JOURNAL FÜR
FERTILITÄT UND REPRODUKTION

SPYCHER CH

Postkoitale Notfall-Kontrazeption

Journal für Fertilität und Reproduktion 2001; 11 (4) (Ausgabe für Schweiz), 5-9
Journal für Fertilität und Reproduktion 2001; 11 (5) (Ausgabe für Österreich), 7-12

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

Indexed in EMBASE/ Excerpta Medica

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig

Ch. Spycher

POSTKOITALE NOTFALL-KONTRAZEPTION

Summary

Todays used methods of emergency contraception are discussed and compared to others. The method of first choice should be the gestagen-only pill, because of the higher effectiveness of this treatment. Also this method is better tolerated than the Yuzpe regimen (combined estrogen/gestagen oral contraceptives). Our own results with the gestagen-only pill are commented. The effectiveness of an IUD as emergency contraception is also very high, but only indicated when it is too late for the pill, as this method is rather invasive.

The accepting attitude of the adviser and an inquiry of the case history referring to the self-responsibility of the women is very important, especially with adolescents. Easy access to the emergency contraception is required and the necessity of its medical prescription has to be discussed.

ZUSAMMENFASSUNG

Die heute aktuellen Methoden der postkoitalen Notfall-Kontrazeption werden beschrieben und untereinander verglichen. Die Methode der ersten Wahl ist die einzig Gestagen enthaltende Pille, da sie der kombinierten Östrogen/Gestagen-Pille (Yuzpe-Methode) in ihrer Wirksamkeit überlegen und mit deutlich weniger Nebenwirkungen behaftet ist. Die eigenen Untersuchungsergebnisse mit Levonorgestrel werden erläutert. Die postkoital eingelegte Kupferspirale ist ebenfalls hochwirksam, jedoch invasiv; sie ist indiziert, wenn der Zeitpunkt für die Pille zu spät ist.

Das akzeptierende Beratungssetting und die auf Selbstverantwortlichkeit hinweisende Anamneseerhebung werden für sehr wichtig erachtet, speziell auch bei Jugendlichen. Die Niederschwelligkeit des Angebots wird gefordert und die Rezeptpflicht für die einzig Gestagen enthaltende Pille zur Diskussion gestellt.

EINLEITUNG

Aus der breiten Palette der Schwangerschaftsverhütungsmethoden ist die postkoitale Notfall-Kontrazeption (pkNK) nicht mehr wegzudenken. Dort wo die Frau/das Paar bei fehlendem Kinderwunsch sich Rechenschaft gibt oder vermutet, daß der eben stattgefundene Geschlechtsverkehr (GV) ungenügend geschützt oder ungeschützt war, ist die pkNK eine Notfallmaßnahme, die bekannt und zugänglich sein sollte. Praxisrelevant sind Wirksamkeit, Nebenwirkungsprofil, Erhältlichkeit und Preis.

Es werden die derzeit aktuellen Methoden vorgestellt, ihre Wirksamkeit verglichen und ihre Vor- und Nachteile diskutiert, mit besonderer Berücksichtigung der eigenen Untersuchungen mit Levonorgestrel (LNG). Es wird auf die begleitende Anamnese und Beratung eingegangen, sowie auf die Abgabe speziell bei Jugendlichen. Und schließlich wird die Frage der Rezeptpflicht aufgeworfen.

DEFINITION

Unter postkoitaler Notfall-Kontrazeption (pkNK) verstehen wir jede bei der Frau angewandte Verhütungsmethode, die nach Geschlechtsverkehr, jedoch vor einer möglichen Implantation ihre Wirkung entfaltet [1, 2]. Die Implantation – so wird generell angenommen – erfolgt nicht früher als 5 Tage nach der Ovulation.

Der im deutschen Sprachraum gebräuchliche Ausdruck „Pille danach" für die peroral angewandte pkNK ist nicht besonders glücklich, da die für die Wirksamkeit entscheidende Dringlichkeit der Maßnahme nicht zum Ausdruck gebracht wird. Es ist erwiesen, daß die Wirksamkeit der Maßnahme umso höher ist, je rascher nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr sie angewandt wird (Tab. 1). Die im Englischen (morning after pill) und Französischen (pillule du lendemain) gebrauchten Begriffe sind treffender.

Es scheint uns nicht unwichtig, die pkNK klar von der Interruptio abzugrenzen. Der Beginn der Schwangerschaft wird mit erfolgter, abgeschlossener Nidation des befruchteten Eis im weiblichen Uterus definiert [2]. Jede Methode, die nach erfolgter Nidation eingesetzt wird, sollte korrekterweise Postperzeptionsmethode genannt werden, auch wenn sie vor der nächsten erwarteten Menstruation angewendet wird.

Es ist bemerkenswert, daß die Angaben über die Wirksamkeit der einzelnen untersuchten Methoden je nach Studie erheblich schwanken. Um die Effektivität wirklich vergleichen zu können, müßte der Zeitpunkt der Maßnahme in bezug auf den ungeschützten Geschlechtsverkehr (Stunden nach dem GV), aber auch in

Tabelle 1: [6]

Intervall Koitus/ Behandlung	Schwangerschafts-Rate
72 h oder weniger	
Komb. EE-LG	3,2 (2,2–4,5)
LG allein	1,1 (0,62–2,0)
24 h oder weniger	
Komb. EE-LG	2,0 (0,9–3,7)
LG allein	0,4 (0,1–1,6)
25–48 h	
Komb. EE-LG	4,1 (2,3–6,6)
LG allein	1,2 (0,3–3,0)
49–72 h	
Komb. EE-LG	4,7 (1,9–9,4)
LG allein	2,7 (0,9–6,1)

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.
Homepage Journal für Fertilität und Reproduktion: http://www.kup.at/fertilitaet

bezug auf den Zyklustag der Frau erfaßt und miteinbezogen werden können. Die Konzeptionswahrscheinlichkeit nach einmaligem Geschlechtsverkehr – bezogen auf einen definierten Zyklustag – kann nur annähernd geschätzt und nie präzise bestimmt werden: In der ersten Zyklushälfte steigt die Wahrscheinlichkeit langsam bis auf ~30 % um den Ovulationszeitpunkt an, um anschließend innert weniger Tage bis auf fast 0 % abzusinken [3].

Methoden

Folgende Methoden sind zur Zeit eingehend untersucht:

1. Die Östrogen (EE)/Gestagen-enthaltende Pille, die sog. Yuzpe-Methode;
2. die einzig Gestagen enthaltende Pille;
3. die postkoital eingelegte Kupfer-Spirale.

Diese drei Methoden sind in Österreich etabliert.

4. Danazol, weniger wirksam und kaum gebraucht;
5. Mifepriston, in Österreich mit der Indikation pkNK nicht zugelassen.

Yuzpe

Die von Yuzpe [4] Mitte der Siebzigerjahre beschriebene Methode beinhaltet die Einnahme einer Östrogen/Gestagen-Kombination (zweimalige Einnahme von 100 mcg Ethinylestradiol und 0,5 mg Levonorgestrel im Abstand von 12 Stunden).

Wirkungsweise

Sie ist abhängig vom Einnahmezeitpunkt innerhalb des Zyklus: Vor der Ovulation wird diese verhindert oder um einige Tage nach hinten verschoben; erfolgt die Einnahme nach der Ovulation, führt sie zu einer tiefgreifenden Störung der physiologischen Vorgänge in Eileiter und Endometrium, die eine Nidation verhindert. Außerdem kommt es wahrscheinlich zu einer verlangsamten Wanderung der Zygote durch den Eileiter, wodurch die relativ hohe Rate an ektopen Schwangerschaften erklärt werden könnte. Die Wirkung kann sich nur vor der Implantation entfalten. Ist die Nidation abgeschlossen, können exogene Sexualsteroide die Schwangerschaft nicht mehr unterbrechen.

Einnahmemodus (Tab. 2)

100 mcg EE und 500 mcg LNG werden so rasch als möglich, bis spätestens 48 (notfalls bis 72) Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen, dieselbe Dosis wird genau 12 Stunden später repetiert (z. B. 2 Drg Neogynon® und 2 Drg genau 12 Stunden später). Wichtig ist die Empfehlung, daß auch nach der Pilleneinnahme weiterhin verhütet werden muß.

Die Wirksamkeit liegt bei 97 %.

Nebenwirkungen

Die nachfolgende Menstruation kann etwas früher als erwartet eintreten. Unangenehm sind die häufig auftretenden und z. T. sehr starken Nebenwirkungen in Form von Übelkeit (51 %) und Erbrechen (19 %); deshalb wird die gleichzeitige Verabreichung eines Antiemetikums (z. B. Itinerol® Supp) empfohlen. Wir geben zusätzlich 2 Drg Neogynon® in Reserve mit, da die Wirkung der pkNK beim Erbrechen der Dragees (Sicherheitsmarge: 2 Stunden) entfällt.

Als Kontraindikationen gelten Schwangerschaft sowie im Prinzip dieselben wie bei jeder kombinierten Östrogen/Gestagen-Medikation: nämlich akute Porphyrie, schwere Lebererkrankung, Migräne-Kopfschmerzen, thromboembolische Ereignisse, Sichelzell-

Tabelle 2: [6]

Prinzip	Komb. Östrogen/Gestagen	reines Gestagen	Cu-IUD
Dosierung	50 mcg EE und 250 mcg LG pro Dragée: 2 Drg mögl. bald, spätestens 48 h pK 2 Drg 12 Std. später	750 mcg LNG pro Dragée: 1 Drg. möglichst bald, spätest. 72 h. pK 1 Drg 12 Std.später	Bis 5 Tage nach frühesten errechneten Ovulationszeitpunkt oder 5 Tage pK
Präparate	Neogynon®	Vikela®, Postinor®	MonaLisa®, Gynefix®
Wirksamkeit	97 %	99 %	fast 100 %
Nebenwirkungen	Nausea ~ 51 %, Erbrechen ~ 19 %	Nausea ~ 23 % Erbrechen ~ 6 %	Schmerzen, Blutungen Infektrisiko
Kontraindikationen	SS, Migräne, Ikterus, aktive akute Porphyrie, Sichelzell-Krise, schwere Lebererkrankung, schwere Thromboseerkrankung, Allergie auf EE oder LNG	SS, aktive akute Porphyrie, schwere Lebererkrankung, Allergie auf LNG	SS wie generell f. Cu-IUD

Krise. Auf diese Kontraindikationen stoßen wir allerdings äußerst selten, zudem ist wichtig zu bedenken, daß die zugeführte Hormondosis sehr gering und vor allem nur über eine ganz kurze Zeit wirksam ist und die entsprechende Belastung durch eine Schwangerschaft ein Vielfaches darstellen würde.

Eine schädigende Wirkung auf den Fötus bei vorbestehender SS kann nicht ausgeschlossen werden, wurde aber bisher nie nachgewiesen.

Die alleinige Gestagenpille: Levonorgestrel (LNG)

Die Wirkungsweise des Gestagens hängt vom Zeitpunkt der Einnahme innerhalb des Menstruationszyklus ab. Im Ovar kann das Follikelwachstum, evtl. sogar die Ovulation und die Entwicklung des Corpus luteum unterdrückt werden [5]. Ist die Ovulation bereits erfolgt,verhindern Veränderungen am Endometrium eine Nidation.

Einnahmemodus (Tab. 2)

750 mcg Levonorgestrel (z. B. Vikela® oder Postinor®) werden so rasch als möglich verabreicht, dieselbe Dosis genau 12 Stunden später. Der Beginn der Einnahme kann bis spätestens 72 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr erfolgen. Nach der LNG-Einnahme ist auch weiterhin ein konsequenter AK-Schutz nötig!

Die Wirksamkeit liegt bei 99 %, die Versagerquote je nach Studie bei 0,4–2,7 %. Die nachfolgende Menstruation kann zu früh oder auch zu spät auftreten, die Nebenwirkungen (Nausea ~ 23 %, Kopfschmerzen ~15 %, Emesis ~ 3 %) sind dieselben wie bei der Yuzpe-Methode, aber deutlich geringer bezüglich Häufigkeit und Schweregrad [6].

Als Kontraindikation gilt eine Schwangerschaft, wobei eine schädigende Wirkung auf eine vorbestehende SS bisher nie nachgewiesen werden konnte.

Eigene Untersuchungen mit LNG [7]

Pro Jahr beraten wir ca. 800 Frauen bzgl. pkNK. In Anlehnung an die überzeugenden Resultate in gut dokumentierten Studien [6] haben wir im Oktober 1999 selber mit der LNG-Abgabe als pkNK begonnen und die ersten 210 Frauen in eine Studie aufgenommen: die ersten 50 Frauen wurden 1 Monat nach LNG Einnahme persönlich befragt, die andern mittels Fragebogen.

Unsere Resultate (Abb. 1) bei 131 ausgewerteten Antworten zeigen ebenso wie die Task Force-WHO-Studien [7] eine hohe Wirksamkeit (>99 %) und vor allem auch sehr wenige der unangenehmen Nebenwirkungen: die Hälfte (49 %) der Frauen hatten keinerlei Nebenwirkungen; als Beschwerden traten auf: leichte bis stärkere Kopfschmerzen (12 % bzw. 5 %), leichtes bis starkes Brustspannen (12 % bzw. 2 %), leichte bis mittelschwere Übelkeit (8 % bzw. 5 %). Unter starker Übelkeit litten lediglich 2 % und unter Erbrechen 3 %. Das Blutungsmuster blieb bei der Hälfte normal, 55 % hatten Zwischenblutungen bzw. eine verfrüht einsetzende Menstruation, bei 12 % setzte die Menstruation verspätet ein. Bei einer Frau (0,76 %) kam es zu einer Schwangerschaft trotz korrekter LNG-Einnahme 20 Stunden nach erzwungenem GV (Vergewaltigung) am 18. Zyklustag.

Wir haben nach dieser Einführungsphase voll auf LNG umgestellt, weil wir gegenüber der Yuzpe-Methode eindeutig nur Vorteile sehen: bei mindestens gleich hoher Effektivität fällt die bedeutendste und unangenehmste Nebenwirkung – das Erbrechen – praktisch weg, was für die Klientin sehr relevant ist und der Beraterin erlaubt, bei gleichem Zeitaufwand vermehrt auf andere wichtige präventive Aspekte einzugehen.

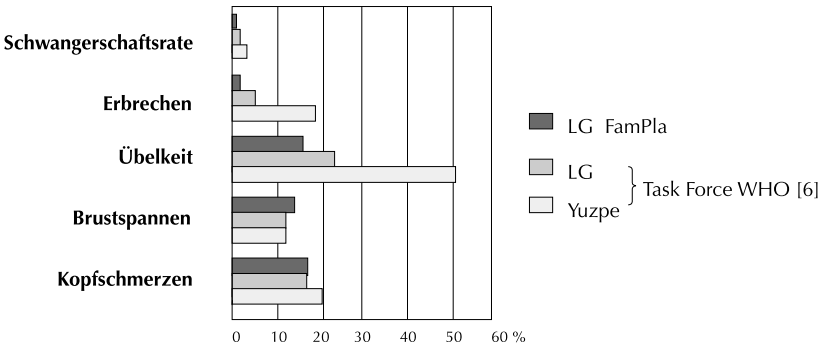
Danazol

Danazol, ein synthetisches Ethisteron-Derivat, welches die Synthese und/oder Ausschüttung der hypophysären Gonadotropine FSH und LH hemmt, wurde auch in seiner Eignung als pkNK geprüft, aufgrund seiner Wirkung auf das Endometrium und Ovar. Eine Studie [8] berichtet über eine hohe Effektivität (1,5 bzw. < 1 % SS bei 800 mg bzw. 1200 mg Danazol); in einer anderen Studie [9] erwies sich Danazol als ineffektiv. Eigene Erfahrungen (zwischen 1996 und 1998) bestätigten die in der Literatur erwähnten relativ geringen Nebenwirkungen (Nausea, Emesis, Brustspannen), aber auch bei uns häuften sich Schwangerschaften trotz zeitgerechter Danazol-Einnahme, worauf wir diese Methode der pkNK nicht weiter einsetzten.

Mifepriston

Das in der Frühschwangerschaft für die medikamentöse Interruptio wirk-

Abbildung 1: Ergebnisse pkNK mit LNG [7]



same Antigestagen Mifepriston kann auch zur pk Interzeption eingesetzt werden: das Antigestagen bewirkt eine massive Störung von Transport und Wachstum der Blastocyste und deren Implantation.

Die Wirksamkeit von Mifepriston in verschiedenen Dosierungen und verschiedenen zeitlichen Abständen nach ungeschütztem GV wurde in einer WHO-Task force Studie [10] mit dem zusätzlichen Ergebnis erfaßt, daß eine niedrigere Dosierung (10 mg gegenüber 600 mg) die hohe Wirksamkeit von nahezu 100 % nicht herabsetzt; auch eine spätere Einnahme des Medikamentes bis 5 Tage (statt bis 72 Stunden) nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr vermindert die Wirksamkeit nicht. Auch bei Mifepriston als pkNK ist die Antikonzeption im weiteren Verlauf des Zyklus wichtig. Nebenwirkungen wie Nausea (17 %), Kopfschmerzen (13 %), Schwindel (13 %) und Erbrechen (2 %) sind nicht sehr häufig und unabhängig von der Dosierung. Unangenehm für die Frau ist die häufig später als erwartet eintretende Menstruationsblutung, wobei hier die Dosierung eine Rolle spielte: nach 600 mg Mifepriston hatten 36 % der Frauen eine um 7 Tage verspätete Menstruation, nach 10 mg waren es lediglich 15 % der Frauen.

Mifepriston ist in Österreich mit der Indikation pkNK nicht zugelassen.

Spirale danach

Eine Kupferspirale bewirkt durch sofort nach Einlage ins Uterusmilieu abgegebene Kupferionen eine Verhinderung der Nidation der Blastocyste. Wichtig ist der Zeitpunkt der Einlage: bis 5 Tage nach ungeschütztem GV, jedoch nicht später als 5 Tage nach dem frühesten errechneten Ovulationszeitpunkt (Vorsicht bei einer späteren Einlage: dann handelt es sich um Postkonzeption).

Der große Vorteil dieser Methode besteht darin, daß die Spirale auf Wunsch für die zukünftige wirksame Antikonzeption für längere Zeit belassen werden kann. Der Nachteil ist, daß die Methode invasiv und schmerzhaft ist, speziell deshalb, weil hier die Spirale nicht wie üblich während der Menstruation eingelegt wird. Längst nicht bei jeder Frau ist die Spirale die AK-Methode der ersten Wahl.

Die Wirksamkeit liegt bei > 99 %, ist also sehr hoch.

Die Nebenwirkungen und Kontraindikationen sind dieselben, wie sie bei der normal zur Verhütung eingelegten Kupferspirale zu beachten sind.

Die gestagenhaltige Spirale eignet sich für die pkNK nicht, da sich die Gestagen-Wirkung nicht innert der gewünschten Zeit entwickelt.

Beratung

Dem Setting für die Beratung und Abgabe der pkNK sollte Beachtung geschenkt werden: eine ruhige, akzeptierende, unterstützende (und nicht moralisierende) Atmosphäre ist wichtig; denn nur so kann auf Fragen um die AK-Panne eingegangen werden, eine präventionsrelevante Voraussetzung für zukünftig wirksameres und risikoärmeres AK-Verhalten.

Wichtig ist eine genaue Anamneseerhebung mit dem Hinweis auf Selbstverantwortlichkeit, speziell auch, daß es notwendig ist, Fragen nach länger zurückliegendem ungeschütztem GV wahrheitsgetreu zu beantworten. Es muß klar werden, wie viel Zeit seit dem ungeschützten GV verstrichen ist und an welchem Zyklustag dieser erfolgte, um das Konzeptionsrisiko ohne pkNK möglichst präzise einschätzen zu können. Allerdings sei hier vermerkt, daß wir eher large sind in der Indikation für die pkNK, sprich die Ängstlichkeit bzw. die Besorgtheit der Frau ist mit ein gewichtiger Faktor für die Indikationstellung.

Entgegen oft geäußerten Bedenken sehen wir keine Kontraindikation, im selben Zyklus die pkNK mehr als einmal abzugeben. Allerdings muß die Frau auf die zu erwartenden Blutungsunregelmäßigkeiten in den nächsten Tagen hingewiesen werden.

pkNK bei Jugendlichen

In der Sexualerziehung bei Jugendlichen sollte das Thema AK die pkNK einschließen. Die Fachstelle für Sexualpädagogik in Bern [11] hat eigens eine Karte in Kreditkartenformat entwickelt, wo die Adresse der Abgabestelle (Familienplanungsstelle, Hausärztin/Hausarzt etc.) eingestempelt werden kann.

Wir machen die Erfahrung, daß es im Rahmen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit nicht selten die pkNK ist, die eine junge Frau/ein junges Paar erstmals überhaupt mit einer entsprechenden Fachstelle in Kontakt kommen läßt. Auch hier sehen wir die offensichtliche Wichtigkeit, daß dies eine gute und für weitere Besuche (weitergehende AK-Beratung und -Rezeptur, gynäkologische Vorsorge-Untersuchung etc.) motivierende Erfahrung werden sollte.

Rezeptpflicht

In Österreich braucht es für die pkNK ein ärztliches Rezept. Für die bisher gängige Yuzpe-Methode wird dies wegen der Östrogenkomponente wohl unverändert beibehalten werden. Für das LNG erscheint uns dies nicht erforderlich. Das „International Medical Advisory Panel" (IMAP) der „International Planned Parenthood Federation" (IPPF) bekräftigt auf unsere Anfrage die Empfehlung, die LNG Pille als pkNK nicht nur in Kliniken und Arztpraxen abzugeben, sondern ebenso in Apotheken oder nichtärztlich geleiteten Familienplanungsstellen [12]. Sie sollte ohne ärztliches Rezept erhält-

lich sein, wie dies in Frankreich und Norwegen bereits der Fall ist und in England auf 2001 eingeführt werden soll, nachdem bereits 1995 wichtige Meinungsbildner eine entsprechende Empfehlung abgegeben hatten. Wir sind der Überzeugung, daß LNG als pkNK auch in Österreich rezeptfrei abgegeben werden sollte. Eine Beratungsmöglichkeit in der Apotheke sollte gegeben sein und informative Beipackzettel sind Standards.

Um eine umfassendere AK-Beratung zu gewährleisten, müßte zudem auf Beratungsstellen/HausärztInnen/ Kliniken hingewiesen werden.

Es wird auch diskutiert, wie weit pkNK bei einer AK-Beratung in Reserve mitgegeben werden sollte, speziell z. B. für Ferienreisen etc. Die Befürchtung, dadurch werde das AK-Verhalten nachlässiger oder weniger konsequent, wäre zu untersuchen. Die Information, daß eine pkNK nie die Wirksamkeit einer konsequenten AK erreicht, muß jedenfalls in die Beratung einfließen.

Schlussfolgerungen

Die Beratung und Abgabe der pkNK bei Frauen/Paaren, die nach ungenügend oder nicht geschütztem Geschlechtsverkehr um Hilfe nachsuchen, um nicht das Risko einer unerwünschten SS einzugehen, ist eine wichtige und dankbare Aufgabe: Es geht um Prävention im engeren und weiteren Sinn; oft haben die KlientInnen mit dieser Notfallkonsultation überhaupt erstmals Kontakt mit einer Institution, die sich mit reproduktiver und sexueller Gesundheit befaßt.

Eckpfeiler eines attraktiven Angebots sind: Niederschwelligkeit, professionelle, verständnisvolle, nicht moralisierende Beratung, eine detallierte Anamneseerhebung mit dem Hinweis auf die Eigenverantwortlichkeit der Klientin, eine effiziente Methode ohne zuviele Nebenwirkungen, die dem Wunsch und den Vorstellungen der Klientin entspricht, niedriger Preis (speziell auch für Jugendliche), weiterführende Angebote, vor allem betreffend AK-Beratung und -Rezeptur, gynäkologische Untersuchung etc.

Für die pkNK beschränken wir uns (seit 1999) auf 2 Methoden: In den meisten Fällen ist es die LNG-Abgabe und wesentlich seltener, d. h. wenn es für LNG zu spät ist oder wenn die Frau es ausdrücklich wünscht, die pk Einlage der Kupferspirale. Die Beratung und Aufnahme der Anamnese erfolgt durch speziell geschultes, nichtärztliches Personal, das rund um die Uhr erreichbar ist. Eine vorgängige gynäkologische Kontrolle oder ein SS-Test ist äußerst selten indiziert und wird entsprechend selten durchgeführt. Als kantonale Stelle mit Beratungsauftrag geben wir das Medikament oder die Spirale zum Selbstkostenpreis ab.

Wir sind der Meinung, daß eine Frau, die die pkNK braucht, diese möglichst einfach bekommen soll und stimmen mit Anne Webb [13] überein: je größer die Auswahl effektiver Methoden, je zahlreicher und je niederschwelliger die Abgabestellen, desto größer ist die Chance, daß die Frau, die sie braucht, sie auch zeitgerecht erhalten kann.

In diesem Kontext sehen wir auch die Empfehlung der IPPF, das wirksame und nebenwirkungsarme LNG weltweit ohne ärztliche Verschreibung abzugeben und wünschen uns die Rezeptfreiheit auch für Österreich.

Dr. med. Christa Spycher

Geboren 1939 in Bern, Medizinstudium in Bern, Paris, Wien und Zürich, 5 Jahre Innere Medizin an der Universitätspoliklinik in Zürich, 16 Jahre in der Entwicklungszusammenarbeit (Frauengesundheit, Kommunalentwicklung, Ausbildung) in Lateinamerika (Peru, Honduras, Nicaragua), 10 Jahre in der Familienplanungs- und Beratungsstelle der Universitätsfrauenklinik Inselspital Bern.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Christa Spycher
Universitäts-Frauenklinik
CH-3012 Bern, Schanzeneckstraße 1

Literatur:

1. Guillebaud J. Contraception. London 1999.
2. IPPF Fact Card No 7. Mai 2000.
3. Barret JC et al. The risk of conception on different days of the menstrual cycle. Population studies 1969; 23: 455–61.
4. Yuzpe AA et al. Ethinylestradiol and dL-norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertil Steril 1977; 28: 932–6.
5. La Valleur June. Emergency contraception. Obstet Gynecol Clin N Am 2000; 27: 817–39.
6. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet 1998; 352: 428–33.
7. Spycher Ch et al. Levonorgestrel als postkoitale Antikonzeption. Gyn Geburtsh Rundsch 2000; 40: 101.
8. Zuliani G et al. Hormonal postcoital contraception with an ethinyl estradiol-norgestrel combination and two danazol regimens. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990; 37: 253–60.
9. Webb A et al. Comparision of Yuzpe regimen, danazol and mifepristone in oral postcoital contraception. BMJ 1992; 305: 927–31.
10. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet 1999; 353: 697–702.
11. Bestelladresse: Fachstelle für Sexualpädagogik, Eigerstraße 80, CH 3007 Bern.
12. IPPF IMAP,London 2000.
13. Webb A. Emergency contraception: is it time to change method? BMJ 1999; 318: 342–3.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung e-Journal-Abo**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**