingenommen wurde, als sei es kein Medikament, sondern ein Alltagsobjekt.

Welche Rolle die Mediziner bei der Etablierung der Pille als gängigste Verhütungsmethode einnahmen, wurde bereits angedeutet und zeigt sich des Weiteren eindrucksvoll in Anbetracht des bereits erwähnten Skandals um Chlormadinonacetat, das in einer Studie in den USA eine krebserregende Wirkung bei Beageln zeigte.⁴⁰³ Zum Umgang mit den Erkenntnissen dieses Skandals entschied die Ärzteschaft der DDR selbständig, die Werbung für Ovosiston fortzusetzen. Zusätzlich wurden die Ergebnisse der amerikanischen Studie von Ärzten der DDR öffentlich angezweifelt, das Gesundheitsministerium wurde aufgefordert, Maßnahmen zur Beruhigung der Öffentlichkeit zu ergreifen. Eine weitere Beeinflussung und Beruhigung der Bevölkerung durch gezielte Veröffentlichungen in den Medien sollte erfolgen.⁴⁰⁴ Ob aus den in dieser Studie dargestellten Ergebnissen tatsächlich Rückschlüsse auf die Wirkung der Pille beim Menschen gezogen werden können, kann nicht abschließend geklärt werden, jedoch fallen hierbei zwei Tatsachen auf: Zum einen wurden Gynäkologen angeraten, ihre Aufmerksamkeit künftig auf Auffälligkeiten der Mammae ihrer Patientinnen und Pillennutzerinnen zu richten. Hieraus könnte man schlussfolgern, dass die Studie innerhalb der Ärzteschaft und Regierung möglicherweise nicht als so harmlos und falsch betrachtet wurde, wie man in der Öffentlichkeit erklärte. Zum anderen wurden die Ergebnisse der Studie in

⁴⁰² Leo, König (2015), S. 124.

⁴⁰³ Vgl. ebd., S. 170.

⁴⁰⁴ Vgl. ebd., S. 172f.

der BRD sowie in den USA nicht in Frage gestellt. Ganz im Gegenteil: als Konsequenz auf die Studie wurden chlormadinonacetathaltige Pillenpräparate in diesen Ländern vom Markt genommen.⁴⁰⁵

Eine krebserzeugende Wirkung von Chlormadinonacetat auf den Menschen kann durch die Studie nicht bewiesen, jedoch auch nicht widerlegt werden. Demnach stellt sich die Frage, warum chlormadinonacetathaltige Pillenpräparate in der DDR nicht vom Markt genommen wurden, um mögliche Nebenwirkungen auf Frauen zu verhindern. Eine Erklärung hierfür wäre natürlich, dass der Studie durch die Regierung und Ärzteschaft der DDR wenig Bedeutung zugemessen wurde. Jedoch entsteht hier eher der Eindruck, als wollte die man unter allen Umständen eine negative Berichterstattung über die Pille vermeiden.

Auch in den Artikeln von *Das Deutsche Gesundheitswesen* finden sich Hinweise auf diese Entscheidung des Gremiums zum Umgang mit dem Skandal: 1971 erscheint der erste Artikel zu diesem Thema, er trägt den Titel „Den Einfluß von Ovulationshemmern auf das Röntgenbild der weiblichen Brustdrüse“. Hierin wird ebenso wie im Artikel „Veränderungen im Mammogramm nach Einnahme von Ovulationshemmer“⁴⁰⁶ von 1973 betont, dass kein pathologischer Einfluss der hormonalen Antikonception auf die Mammae festgestellt werden könne, ohne dass hierbei jedoch gezielt chlormadinonacetathaltige Präparate untersucht wurden.⁴⁰⁷ Des Weiteren wird 1974 in der Rubrik „Fragekasten“ die Frage gestellt, ob die Angst vieler Nutzerinnen vor Brustkrebs gerechtfertigt sei. In der Antwort wird noch einmal klar betont, dass diese Beobachtung nur bei Tieren gemacht wurde und eine Übertragung der Ergebnisse auf den Menschen nicht möglich sei: „Es liegen keine Befunde über Karzinomentstehung durch hormonale Kontrazeptiva am Menschen vor“⁴⁰⁸. Diese Aussage mag zwar zu diesem Zeitpunkt inhaltlich völlig korrekt sein, steht jedoch im Kontrast zur Anweisung der Ärzte, die

⁴⁰⁵ Vgl. Leo, König (2015), S. 170.

⁴⁰⁶ Vgl. Lange; Hasert (1973), S. 267-269.

⁴⁰⁷ Vgl. *Einfluß von Ovulationshemmern (1971)*, S.1104.

⁴⁰⁸ *Fragekasten (1974)*, S. 815.

Mammae der Patientinnen unter Beobachtung zu halten. Es fällt zudem im Hinblick auf die bereits erfolgten Analysen auf, dass hier keineswegs weitere Studien gefordert werden, die eine Unbedenklichkeit zweifelsfrei ausräumen könnten – sinnvoll wären solche Studien jedoch allemal, wie sie auch bei anderen negativen Nebenwirkungen gefordert wurden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass versucht wurde, das Thema kleinzuhalten und schnellstmöglich aus den Diskussionen herauszuhalten und nicht Gegenstand weiterer Abhandlungen werden zu lassen. Der Skandal konnte damit erfolgreich von Ovosiston abgewendet werden. Das Interessante an diesem Fall ist darüber hinaus, dass sich die Ärzteschaft eigenständig für die Maßnahmen entschied, ohne Zutun oder gar Anordnung von oberster Staatsstelle.⁴⁰⁹ Zuvor waren die Propagandamaßnahmen vom Staat noch angeordnet worden, die Ärzte waren dabei lediglich ausführendes Organ.

Ein weiteres Beispiel, aus dem die Schlüsselrolle der Mediziner abgeleitet werden kann, ist der Artikel von 1984 „Gedanken und Vorschläge zur weiteren Optimierung der Familienplanung“⁴¹⁰.

Hierin wird die Tatsache, dass in vielen Fällen die Pille auf Anraten der Ärzte abgesetzt wird, besonders hervorgehoben. Als Grund wird hier die „große Unsicherheit“⁴¹¹ einiger Ärzte genannt, die durch zu wenig Information der Ärzte zustande komme. Interessant ist, dass dies im Umkehrschluss bedeuten muss, dass mehr Informationen über die Pille zu einer Sicherheit bei Ärzten und eine Beratung pro Pille führen müsse. Indem Informationen und eine positive Einstellung gegenüber der Pille gleichgesetzt werden, kann geschlussfolgert werden, dass die Pille an sich keinerlei Anlass zu Diskussionen geben sollte. Der Artikel führt zudem an, dass auch die Angst der Frauen vor gesundheitlichen Schäden steige. Als Grund dafür wird eine in der Vergangenheit stattgefundene zu große Diskussion über das Pro und Kontra der Pille genannt. Fachliche Diskussionen werden somit als negativ, weil

⁴⁰⁹ Vgl. Leo, König (2015), S. 173.

⁴¹⁰ Vgl. Henning et al. (1984), S. 465ff.

⁴¹¹ ebd., S. 466.

angstauslösend, dargestellt. Auf die Spitze getrieben wird der Inhalt des Artikels, als die Anweisung ausgesprochen wird, die Lehrmeinung des staatsnahen Pillen-Befürworters Göretzlehner solle künftig als Beispiel für die Mediziner gelten. Hieraus entsteht der Eindruck, dass den Ärzten möglicherweise offen und direkt vorgeschrieben wird, welche Meinung sie zu vertreten haben.

Noch deutlicher wird dies in einem Artikel aus dem Jahr 1969⁴¹², somit in einem entscheidenden Zeitraum der Werbung für die Pille. In diesem Artikel berichten über 200 Nutzerinnen der Pille über ihre bisherigen Erfahrungen mit Ovosiston. Diese Frauen äußern dabei unter anderem die „Furcht vor einer möglichen kanzerogenen Wirkung.“⁴¹³ Berichte, die solche kritischen Meinungen aufzeigen und damit zur Verunsicherung von Nutzerinnen führen könnten, werden vom Autor als unqualifiziert bezeichnet. Er geht außerdem noch weiter und erwähnt das Vertrauen der Nutzerinnen in die Ärzteschaft, die sich „glücklicherweise“ nicht von negativen Berichten beeinflussen lassen.⁴¹⁴ Damit wird zum einen erneut deutlich, dass negative Berichterstattungen, also regimekritische Meinungen über die Pille, wenig erwünscht waren. Zum anderen zeigt sich noch einmal die Rolle der Ärzte in ihrer Vertrauensposition gegenüber den Anwenderinnen.

Des Weiteren wird in einem Artikel von 1984 kritisiert, dass „in der Vergangenheit zu oft das Für und Wider der Verordnung der Pille dargelegt“⁴¹⁵ wurde. Dies führe zu einer Verunsicherung der Nutzerinnen und wirke sich negativ auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Anwenderin aus.⁴¹⁶ Kritische Meinungen über die Pille werden demnach gleichgesetzt mit einem schlechten Verhältnis zwischen Arzt und Patientin, woraus geschlussfolgert werden kann, dass ein staatsnahes Handeln im Gegensatz dazu die Beziehung und das Vertrauensverhältnis fördert. Hier wird deutlich, wie geschickt

⁴¹² Vgl. Geschke (1969), S. 121-125.

⁴¹³ ebd., S. 123.

⁴¹⁴ ebd., S. 123.

⁴¹⁵ Henning et al. (1984), S. 466.

⁴¹⁶ Vgl. ebd., S. 466.

argumentiert wird, um die Ärzteschaft von der Meinung der DDR-Regierung zu überzeugen. Wie auch schon bei der Überzeugung der Frauen von der Pille werden ganz bewusst Argumente gewählt, die den Kern dessen treffen, was den Leser und seine Bedürfnisse anspricht. In diesem Fall ist es ein positives Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten, was wohl der erklärte Wunsch eines jeden Arztes sein dürfte, da dieses zu Erfolg, Ansehen und Ruhm führt. Hier wird suggeriert, dass dieser Wunsch durch eine größtmögliche Sicherheit der Anwenderinnen erreicht werden kann und diese wiederum durch eine positive Meinung und Empfehlung der Pille erzielt wird. Weiterführend kann festgestellt werden, dass die Propaganda des Staats nicht nur gegenüber der Bevölkerung eingesetzt wird, sondern auch gegenüber der Ärzteschaft. In diesem Fall stammt die Propaganda nur indirekt vom Staat und wird über Ärzte als Mittelsmänner unter ihren Kollegen gestreut. Diese Propaganda agiert ganz bewusst und überlegt sich gezielt Strategien und Argumente der Überzeugung, die so geschickt sind, dass sie nicht dem Zufall entsprungen sein können.

Die Vermutung, dass ein Großteil der Ärzteschaft auf Anweisungen des Staates agierte, zeigt sich zudem darin, dass die Ärzte ihre Ziele, mehr Frauen zu Anwenderinnen von Ovoston zu machen, ganz offen ansprachen. Dies ist beispielsweise in einem Artikel von 1969 der Fall, in dem erwähnt wird, dass die Anwendung von Ovoston „intensiviert werden“ sollte.⁴¹⁷ Bei der Offenlegung des Ziels, die Bekanntheit und Verbreitung der Pille auszuweiten, wandte man sich auch direkt an die gynäkologischen Kollegen, schließlich hatten diese bekanntlich den meisten Erstkontakt zu den Patientinnen. Der Artikel „Empfängnisverhütung aus gynäkologischer Sicht“⁴¹⁸ von 1973 endet mit dem Appell „die Freiheit des Handelns der Frau“ solle „der Empfängnisverhütung zugeführt werden“.⁴¹⁹ Dieses Ziel bezeichnet der Autor zudem als „moralische Pflicht für jeden Frauenarzt“⁴²⁰ – ein geschicktes Argument, um an das Pflichtbewusstsein des Arztes zu appellieren und ihn damit zu überzeugen,

⁴¹⁷ Zwahr (1969), S. 2191.

⁴¹⁸ Vgl. Igel (1973), S. 1140-1145.

⁴¹⁹ ebd., S. 1145.

⁴²⁰ ebd., S. 1145.

dieser Pflicht nachzukommen. Dies zeigt auf, dass das erklärte Ziel der Ärzteschaft der DDR eine Bewerbung der Pille war. Genau dasselbe Ziel verfolgte auch der Staat, was wiederum den Schluss nahelegt, dass sich die Ärzteschaft scheinbar den Zielen des Regimes unterwarf und nun sogar proaktiv und eigenständig nach ihnen handelte. Ein weiteres Beispiel zeigt die Verflechtung der Meinung der Ärzte und des Staats sowie die Propaganda derselben Ziele und Werte: An einigen Stellen in den Artikeln erwähnen die Verfasser die Regierung und den Staat lobend und heben deren Errungenschaften positiv hervor: beispielsweise aufgrund der Einrichtung von zahlreichen Ehe- und Sexualberatungsstellen, die ein besonderes Merkmal der DDR waren.⁴²¹ Als „gesellschaftliche Hilfen für die Familien“⁴²² werden hier die Ehe- und Sexualberatungsstellen bezeichnet, die das Ziel eines „glücklichen Familienlebens“⁴²³ verfolgen. Auch die Entwicklung, einen „guten Fortschritt“⁴²⁴ zu machen, was die Akzeptanz der oralen hormonalen Kontrazeption in der Gesellschaft und aller daran Beteiligten betrifft, wird gelobt und als „beachtlich“⁴²⁵ bezeichnet. In den Beratungsstellen zeigt sich auch die enge Verknüpfung von Ärzten und Staat: Die Ärzte waren Angestellte in den Beratungsstellen, deren Aufgabe es war, den „Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen“⁴²⁶ zu entsprechen. Zu bedenken ist hier jedoch, dass sich die Ärzteschaft zwar der Propaganda des Regimes anschloss und ganz im Sinne derer handelte – und das wie gezeigt proaktiv und selbständig – dass dies jedoch nicht ganz freiwillig geschah: Insbesondere unter der Ärzteschaft gab es, wie an anderer Stelle bereits aufgezeigt, eine Vielzahl an Inoffiziellen Mitarbeitern. Sämtliche Ärzte standen dadurch unter einem hohen Druck, ganz im Sinne des Staates zu arbeiten. Sie konnten es daher zuallermeist nicht wagen, ihre wahre Meinung zu äußern. Die Ärzteschaft der DDR propagierte daher nicht nur die Werte des Staatsregimes, sondern

⁴²¹ Vgl. Mehlan; Geissler (1973), S. 1139.

⁴²² ebd., S. 1139.

⁴²³ ebd., S. 1139.

⁴²⁴ Groot-Wassink (1970), S. 635.

⁴²⁵ Mehlan; Geissler (1973), S. 1139.

⁴²⁶ ebd., S. 1139.

unterwarf sich ihnen, beziehungsweise musste sich ihnen unfreiwillig unterwerfen. Gründe, warum die Ärzteschaft auch selbständig nach den Maximen des Staates handelte, wurden in den vorangehenden Kapiteln aufgezeigt: Es waren inzwischen viele Ärzte in der DDR ausgebildet worden, kamen folglich bereits während ihres Studiums und ihrer ersten Praxiserfahrungen in Kontakt mit dem Staat. Zudem waren vor dem Mauerbau viele Ärzte, die dem Staat gegenüber kritisch eingestellt war, in den Westen geflohen. Unter den verbliebenen Ärzten befand sich daher mutmaßlich ein Großteil mit einer staatsnahen Einstellung oder zumindest ohne rebellische Einstellung dem Staat gegenüber. Dies soll hier völlig neutral konstatiert werden, eine Meinungsfindung hierüber ist nicht Bestandteil dieser Arbeit.

5 Fazit

An dieser Stelle soll nun die Fragestellung dieser Arbeit im Ganzen geklärt werden. Die Pille in der DDR wurde in der Literatur bereits aus unterschiedlichen Gesichtspunkten beleuchtet. Neben Untersuchungen zur Entwicklung und Geschichte der Pille in der DDR, ist hier vor allem die Untersuchung der Wunschkindpille im Forschungsprojekt von Lutz Niethammer und Silke Satjukow zu nennen. In der hieraus entstandenen Analyse der Wunschkindpille aus Sicht der Frauen von Annette Leo und Christian König wird bereits deutlich, dass auch die Ärzte der DDR hinsichtlich der Pille eine besondere Rolle spielten. Diese Rolle wurde jedoch ausschließlich konstatiert, eine Analyse zur Pille in der DDR aus Sicht der Ärzteschaft bislang nicht durchgeführt. Diese Forschungslücke will die vorliegende Dissertation schließen.

Die Pille in der DDR aus Sicht der Ärzteschaft – diese Erkenntnis verspricht der Titel der Arbeit und diese kann abschließend wie folgt beschrieben und zusammengefasst werden:

Die Ärzteschaft, sprich die Autoren der Artikel aus *Das Deutsche Gesundheitswesen*, konnten ihre Meinung, wie gezeigt wurde, nicht immer vollständig frei äußern, sondern propagierten stattdessen oftmals die Werte und Ideale des Staats. Dazu zählte es, die orale hormonale Antikonzeption als die positive Wunschkindpille darzustellen, wie sie vom Staat erwünscht und entsprechend auch benannt wurde. Die Gründe hierfür wurden aufgezeigt: Unter den Ärzten befanden sich viele Inoffizielle Mitarbeiter der DDR-Regierung und ein Großteil der Ärzte waren nicht selbständig, sondern als Angestellte des Staats tätig. Zudem waren nach dem Bau der Mauer die Fluchtmöglichkeiten begrenzt, rebellischer eingestellte Ärzte waren zuvor schon in den Westen gezogen. Ein Teil der übrig gebliebenen Ärzte waren staatsnah und weniger rebellisch eingestellt. Zudem war ein Teil von ihnen bereits in der DDR sozialisiert worden, diese hatten dort studiert und ihre ersten Praxiserfahrung in diesem Staat gesammelt. Die Ziele, die die DDR mit der positiven Propaganda

ihrer Wunschkindpille verfolgte, waren eine eigene Pillenproduktion für einen Anschluss an die internationale Wissenschaft und einen potentiellen Verkauf des Produkts im Ausland, dazu kam nicht zuletzt die Produktivitätssteigerung, die nach dem Fall vieler Männer unter Frauen erreicht werden sollte. Deren Arbeitskraft konnte durch eine gezielte Familienplanung und weitere politische und sozialen Maßnahmen weitestgehend erhalten werden. Die Pille kann demnach als ein Instrument der Regierung angesehen werden, ihre politischen Ziele durchzusetzen und diese in der Bevölkerung auf Akzeptanz stoßen zu lassen. In der genaueren inhaltlichen Analyse werden zudem weiterführende Erkenntnisse über die Sicht der Ärzte über die orale hormonale Antikonzeption deutlich: Trotz des hohen Interesses am Thema Nebenwirkungen, den unerwünschten Wirkungen der Pille, wurde stets eine überaus positive Grundhaltung gegenüber der Pille vermittelt. Dies geschah durch verschiedene Methoden der Werbung pro Pille. Zunächst einmal wurde durch viele Artikel und Formulierungen dargestellt, dass die Wunschkindpille selbst nicht anzuzweifeln war. Sie war die wichtigste, fast einzige Methode der Antikonzeption und stets Mittel der ersten Wahl. Bevor ihre Anwendung in Frage gestellt wurde, wurden eher noch andere Medikamente empfohlen, um ihre Nebenwirkungen abzuschwächen. Allgemein gesagt wurde die Wunschkindpille aus der Medizin heraus in den Alltag der Anwenderinnen gerückt, sie wurde dadurch weniger als Medikament, sondern vielmehr als Alltagsobjekt wahrgenommen, das ohne Abwägen möglicher Risiken und Nebenwirkungen anzuwenden war. Dazu sprachen sich zahlreiche staatsnahe Mediziner in den Artikel von *Das Deutsche Gesundheitswesen* aus, doch auch andere Ärzte äußerten sich positiv über die Pille. Den Lesern wurden, wenn auch indirekt, Argumente an die Hand gegeben, die sie ihren Patientinnen gegenüber wiederholen und anwenden konnten. Zudem enthalten die Artikel neben Argumenten für eine Überzeugung der Frauen auch Argumente, die die Leserschaft der Ärzte selbst überzeugen sollten – dies hatte natürlich vor allem anderen Priorität. Diese Argumente appellierten direkt an den beruflichen Alltag der Mediziner, an ihr Pflichtbewusstsein und führten ihnen ein Idealziel der beruflichen Praxis, wie

etwa ein harmonisches, vertrauensvolles Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten vor Augen. Wichtig war die Überzeugung der Ärzte vor allem aus dem Grund, weil sie die einzige Informationsquelle für potentielle Pillennutzerinnen waren. Der Informationsfluss im Staat war über die Ärzte kanalisiert und konnte und wurde entsprechend in die vom Staat gewünschte Richtung gelenkt. Zum Teil wird dies auch ganz offen deutlich, wenn diese Ziele offen angesprochen wurden und wenn in einem Artikel sogar eine Anweisung erteilt wird, wie bestenfalls über die Pille berichtet werden soll. Eine wichtige Einsicht lieferte auch der Vergleich, wie mit positiven und negativen Erkenntnissen umgegangen wird. Positive Nebenwirkungen werden stets besonders hervorgehoben, manchmal sogar als einzige genannt. Sie werden ohne die Forderung nach weiteren, verifizierenden Studien aufgezeigt. Sie werden weiterhin rein sachlich beschrieben und darüberhinausgehend oftmals mit einem besonderen Lob, einer speziellen Auszeichnung der Errungenschaften der Pille verbunden. Die Formulierungen sind hier stets direkt und konstatierend gewählt. Im Gegensatz dazu fällt bei negativen Ergebnissen auf, dass diese teilweise ins Positive verkehrt wurden, indem ihr Nutzen auf anderen Gebieten hervorgehoben wird. Zudem bleiben negative Artikel kaum für sich alleine stehen, sondern werden von anderen Autoren durch positive oder entschärfende Argumente erwidert oder es wird die Anschuldigung erhoben, der Autor habe nicht wissenschaftlich und korrekt genug gearbeitet und müsse seine Untersuchungen wiederholen. In einem Fall fühlt sich der Autor des ursprünglichen Artikels gar genötigt, selbst eine Erwiderung zu verfassen, in der er erklärt, dass eine negative Meinung gegenüber der Wunschkindpille niemals seine Absicht gewesen sei. Des Weiteren bemühen sich die Autoren der untersuchten Artikel von *Das Deutsche Gesundheitswesen*, jegliche negativen Eindrücke gegenüber der Pille zu korrigieren. Autoren, die tatsächlich Negatives wie eine unerwünschte Nebenwirkung konstatieren, formulieren ihre Inhalte mit Bedacht, wählen vorsichtige Formulierungen und verfassen einen reinen Sachbericht, der nicht über eine objektive Beschreibung der Tatsachen hinausgeht, folglich keinerlei Meinungen enthält. Im Anschluss an solche Artikel

werden oftmals weitere Studien gefordert, um die berichteten Ergebnisse zu verifizieren. Darüber hinaus findet sich oft ein Vergleich der Nebenwirkungen mit den Befindlichkeiten während einer Schwangerschaft, woraus der Schluss gezogen wird, dass diese gleich belastend oder gar noch schwerwiegender sind. Zudem wird die Pille als so positiv dargestellt, dass ihre Vorteile einige unerwünschte Nebenwirkungen rechtfertigen. Auch hinsichtlich der Wortwahl und der Argumentation der Artikel in *Das Deutsche Gesundheitswesen* fielen einige Besonderheiten auf: zunächst einmal, dass oftmals ausdrucksstarke Worte gewählt werden, um die Aussage des Gesagten zu unterstreichen. Dabei handelt es sich um positive Meinungen gegenüber der Pille oder aber eine Abwertung von negativen Darstellungen, die so eine besondere Betonung erhalten. In einigen Artikel kamen sogar Anwenderinnen der Pille selbst zu Wort und äußern sich gegenüber der Pille – ein erprobtes Mittel der Argumentation, denn wer sonst als die Betroffenen selbst könnte sich so glaubwürdig über die positiven Aspekte der Pille äußern und die Leserschaft von *Das Deutsche Gesundheitswesen* von den Vorteilen der oralen hormonalen Antikonzeption überzeugen? Weitere Argumente richten sich einerseits ebenfalls an die Leserschaft der Ärzte, andererseits enthalten die Artikel auch Argumente für die Frauen selbst, die über den Kanal der Ärzteschaft an die Frauen getragen werden sollten. All diese Argumente versprechen beiden Zielgruppen einen direkten Vorteil für ihren Alltag – sei es etwa für eine erfolgreiche Praxisführung oder für ein erfülltes Liebesleben. Generell kann festgestellt werden, dass die Formulierungen und Argumentationen wie aufgezeigt wurde ganz bewusst und geschickt gewählt wurden und ihren Zweck des Überzeugens so erfolgreich erfüllen, dass es sich hierbei um keinen Zufall handeln kann. Wie also lässt sich die Sicht der Ärzteschaft über die Pille in der DDR abschließend beschreiben? Es wurde deutlich, dass viele Publikationen nicht unbedingt der Meinung ihres Verfassers entsprechen müssen, sondern vor allem der Meinung des Staats gerecht werden sollten. Doch klingen oftmals trotzdem kritische Töne an, auch wenn diese nur ganz leise und erst bei genauerer Analyse zu erfassen sind. Die Pille wurde folglich keineswegs so positiv von der Ärzteschaft angenommen,

wie dies beim ersten Lesen ohne Hintergrundwissen erscheint. Die Analyse zeigt, dass sich nicht alle Ärzte der Staatsmeinung anschlossen und durchaus andere Meinungen vorhanden waren. Diese waren jedoch zu wenige und mit Blick auf die gesellschaftlichen und politischen Hintergründe und mögliche Folgen eines Sich-Widersetzens gegen den Staat entschieden sich viele Ärzte für den Weg des geringsten Widerstands. Dies soll als völlig neutrale Erkenntnis stehenbleiben, eine Bewertung der Tatsache ist nicht Bestandteil dieser Arbeit. Die Ärzteschaft fungierte daher als ein Sprachrohr der Regierung und lieferte keinen rein medizinisch-wissenschaftlichen Beitrag zu einem so relevanten medizinischen Thema wie der oralen hormonalen Kontrazeption. Ob die Mehrzahl der Ärzteschaft dabei aus Angst vor der Regierung handelte oder ob diese bereits im Vorfeld so sozialisiert wurde, dass die staatstreuen Vorstellungen tatsächlich ihren eigenen Vorstellungen entsprachen, lässt sich nicht mit Sicherheit konstatieren und müsste je nach Einzelfall entschieden werden. Eine Verallgemeinerung ist hier nicht zu treffen, da beide Varianten historische Tatsache gewesen sind. Nahe liegt die Vermutung, dass bei einigen Ärzten die Sicht der Regierung über die Pille der eigenen Meinung entsprach. Bereits bekannte Vertreter hierfür sind Karl-Heinz Mehlan sowie Gunter Göretzlehner. Die Tatsache, dass negative Aspekte von vielen Autoren stets vorsichtiger formuliert sind als positive, vermittelt jedoch den Eindruck, dass viele der Ärzte möglicherweise aus Angst vor und unter dem Druck der Regierung veröffentlichten. Im Hinblick auf die eingangs aufgeworfene Frage nach der Ärzteschaft als Schrittmacher einer Liberalisierung kann zudem festgestellt werden, dass es zunächst den Eindruck macht, als könne diese so aufgefasst werden: Zum Zeitpunkt der Gründung der DDR herrschte ein großer Ärztemangel. Viele Männer waren im Krieg gefallen, viele Ärzte wanderten in den Westen ab – gleichzeitig wurden Mediziner in der Nachkriegsgesellschaft dringend benötigt.⁴²⁷ Ein erklärtes Ziel der DDR-Regierung war es folglich, Ärzte in der DDR zu halten. Außerdem sollte langfristig eine einheitliche sozialistische Ärzteschaft geschaffen werden. Dabei sollte insbesondere

⁴²⁷ Vgl. Ernst (1997), S. 54ff.

Angehörigen der Arbeiter-und Bauernschaft künftig ein Ausbildungsplatz ermöglicht werden, da die SED unter ihnen eine stärker vertretene politische Loyalität vermutete.⁴²⁸ Dieses Vorhaben scheiterte jedoch zunächst einerseits an der möglichen Einflussnahme ärztlicher Professoren auf Prüfungsfragen. Indem sie bewusst beispielsweise kulturelles Wissen abfragten, wollten sie eine Deklassierung des ärztlichen Berufes durch einen hohen Anteil Mitglieder aus niedriger sozialer Herkunft verhindern.⁴²⁹ Andererseits konnte die von der SED geforderte hohe Quote an Arbeiterkindern im Medizinstudium aufgrund von zu geringen Bewerberzahlen nicht erfüllt werden. Demnach konnte die Zahl der Studienplätze Mitte der fünfziger Jahre nicht vollständig ausgeschöpft werden - ein Umstand, der den ohnehin bestehenden Ärztemangel noch verschlimmerte.⁴³⁰ Die Zahl an Arbeiter-und Bauernkinder unter Medizinstudierenden konnte zwar gehoben werden, jedoch blieb der Anteil an Akademikerkindern unverändert hoch.⁴³¹ Zudem blieb durch eine Art von Anpassungsdruck der Arbeiterkinder ebenso die erwartete politische Loyalität dieser aus.⁴³² Ebenso war durch Einrichtungen von Polikliniken sowie der Einrichtung des Amtes des Kreisarztes prinzipiell eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens erfolgt, diese bestand jedoch zunächst aufgrund der weiterhin hohen sozialen Stellung der Ärzteschaft nur formal. Die zuvor angestrebte Ausbildung einer neuen staatstreuen Ärzteschaft gelang demnach derzeit nicht. Diese Aspekte können durchaus zur Annahme verleiten, dass die Ärzteschaft eine gewisse Machtstellung besaß, eigene Vorstellungen und Ideen umzusetzen und Forderungen zu stellen – immer mit einer möglichen Flucht in den Westen als Drohung. Doch mit dem baldigen Mauerbau konnte ein gewisser Wandel des Bildes verzeichnet werden. Mithilfe des Mauerbaus konnte die SED mehr Druck auf die Ärzteschaft ausüben, welche gleichzeitig ihr Druckmittel der Republikflucht verloren. Kritik am Gesundheitssystem sowie allgemeine staatsferne Meinungen wurden nicht mehr öffentlich geäußert. Ein

⁴²⁸ Vgl. Ernst (1997), S. 99.

⁴²⁹ Vgl. ebd., S. 106.

⁴³⁰ Vgl. ebd., S. 107.

⁴³¹ Vgl. ebd., S. 110f.

⁴³² Vgl. ebd., S. 337.

beispielweise lang geforderter Berufsverband der Ärzteschaft wurde nach dem Bau der Mauer unterlassen, obwohl er noch 1960 von der Regierung zugesichert wurde.⁴³³ Des Weiteren konnte die zunächst nur formal bestehende Verstaatlichung des Gesundheitswesens zunehmend realisiert werden. Durch Besetzung von Leitungspositionen mit Ärzten, die Mitglieder der Staatspartei waren sowie durch eine im Laufe der Zeit entstehende jüngere Generation einer staatstreuen, sozialistischen Ärzteschaft erfolgte die Eingliederung der Ärzte in das politische System. Dies hatte zur Folge, dass die Ärzteschaft staatstreu handeln musste. Dies war nicht zuletzt auch ein Grund dafür, dass eine Vielzahl an Ärzten zu den sogenannten Inoffiziellen Mitarbeitern gezählt werden musste. Die Mediziner standen folglich unter einem gewissen Druck der Regierung, eine ablehnende Haltung gegenüber dem Staat konnte zum Verlust der Approbation führen. Die Ärzteschaft kann in diesem Fall demnach nicht die Rolle des Schrittmachers einer Liberalisierung einnehmen. Den repressiven Funktionen des Staatsregimes konnte auch die Ärzteschaft nicht entgegenwirken. Sie nutzte die Möglichkeit zu einer gemeinsamen öffentlichen Meinungsbekundung nicht.

⁴³³ Vgl. Ernst (1997), S. 334.

6 Zusammenfassung

Die Dissertation beschäftigt sich mit dem Thema der oralen hormonalen Kontrazeption in der DDR – im Fokus steht dabei die subjektive Einstellung der Ärzteschaft zum genannten Thema, die aus Artikeln aus *Das Deutsche Gesundheitswesen* gewonnen wird. Hierzu wird eine umfassende Analyse der Artikel durchgeführt, denn schließlich handelt es sich bei der Zeitschrift um eine Fachpublikation mit wissenschaftlichen und neutral informierenden Beiträgen, persönliche Sichtweisen hingegen spielen vordergründig keine Rolle. Da aber auch das Verfassen neutraler Texte immer in planvoller, wenn auch unbewusster Absicht geschieht, ist es möglich, durch eine Analyse Rückschlüsse auf die Meinungen und das Kalkül hinter den sachlichen Darstellungen zu ziehen. Konkret werden dazu 224 Artikel aus der Fachpublikation *Das Deutsche Gesundheitswesen* analysiert, die sich allesamt auf die eine oder andere Weise mit dem Themenkomplex der hormonalen Antikonzeption beschäftigen. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich auf die Jahre 1960 bis 1990, vom Einführungsjahr des staatseigenen Pillenpräparats Enovid bis hin zum Ende der DDR. Die Dissertation beginnt nach der Hinführung zum Thema und dem Überblick zum Forschungsstand zunächst mit einem Grundlagenkapitel zum Thema der Geschichte der Verhütung, um das Thema in einen historischen Kontext einordnen zu können. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der oralen hormonalen Kontrazeption und ihrer Einführung in die DDR. Anschließend beginnt mit Kapitel drei der Hauptteil der Arbeit. Hier werden die Gesellschaftspolitik der DDR sowie die Situation der Ärzteschaft im Staat beleuchtet. Es wird deutlich, dass hinter der Einführung der Pille in der DDR der Wunsch des Staats stand, seine Wirtschaftskraft durch arbeitende Frauen zu erhalten sowie den Anschluss an die internationale Forschung zu wahren. Eine gezielte Werbung für die Pille wurde durchgeführt – mit Erfolg. Zudem etablierte die SED eine einheitliche sozialistische Ärzteschaft mit dem Höhepunkt der Benennung von inoffiziellen Mitarbeitern unter den

Ärzten durch die Staatssicherheit.

Die Analyse der Artikel in *Das Deutsche Gesundheitswesen* beginnt in Kapitel vier, wobei im ersten Teil des Kapitels zunächst fünf Faktoren: Anzahl, Länge, Erscheinungsrubrik, Hauptthemen und Subtext der Artikel untersucht werden. Dabei werden wichtige Erkenntnisse gewonnen: Das Interesse an der oralen hormonalen Kontrazeption verläuft in Phasen, die sich nicht mit der heutigen Wahrnehmung decken: Die Pille wird nicht als *das* revolutionäre Medikament wahrgenommen, als das sie heute oftmals gepriesen wird. Außerdem ist das meistdiskutierte Thema das der Nebenwirkungen, die orale hormonale Antikonzeption wird folglich scheinbar durchaus kritisch rezipiert. Jedoch regt dieses Thema keine Diskussion über Pro und Kontra an und die Pille wird trotz zum Teil schwerwiegender Nebenwirkungen niemals in Frage gestellt – im Gegenteil: Sie gilt im Untersuchungszeitraum als *das* Mittel zur Verhütung unter Frauen allen Alters. Eine dritte Erkenntnis des ersten Analyseteils ist folgende: Seitens der Ärzteschaft findet keine Einmischung in gesellschaftliche und politische Fragen statt – und das, obwohl *Das Deutsche Gesundheitswesen* durchaus entsprechende Rubriken bereithält.

In der weiterführenden, inhaltlichen Analyse werden zwei Thesen erörtert, die aus den Erkenntnissen des ersten Analyseteils gewonnen wurden und anhand einer inhaltlichen Analyse der Artikel diskutiert werden. Diese zeigen: positive Äußerungen zur Pille werden instrumentalisiert, negative abgeschwächt.

Unzählige die Pille positiv rezipierende Artikel verhelfen ihr zum gesellschaftlichen Aufstieg und garantieren damit den politischen Erfolg des Staats. Dazu tragen etwa bejahende Artikel von bekanntermaßen staatsnahen Politikern bei, die sich überzeugend und mit energischen Worten pro Pille äußern. Oder die Tatsache, dass negativ angehauchte Artikel, beispielsweise über Nebenwirkungen, nie für sich alleine stehenbleiben, sondern durch positive Erwiderung ergänzt werden. Die Ärzteschaft unterstützt damit die staatlichen Maßnahmen zur Etablierung der oralen hormonalen Kontrazeption unter den Frauen. So konnte das DDR-Regime den Anschluss an die internationale Wissenschaft wahren und die finanziellen Möglichkeiten der

Pillenproduktion voll ausschöpfen. Außerdem werden negative Äußerungen stets durch positive oder zumindest entschärfende Erwiderungen ergänzt und die Nebenwirkungen werden so relativiert – und das, obwohl die Faktenlage zeigt, dass diese in der medizinischen Praxis durchaus ernstgenommen wurden. Dass dies nicht zufällig geschah, zeigt die Tatsache, dass mit positiven, dem Staatsziel entsprechenden Aussagen ganz anders umgegangen wird. Die Medien der DDR, auch die Fachpublikationen, waren damit kein Ort, um Konflikte und Diskussionen auszutragen. Eine weitere Erkenntnis führt vor Augen, dass die Pille essentieller Bestandteil der ärztlichen Praxis der DDR war. Die Pille wird in der Ärzteschaft als essentielles Medikament etabliert, die diese Meinung wiederum an ihre Patientinnen weitergaben, die ihnen blind vertrauten und ihren Empfehlungen folgten. Außerdem wird dargelegt, dass die Ärzteschaft im Sinne des Staatsregimes agiert. Ab einem gewissen Punkt entschied sich ein Teil der Ärzte eigenständig für Propaganda-Maßnahmen, ohne Zutun oder gar Anordnung von oberster Staatsstelle, wie dies zuvor noch der Fall war. Die Ärzteschaft handelt folglich ganz im Sinne des Staats, jedoch wohl nicht immer freiwillig, denn auch in dieser Berufsgruppe gab es eine Vielzahl an inoffiziellen Mitarbeitern. Ein anderer Grund für das Handeln im Sinne des Staats war, dass viele Ärzte bereits staatsnah in der DDR ausgebildet worden waren und staatskritische Ärzte vor dem Mauerbau in den Westen geflohen waren. Damit eng verknüpft ist eine weitere Erkenntnis der Dissertation, die vor Augen führt, dass regimekritische Meinungen direkt im Keim erstickt werden und somit nicht existent sind.

Vor dem Hintergrund der einführenden Kapitel werden schließlich die Erkenntnisse zu folgendem Ergebnis verdichtet: Die Pille war ein Instrument der Regierung, ihre politischen Ziele durchzusetzen und diese in der Bevölkerung auf Akzeptanz stoßen zu lassen. Dies geschah durch verschiedene Methoden der Propaganda pro Pille: Die Wunschkindpille wurde aus der Medizin heraus in den Alltag der Anwenderinnen gerückt. Wichtig war hierbei die Überzeugung der Ärzte vor allem aus dem Grund, weil sie einzige Informationsquelle für potentielle Pillen-Nutzerinnen waren. Der Informationsfluss im Staat war über

die Ärzte kanalisiert und konnte und wurde entsprechend in die vom Staat gewünschte Richtung gelenkt. Die Ärzteschaft fungierte so als Sprachrohr der Regierung und lieferte keinen rein wissenschaftlichen Beitrag zum Thema der oralen hormonalen Kontrazeption. Sie kann demnach nicht die Rolle des Schrittmachers einer Liberalisierung einnehmen, denn den repressiven Funktionen des Staatsregimes wirkte die Ärzteschaft nicht entgegen.

7 Literatur- und Quellenverzeichnis

7.1 Print-Literatur

Ahrendt, Hans-Joachim: Sexuelle Entwicklung, Sexualverhalten und Kontrazeption weiblicher Jugendlicher der DDR. In: PRO FAMILIA Landesverband Niedersachsen: KunzBrunner, Ruth; Kwast, Horst (Hg.): Sexualität BRD/DDR im Vergleich. Braunschweig 1991, S. 69-82.
[zit. als Ahrendt (1991)]

Asbell, Bernard: Die Pille und wie sie die Welt veränderte.
Frankfurt am Main 1998.
[zit. als Asbell (1998)]

Blobel, Reiner: Familie und Geburtenregelung. München 1969.
[zit. als Blobel (1969)]

Boel, Renate: Die Wirkung der Anti-Baby-Pille vor und nach der Empfängnis.
Abtsteinach/Odw. 2003.
[zit. als Boel (2003)]

Budde, Gunilla-Friederike: Frauen arbeiten. Weibliche Erwerbstätigkeit in Ost- und Westdeutschland nach 1945. Göttingen 1997.
[zit. Als Budde (1997)]

Budde, Gunilla-Friederike: Frauen der Intelligenz, Akademikerinnen in der DDR 1945 bis 1975. Göttingen 2003.
[zit. Als Budde (2003)]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung (Hg.).Red.: Angelika Hessling: Sexualität und Kontrazeption aus Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Köln 2003.
[zit. als BZgA (2003)]

Eckart, Wolfgang U.: Geschichte der Medizin. Heidelberg 2009.
[zit. als Eckart (2009)]

Ernst, Anna-Sabine: Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961. Münster 1997.
[zit. als Ernst (1997)]

Flüs, Julia: Literaturzensur in der DDR. Bochum 2005.
[zit. als Flüs (1997)]

Goerke, Kay; Valet, Axel: Kurzlehrbuch Gynäkologie und Geburtshilfe.
München 2006.
[zit. als Goerke (2006)]

Hahn, Daphne: Modernisierung und Biopolitik: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945. Frankfurt am Main 2000.
[zit. als Hahn (2000)]

Haller, Jürgen: Ovulationshemmung durch Hormone. Stuttgart 1971.
[zit. als Haller (1971)]

Hegewald, Mark: Das Zensursystem der DDR in Presse und Rundfunk. München 2010.
[zit. als Hegewald (2010)]

Helferich, Cornelia; Kandt, Ingrid: Wie kommen Frauen zu Kindern – Die Rolle von Planung, Wünschen und Zufall im Lebenslauf. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung(Hg.).Red.: Angelika Hessling; Stefanie Amann: Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine – Dokumentation einer Expertentagung. Köln 1996, S.51-78.
[zit. als Helferich, Kandt (1996)]

Henning, Gert: Kinderwunsch = Wunschkind? Weltanschaulichethische Aspekte der Geburtenregelung in der DDR. Berlin (Ost) 1984.
[zit. als Henning (1984)]

Henning, Marion; Henning, Gert; Wilsdorf, Steffen: Motivationen und soziale Einflußfaktoren zum Kinderwunsch in der DDR – Einstellung und Anwendungsbereitschaft zur Kontrazeption. In: PRO FAMILIA Landesverband Niedersachsen: Kunz-Brunner, Ruth; Kwast, Horst (Hg.): Sexualität BRD/DDR im Vergleich. Braunschweig 1991, S. 343-353.
[zit. als Henning et al. (1991)]

Janich, Nina: Werbesprache. Ein Arbeitsbuch. Tübingen 2005.
[zit. als: Janich (2005)]

Jütte, Robert: Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung. München 2003.
[zit. als Jütte (2003)]

Kaufmann, Richard: Die Pille. Bevölkerungsexplosion, Familienplanung, Geburtenregelung. Düsseldorf 1968.
[zit. als Kaufmann (1968)]

Keldenich, Beate: Die Geschichte der Antibabypille von 1960 bis 2000. Ihre Entwicklung, Verwendung und Bedeutung im Spiegel zweier medizinischer Fachzeitschriften: „Zentralblatt der Gynäkologie“ und „Lancet“. Aachen 2002.
[zit. als Keldenich (2002)]

Kluge, Norbert; Osthoff, Ralf: Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern im West-Ost-Vergleich. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung(Hg.).Red.: Angelika Hessling: Sexualität und Kontrazeption aus Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Köln 2003, S. 113-212.
[zit. als Kluge, Osthoff (2003)]

Köstering, Susanne: „Etwas Besseres als das Kondom“ – Ludwig Haberlandt und die Idee der Pille. In: Staube, Gisela; Vieth, Lisa: Die Pille. Von der Lust und von der Liebe. Berlin 1996, S. 113-126.

[zit. als Köstering (1996)]

Lenz, Eva: Die Medizinische Fachangestellte. Hannover 2008.

[zit. als Lenz (2008)]

Leo, Annette, König, Christian: Die „Wunschkindpille“ – Weibliche Erfahrung und staatliche Geburtenpolitik in der DDR. Göttingen 2015.

[zit. als Leo, König (2015)]

Linde, Hans: Theorie der säkularen Nachwuchsbeschränkung 1800 bis 2000. Frankfurt 1984.

[zit. als Linde (1984)]

Mehlan, Karl-Heinz: Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzeption. Tagungsbericht der internationalen Arbeitstagung über Abortprobleme und Abortbekämpfung vom 5. Bis 7. Mai 1960 in Rostock Warnemünde. Leipzig 1964.

[zit. als Mehlan (1964a)]

Mehlan, Karl-Heinz: Wunsch Kinder? Familienplanung, Antikonzeption und Abortbekämpfung in unserer Zeit. Berlin 1972.

[zit. als Mehlan (1972)]

Müller, Klaus-Dieter: Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und DDR 1945-1995. In: Jütte, Robert: Geschichte der deutschen Ärzteschaft : Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997

[zit. als Müller (1997)]

Müller-Landgraf, Ingrid: Von der Verhütung mit Granat- und Gallapfel zur hormonalen Kontrazeption. In: Staube, Gisela; Vieth, Lisa: Die Pille. Von der Lust und von der Liebe. Berlin 1996, S. 101-112.

[zit. als Müller-Landgraf (1996)]

Neumeyer, John L.: History and Evolution of Medicinal Chemistry. In: Lemke, Thomas L.; Williams, David A.: Foye's Principles of Medicinal Chemistry. O.O. 2012.

[zit. als Neumeyer (2012)]

Niethammer, Lutz; Satjukow, Slike: „Wenn die Chemie stimmt...“ Geschlechterbeziehungen und Geburtenplanung im Zeitalter der „Pille“. Göttingen 2016.

[zit. als Niethammer, Satjukow (2016)]

Scholz, Siegfried: Medizin und Empfängnisverhütung. o.O.. 1969.

[zit. als Scholz (1969)]

Schwarz, Gislinde: Von der Antibabypille- zur Wunschkindpille und zurück – Kontrazeption in der DDR. In: Staupe, Gisela; Vieth, Lisa: Die Pille. Von der Lust und von der Liebe. Berlin 1996, S. 149-163.

[zit. als Schwarz (1996)]

Silies, Eva-Maria: Liebe, Lust und Last: die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960 – 1980. Göttingen 2010.

[zit. als Silies (2010)]

Stumpe, Harald: Familienplanung und Sexualpädagogik in den neuen Bundesländern. Köln 1995.

[zit. als Stumpe (1995)]

Trappe, Heike: Emanzipation oder Zwang?: Frauen in der DDR zwischen Beruf, Familie und Sozialpolitik. Berlin 1995.

[zit. als Trappe (1995)]

Weber, Hermann: Die DDR 1945-1990. München 2011.

[zit. als Weber (2011)]

Wegner, Katrin: Die Pille und ich. Vom Symbol der sexuellen Befreiung zur Lifestyle-Droge. München 2015.

[zit. als Wegner (2015)]

Weil, Francesca: Zielgruppe Ärzteschaft : Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR. Göttingen 2008.

[zit. als Weil (2008)]

7.2 Artikel aus *Das Deutsche Gesundheitswesen*

Bässler, E.: Ein statistischer Beitrag zur Frage der Kinderfreudigkeit der heutigen Familie. Heft 14, 07.04.1966.

[zit. als Bässler (1966)]

Brüschke, G.: Fragekasten. Heft 33, 14.08.1969.

[zit. als Brüschke (1969)]

Canzler, E.; Rothe, K.: Intrauterine Empfängnisverhütung. Heft 28, 08.07.1971.

[zit. als Canzler; Rothe (1971)]

Ebeling, K.; Kühndel, K.; Rothe, K.: Erfahrungen mit unterschiedlich dosierten Ovosistonpräparaten im Rahmen der Ehe- und Sexualberatung. Heft 1, 01.01.1971.

[zit. als Ebeling et al. (1971a)]

Ebeling, K.; Kühndel, K.; Rothe, K.: Erfahrungen mit unterschiedlich dosierten Ovosistonpräparaten im Rahmen der Ehe- und Sexualberatung. Heft 2, 07.01.1971.

[zit. als Ebeling et al. (1971b)]

Ebeling, K.; Kühndel, K.; Rothe, K.: Blutungsstörungen bei Ovosistonmedikation. Heft 3, 14.01.1971.

[zit. als Ebeling et al. (1971c)]

Fengler, J.-D.; Baumgarten, R.; Roschlau, G.: Leberschäden durch orale Kontrazeptiva. Heft 27, 1978.

[zit. als Fengler et al. (1978)]

Geschke, H.: Erfahrungen mit Ovosiston zur Konzeptionsverhütung. Heft 3, 16.01.1969.

[zit. als Geschke (1969)]

Goertchen, R.: Hirngefäßthrombosen nach hormonaler Kontrazeption. 4. Januarheft 1973.

[zit. als Goertchen (1973)]

Göretzlehner, G.: Die venöse Blutströmung unter dem Einfluß hormonaler Kontrazeptiva. Heft 25, 1986.

[zit. als Göretzlehner (1986)]

Groot-Wassink, K.: Das Spektrum der gynäkologischen Hormonpräparate in der DDR. Heft 14, 08.04.1970.

[zit. als Groot-Wassink (1970)]

Hagen, H.: Soziale Aspekte bei der Antikonzeption. Heft 17, 24.04.1969.

[zit. als Hagen (1969)]

Hartwich, R.: Die venöse Blutströmung unter dem Einfluß hormonaler Kontrazeptiva. Heft 15, 1985.

[zit. als Hartwich (1985)]

Henning, G.; Reinhardt, M.; Knappe, M.; Wolf, H.J.: Gedanken und Vorschläge zur weiteren Optimierung der Familienplanung. Heft 12, 1984.

[zit. als Henning et al. (1984)]

Igel, H.: Empfängnisverhütung aus gynäkologischer Sicht. 2. Juniheft, 1973.

[zit. als Igel (1973)]

Jahn, E.; Heine, H.: Ovulationshemmer und Thromboembolie aus der Sicht des Internisten. 2. Aprilheft 1974.

[zit. als Jahn; Heine (1974)]

Klinger, G.; Fritzsche, H.; Hempel, E.; Carol, W.; Böhme, W.; Scholz, B.; Grass, M.; Chemnitz, K.H.: Zur Akzeptabilität verschiedener methodischer Prinzipien der oralen Kontrazeption. 1. Maiheft 1975.

[zit. als Klinger et al. (1975)]

Klinger, G.; Bonow, A.; Reichenbächer, M.; Strauch, I.; Vieweg, A.; Stelzner, A.: Zum Verhalten des Gesamtkomplements als einem humoralen Parameter der unspezifischen Resistenz bei hormonaler Kontrazeption und Schwangerschaft. 1. Dezemberheft 1976.

[zit. als Klinger et al. (1976)]

Köhler, A. H.; Handreg, W.: Häufigkeit der Einnahme oraler Kontrazeption bei Tumorpatienten. Heft 45, 1979.

[zit. als Köhler; Handreg (1979)]

Konitzer, P.; Lohmann, K.; Warburg, O.; Stieve, H.; von Bergmann, G.; Kaufmann, C.; Rössle, R.; Schopohl: Unsere neue Zeitschrift. Heft 1, Januar 1946.

[zit. als Konitzer et al. (1946)]

Kühne, D.: Klinische Erfahrungen mit Ovosiston zur Ovulationshemmung. Heft 8, 24.02.1966.

[zit. als Kühne (1966)]

Kühne, D.: Erwiderungen zu „Erste Erfahrungen mit Ovosiston in neuer Dosierung-eine vergleichende Betrachtung der oralen Kontrazeption mit Ovosiston ‚alt‘ und ‚neu‘“ und „Erfahrungen mit Ovosiston zur Konzeptionsverhütung (II)“. Heft 47, 19.11.1970.

[zit. als Kühne (1970)]

Kühne, D.: Methoden der Fertilitätskontrolle: Fortschritte in der Forschung und der klinischen Erfahrung. Heft 8, 24.02.1972.

[zit. als Kühne (1972)]

Lange, H.; Hasert, V.: Veränderungen im Mammogramm nach Einnahme oraler Ovulationshemmer. 2. Februarheft 1973.

[zit. als Lange; Hasert (1973)]

Lehmann-Franken, E.: Trendbeobachtungen über den Einfluss der Pille auf den Anstieg der Geschlechtskrankheiten. 1. Novemberheft 1973.

[zit. als Lehmann-Franken (1973)]

Mehlan, K.-H. : Die Familienplanung aus gesellschaftlicher Sicht. Heft 16, 16.04.1964.

[zit. als Mehlan (1964b)]

Mehlan, K.-H.; Geissler, A.: Familienplanung in der DDR. 2. Juniheft 1973.

[zit. als Mehlan; Geissler (1973)]

o.V.: Der Einfluß von Ovulationshemmern auf den Kupferspiegel des Serums sowie auf das Verhalten des Coeruloplasmins. Heft 29, 17.07.1969.

[zit. als *Einfluß auf den Kupferspiegel (1969)*]

o.V.: Das Auftreten einer Hypertonie während der Einnahme von Ovulationshemmern. Heft 39, 23.09.1971.

[zit. als *Auftreten einer Hypertonie (1971)*]

o.V.: Der Einfluss von Ovulationshemmern auf das Röntgenbild der weiblichen Brustdrüse. Heft 42, 14.10.1971.

[zit. als *Einfluß von Ovulationshemmern (1971)*]

o.V.: Fragekasten. 4. Aprilheft 1974.

[zit. als *Fragekasten (1974)*]

o.V.: Gerinnungsstörungen bei oralen Kontrazeptiva. Heft 2, 1978.

[zit. als *Gerinnungsstörungen (1978)*]

o.V.: Abschließende Stellungnahme. Heft 25, 1986.

[zit. als *abschließende Stellungnahme (1986)*]

Pansold, E.; Fischer, I.; Pfeifer, K.: Cholestatischer Ikterus nach Einnahme von Ovulationshemmern. 2. Märzheft 1974.

[zit. als Pansold et al. (1974)]

Sander, W.; Uteg, K.-H.; Zwahr, C.: Über die Beeinflussung des Gerinnungsfaktors VIII durch die oralen Ovulationshemmer Ovosiston, Non-Ovlon und Sequenz-Ovosiston. Heft 49, 07.12.1972.

[zit. als Sander et al. (1972)]

Scholz, A.: Grenzen und Möglichkeiten der Ovulationshemmer. Heft 49, 07.12.1967.

[zit. als Scholz (1967)]

Schorr, R.: Ein statistischer Beitrag zur Frage der Kinderfreudigkeit der heutigen Familie. Erwiderung. Heft 14, 06.04.1967.

[zit. als Schorr (1967)]

Schott, G.: Die venöse Blutströmung unter dem Einfluß hormonaler Kontrazeptiva. Heft 6, 1985.

[zit. als Schott (1985)]

Schott, G.: Die venöse Blutströmung unter dem Einfluß hormonaler Kontrazeptiva. Heft 25, 1986.

[zit. als Schott (1986)]

Werner, R.; Hempel, E.; Klinger, G.; Stahl, J.: Elektroenzephalographische und klinische Verlaufsuntersuchungen unter Ovosistonangaben. Heft 21, 25.05.1972.

[zit. als Werner et al. (1972)]

Zwahr, C.: Erste Erfahrungen mit Ovoston in neuer Dosierung – eine vergleichende Betrachtung der oralen Kontrazeption mit Ovoston „alt“ und „neu“. Heft 46, 13.11.1969.
[zit. als Zwahr (1969)]

7.3 Online-Literatur

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Antibabypille>
[Letzter Zugriff: 03. August 2017]

<http://www.n-tv.de/wissen/Sexuelle-Befreiung-undGeburtenknickarticle859129.html>.
[Letzter Zugriff: 24. September 2016]

<https://www.welt.de/gesundheit/article7514733/Wie-die-Pille-in-fuenf-Jahrzehnten-die-Welt-eroberte.html>
[Letzter Zugriff: 03. August 2017]

8 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde im Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, Direktor Professor Dr.med. Dr. phil U. Wiesing, unter Betreuung von Dr. Henning Tümmers durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte eigenständig durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbstständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben. Wörtlich oder inhaltlich übernommene Stellen wurden als solche gekennzeichnet.

Fellbach, den 10.01.2018

Andrea Lang