

# Notfallkontrazeption – die „Pille danach“

## Wie sie wirkt und wem sie hilft



Bild: Scorpis

*Rezeptpflichtig – ja oder nein? Diese Frage wird bei der „Pille danach“ zurzeit in Gesellschaft und Politik viel diskutiert. Wie genau die Tabletten wirken und für wen sie in Frage kommen, erklärt dieser Beitrag.*

Von Monika Schmidmayr

„Die Pille danach soll weiterhin rezeptpflichtig bleiben“ – spätestens das Auftauchen dieser These im „Wahl-O-Mat“ zur Bundestagswahl 2013 zeigte, dass es sich bei diesem Thema um eine gesellschaftlich relevante Frage von großer Aktualität handelt. Als sich im vergangenen Jahr ein katholisches Krankenhaus weigerte, ein Rezept für die „Pille danach“ an eine Frau nach einem sexuellen Übergriff abzugeben, stieß das deutschlandweit auf Aufmerksamkeit und illustrierte die Brisanz und Aktualität des Themas. Es zeigt jedoch auch, wieviel Unsicherheit auf allen Seiten herrscht – auf Seiten der Mediziner, der Politiker, Kirchenvertreter, Medien und nicht zuletzt der betroffenen Frauen. Daher sollen hier einige der offenen Fragen beantwortet werden.

### Wer erhält die „Pille danach“?

In Deutschland werden jährlich ca. 400 000 „Pillen danach“ verschrieben. Fast ein Drittel erhalten junge Frauen unter 20 Jahren, beinahe 60% entfallen auf die Altersgruppe der unter 25-Jährigen. Dagegen werden 10% der rund 100 000 Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr bei Frauen unter 20 Jahren durchgeführt, knapp 70% in der Altersgruppe zwischen 20 und 35 Jahren [1].

Eine Umfrage unter fast 13 500 Frauen zwischen 18 und 45 Jahren im Zeitraum 2006–2008 zeigte, dass jährlich in den USA ca. 10% aller Frauen zwischen 15 und 44 schwanger wurden, die Hälfte davon ungeplant. 40% dieser ungeplanten Schwangerschaften wurden

mit einer Interruptio beendet, was bedeutet, dass jährlich ca. 2% aller Frauen in den USA einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Nur 9,7% der Frauen im selben Alter gaben jedoch an, jemals eine Notfallkontrazeption angewendet zu haben [2].

Die psychischen und physischen Folgen einer Interruptio einschließlich Schuldgefühlen, Depressionen und möglicher Infertilität, wenn der Abbruch Komplikationen nach sich zieht, wiegen ungleich schwerer als die Folgen der „Pille danach“. Daher ist eine auch in der Fläche vorhandene niederschwellige Verfügbarkeit von Notfallkontrazeption wünschenswert – auch wenn sich die US-amerikanischen Daten nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen lassen. Aber auch der österreichische Verhütungsreport von 2012 zeigt: Die Rate ungewollter Schwangerschaften liegt bei 15% für Frauen im Alter von 16–49. Mehr als die Hälfte dieser Schwangerschaften werden abgebrochen [3].

### Wirkprinzip

Im menstruellen Zyklus wachsen und reifen unter hypophysärer Stimulation des follikelstimulierenden Hormons (FSH) in den Ovarien jeweils zunächst mehrere Follikel, wobei die Mehrzahl zur Zyklusmitte hin atretisch wird. Nur ein dominanter Follikel besteht weiter, er produziert mit zunehmender Reife mehr und mehr Estradiol. Erreicht der Serum-Estradiol-Spiegel eine Schwellenkonzentration, so kommt es zu einem LH-Peak, der nach 36 Stunden die Ovulation auslöst. In einem physiologischen 28-tägigen Zyklus findet dies in der Regel am 14. Zyklustag statt. Die Eizelle ist nun für etwa 24 Stunden befruchtbar. Im weiblichen Genitaltrakt vorhandene Spermien können für 3–5 Tage befruchtungsfähig blei-

ben, sodass ein fertiles Fenster von bis zu 6 Tagen besteht, also bis zu 5 Tage vor und 1 Tag nach der Ovulation. Sowohl Levonorgestrel als auch Ulipristalacetat wirken durch eine Verschiebung der Ovulation und damit durch eine Verschiebung dieses fertilen Fensters [4].

### Levonorgestrel

Levonorgestrel (LNG) als Gestagen war für viele Jahre der einzig verfügbare Wirkstoff in der Notfallkontrazeption. Gestagen-Präparate waren kombinierten Estrogen-Gestagen-Präparaten überlegen.

- 1,5 mg Levonorgestrel einmalig oral (Unofem<sup>®</sup>, PiDaNa<sup>®</sup>) oder
- 0,75 mg zweimal im Abstand von 12 Stunden oral (Duofem<sup>®</sup>)

können / konnten verschrieben werden, wobei Unofem<sup>®</sup> und Duofem<sup>®</sup> zwischenzeitlich nicht mehr hergestellt werden und nur noch PiDaNa erhältlich ist. Für beste Wirksamkeit sollten die Tabletten so schnell wie möglich eingenommen werden. Zugelassen ist LNG für 72 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr. LNG ist ein synthetisches Gestagen, das am Progesteron-Rezeptor rein agonistisch wirkt. Über einen negativen Feedback-Mechanismus supprimiert es sowohl in geringerem Maß FSH und damit die Follikelreifung als auch v. a. LH und damit die Ovulation.

### Ulipristalacetat

Seit 2010 ist mit Ulipristalacetat (UPA) ein weiterer Wirkstoff für die Notfallkontrazeption zugelassen. Ulipristalacetat ist ein sog. selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator (SPRM), der gewebeabhängig agonistische oder antagonistische Wirkung haben kann. Der Wirkstoff ist seit 2012 in niedrigerer Dosierung (5mg/Tag; Esmya<sup>®</sup>) auch zur me-

dikamentösen Behandlung von Frauen mit Hypermenorrhoeen bei Uterus myomatosus zugelassen. An der Hypophyse wirkt UPA agonistisch, so dass ebenso wie bei Levonorgestrel über ein negatives Feedback mit FSH- und LH-Suppression die Follikelreifung und Ovulation verschoben werden. UPA soll auch bei bereits steigendem LH wirksam sein. Es ist für eine Anwendung bis 5 Tage nach dem ungeschützten Verkehr zugelassen.

Eine möglicherweise nidationshemmende Wirkung steht weiter in der Diskussion und konnte bisher weder wissenschaftlich bewiesen noch widerlegt werden. Zu unterscheiden ist Ulipristal von Mifepriston, das derselben Wirkstoffklasse der SPRMs angehört, jedoch als Abortivum angewendet wird.

### Sicherheit der Wirkstoffe

Die Rate unerwünschter Schwangerschaften wird in der Literatur

- für LNG mit um 2,5% bei einer Einnahme innerhalb von 24 Stunden,
- für UPA mit unter 1% angegeben.

Ohne Einnahme eines Notfallkontrazeptivums liegt die Schwangerschaftsrate nach ungeschütztem Verkehr bei rund 5,5% [5, 6]. Mit zunehmendem Abstand der Einnahme vom ungeschützten Verkehr steigt diese Zahl für beide Wirkstoffe – jedoch mehr für LNG. Deshalb ist ab einem Abstand von 72 Stunden nur noch UPA zugelassen. Eine Studie an 1696 Frauen zeigte bei Einnahme bis 72 Stunden nach dem ungeschützten Verkehr 1,8% unerwünschte Schwangerschaften unter UPA und 2,6% unter LNG. Im Zeitraum zwischen 73 und 120 Stunden traten drei unerwünschte Schwangerschaften bei 106 LNG-Anwenderinnen ein, keine Schwangerschaft

bei 97 UPA-Anwenderinnen. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war nur für den Zeitraum 73–120 Stunden statistisch signifikant zugunsten UPA. Desweiteren nimmt die Wirksamkeit mit zunehmendem Körpergewicht ab, dies trifft für Levonorgestrel ab 70–75 kg zu, für Ulipristalacetat ab 90 kg, wobei das durchschnittliche Körpergewicht von Frauen über 18 Jahren in Deutschland 2009 bei 68,1 kg lag [7]. Adipöse Frauen mit einem BMI > 25 kg/m<sup>2</sup> Körperoberfläche haben ein mehr als dreifach erhöhtes Risiko für eine unerwünschte Schwangerschaft im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen gleichermaßen nach LNG und UPA. Das Risiko ist jedoch für adipöse Frauen nach der Einnahme von LNG insgesamt deutlich höher als nach UPA. Daher sollte man adipösen Frauen zu UPA oder einer Kupfer-Spirale, sehr adipösen Frauen mit einem BMI von > 35 kg/m<sup>2</sup> Körperoberfläche zu einer Kupfer-Spirale raten [ 8, 9].

### Neuer Standard

Aufgrund der besseren Wirksamkeit bezeichnen die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e.V. und der Bundesverband der Frauenärzte e.V. in einer gemeinsamen Stellungnahme Ulipristalacetat als neuen Standard in der Notfallkontrazeption.

### Für wen ist die „Pille danach“?

Die „Pille danach“ ist nach ungeschütztem Verkehr oder einer „Verhütungspanne“ (z. B. defektes Kondom) und nicht bestehendem Schwangerschaftswunsch in jeder Zyklusphase indiziert. Dies betrifft insbesondere alle Frauen, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Wann immer eine Frau nach einer Vergewaltigung medizinisch versorgt wird, sollte

	<b>Ulipristalacetat 30 mg</b>	<b>Levonorgestrel 1,5 mg</b>	<b>Kupfer-IUD</b>
Präparat	ellaOne®	PiDaNa®	Gynefix®, Multiload-Cu
Rezeptpflicht	ja	ja (noch)	ja
Preis (lt. Rote Liste)	35,72 €	18,33 €	129 € (Gynefix)
zugelassen bis Std. nach ungeschütztem Verkehr	120	72	120
Wirkungsweise	Verzögerung von Follikelreifung und Ovulation, Nidationshemmung nicht ausgeschlossen	Verzögerung von Follikelreifung und Ovulation	Nidationshemmung
Stillpause nach Einnahme	1 Woche	8 Stunden	-
Unwirksamkeit bei Anwendung bis 24 h	~1%	~3%	<1%
Sicherheit gegeben bis Körpergewicht	90 kg BMI 35 kg/m <sup>2</sup> KOF	70 kg BMI 25 kg/m <sup>2</sup> KOF	

Tab. 1 Die unterschiedlichen Notfallkontrazeptiva im Vergleich. IUD = Intrauterine Device

man neben der aufwendigen Beweissicherung und Untersuchung auf sexuell übertragbare Krankheiten immer die Möglichkeiten einer Notfallkontrazeption besprechen. Die mögliche zusätzliche Traumatisierung der Frau durch eine so entstandene Schwangerschaft sollte, soweit wie möglich, vermieden werden.

Ein Sonderfall ist die vergessene Pilleneinnahme: Bei einer üblichen kombinierten Östrogen-Gestagen-Pille ist es in der Regel unproblematisch, wenn eine Pille vergessen wurde – solange die Einnahme innerhalb von 12(–24) Stunden nachgeholt wird. Dies gilt bei zyklischer Einnahme (21 Tage Einnahme, 7 Tage Pillenpause mit Entzugsblutung) insbesondere in der mittleren Einnamewoche und bei Einnahme im Langzyklus. Vor allem wenn das einnahmefreie Intervall auf mehr als 7 Tage verlängert wird, ist dies ein Risiko für die Nicht-Wirksamkeit. Auch reine Gestagen-Pillen, sog. „Mini-Pillen“, verlangen ein striktes Einhalten der Einnahmezeiten, z. T. wird nur eine Variation von wenigen Stunden toleriert. Eine genaue

Anweisung, wie man bei einem Einnahmefehler vorgehen sollte, findet sich üblicherweise in jeder Packungsbeilage. Bei Unklarheiten ist die Verschreibung der „Pille danach“ vorzuziehen. Die normale Pille wird dann weiter eingenommen, um keine Entzugsblutung zu provozieren. Verzögert sich die nächste erwartete Blutung um mehr als eine Woche, so sollte man in jedem Fall – ob unter Einnahme eines oralen Kontrazeptivums oder nicht – einen Schwangerschaftstest machen [10, 11].

### Mögliche Nebenwirkungen

Bei der Einnahme von UPA ist mit vielfältigeren Nebenwirkungen zu rechnen, jedoch ist keine sehr häufig. Als häufigste Nebenwirkung wurde in einer Studie an 1696 Frauen Kopfschmerz beobachtet: bei 19,3% der Frauen nach UPA-Einnahme und bei 18,9% nach LNG [8]. Nach Levonorgestrel sind neben Schwindel und Kopfschmerzen auch Übelkeit, Unterbauchschmerzen, Brustspannen, verspätete oder verstärkte Menstruation, Zwischenblutungen

und Müdigkeit sehr häufig (≥ 10%), Durchfall und Erbrechen häufig (1 bis unter 10%) [10].

Unter der Anwendung von UPA treten mit einer Häufigkeit von ≥ 1%, aber <10% affektive Störungen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Myalgie, Rückenschmerzen, Brustspannen, Dysmenorrhoe und Müdigkeit auf. Gelegentlich, also bei 0,1– 1% und 0,1% aller Anwenderinnen, kommt es unter anderem zu Infektanfälligkeit, emotionalen Veränderungen, Sehstörungen, Hitzewallungen und Dermatosen. Seltene Nebenwirkungen (≥ 0,01%, <0,1%) sind z. B. Affektionen der Atemwege, Harnwegs- und Nierenerkrankungen und Desorientierung [12].

### Gibt es Kontraindikationen?

Frauen mit schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen oder bekannter Unverträglichkeit gegenüber einem Inhaltsstoff sollten weder LNG noch UPA einnehmen. Als Kontraindikation für die Einnahme von ellaOne® gilt ein nicht ausreichend behandeltes Asthma bronchiale ebenso wie eine vorliegende oder vermutete Schwangerschaft.

Nach Möglichkeit sollten medikamentöse Notfallkontrazeptiva im selben Zyklus nicht mehrfach angewendet werden. Falls dies notwendig wird, sollte immer der gleiche Wirkstoff verschrieben werden. Die gleichzeitige Einnahme von CYP3A4-Induktoren kann die Wirksamkeit herabsetzen [11, 12, 13].

### Geringes Thromboserisiko

Weder für Ulipristalacetat noch für Levonorgestrel gibt es Hinweise für ein erhöhtes

Thromboserisiko. Nach der Markteinführung wurden thromboembolische Ereignisse nach Einnahme von PiDaNa® berichtet [13, 12]. Bei Frauen mit deutlich erhöhtem Risiko, z. B. mit nachgewiesener Thrombophilie und Thrombose/Embolie in der Anamnese, sollte man im Einzelfall eine Thromboseprophylaxe oder die Einlage einer Kupfer-Spirale erwägen. Letztlich ist jedoch das Thromboserisiko durch eine Schwangerschaft (5–20 / 10 000 / Jahr bei einem Basisrisiko von 1–5 / 10 000 / Jahr), das Wochenbett (40–65 / 10 000 / Jahr) oder einen Schwangerschaftsabbruch in jedem Fall deutlich höher als das Risiko bei Einnahme der „Pille danach“. Sie sollte daher keiner Frau deshalb vorenthalten werden [14].

### Risiko gering

Das Thromboserisiko durch eine Schwangerschaft übersteigt das Thromboserisiko durch eine „Pille danach“ um ein Vielfaches.

### Alternative – die „Spirale danach“

Auch eine Kupfer-Spirale kann, wenn sie maximal 5 Tage nach dem ungeschützten Verkehr eingelegt wird, eine unerwünschte Schwangerschaft durch eine Nidationshemmung äußerst effektiv vermeiden. Mit einer Rate an unerwünschten Schwangerschaften von <1 % nach Kupfer-IUD-Einlage (IUD = Intrauterine Device) ist dies die sicherste Notfallkontrazeption [18]. Zugleich kann man damit der ratsuchenden Frau eine sichere, nebenwirkungsarme und preiswerte langfristige Verhütungsmethode anbieten. Der Pearl-Index, also die Anzahl der ungewollten Schwangerschaften / 100 Frauen / Jahr liegt bei 0,5–3, und je nach Präparat wirkt die Spirale 5–10 Jahre. Die Zulassung für die Notfallkontrazeption ist präparateabhängig: Gynefix®; Multi-

Tab. 2 Wirksamkeit, abhängig von Zeit nach Geschlechtsverkehr (GV) und Gewicht (KG). IUD = Intrauterine Device

	Ulipristalacetat	Levonorgestrel	Kupfer-IUD
GV vor < 72 h	0	0	0
GV vor 72–120 h	0	X	0
BMI < 25 kg/m <sup>2</sup> KG < 70 kg	0	0	0
BMI 25–35 kg/m <sup>2</sup> KG < 70–90 kg	0	X	0
BMI > 35 kg/m <sup>2</sup> KG > 90 kg	X	X	0
Einnahme von CYP3A4-Induktoren	X	X	0
Thromboserisiko ↑	ggf. + Prophylaxe	ggf. + Prophylaxe	0
Nidationshemmung nicht erwünscht	0	(0)	X
gleichzeitig dauerhafte Kontrazeption erwünscht			0

load Cu 250 (CE), 375 (CE), 375 SL (CE) sind zugelassen, in allen anderen Fällen handelt es sich um einen Off-Label-Use.

Problematisch ist jedoch die mögliche Verschleppung von Keimen aus der Vagina in das Cavum uteri und damit in Richtung Adnexe – dann besteht die Gefahr einer Adnexitis. Insbesondere Frauen nach ungeschütztem Verkehr haben ein gewisses Infektionsrisiko. Jedoch lässt sich in der gynäkologischen Untersuchung mit Bestimmung des vaginalen pH-Wertes und mittels der Phasenkontrastmikroskopie eine akute, klinisch relevante Infektion meist erkennen. Diese kann man im Notfall auch nach IUP-Einlage antibiotisch behandeln. Vor einer geplanten Spiralen-Einlage ist eine zytologische Kontrolle üblich, die nicht älter als 3–6 Monate sein sollte. Außerdem muss zum Zeitpunkt der Konsultation, häufig im Bereitschaftsdienst, eine in der Spiraleinlage geübte Ärztin oder Arzt zur Verfügung stehen.

Wichtig sind daher in der Notfallsituation folgende Fragen:

- Zeitpunkt und Resultat des letzten Krebsvorsorge-Abstrichs?
- Zwischen- oder Kontaktblutungen?

Die Ärztin oder der Arzt sollte die Portio gynäkologisch untersuchen, um Hinweise auf eine Dysplasie nicht zu übersehen. Liegt der letzte PAP-Abstrich mehr als 6 Monate zurück oder gibt es klinische Hinweise auf eine Dysplasie, so muss die Zytologie zeitnah kontrolliert werden. Sollte dabei eine höhergradige Dysplasie erkennbar werden, so kann unter Umständen im Verlauf eine Konisation mit Verlust des IUDs erforderlich werden.

### Sichere Methode

Kupfer-Spiralen sind die sicherste postkoitale Verhütungsmethode, sie wirken jedoch durch eine Nidationshemmung und sind nicht in jeder Situation geeignet.

Als ethisch problematisch gilt, dass durch die Kupfer-Spirale nicht – wie bei den „Pillen danach“ – der Eisprung, sondern erst die Einnistung einer bereits befruchteten Eizelle verhin-

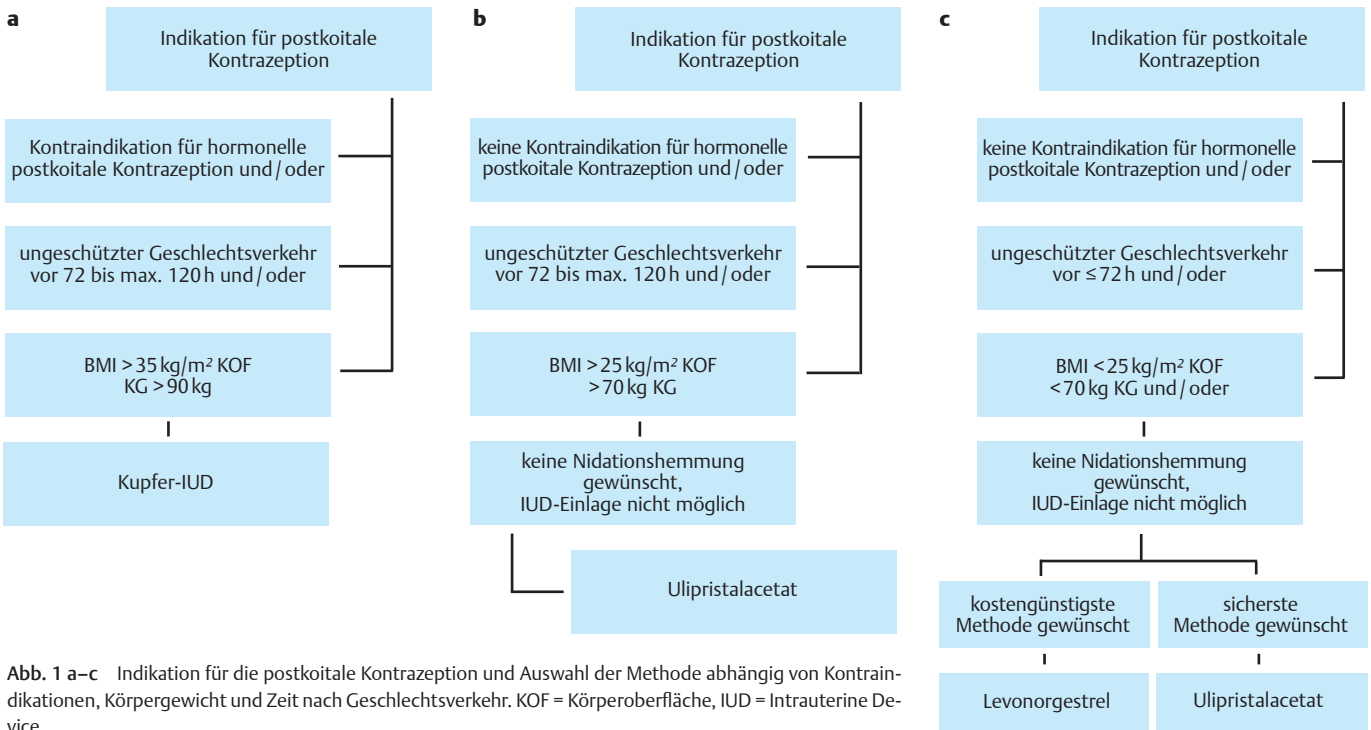


Abb. 1 a–c Indikation für die postkoitale Kontrazeption und Auswahl der Methode abhängig von Kontraindikationen, Körpergewicht und Zeit nach Geschlechtsverkehr. KOF = Körperoberfläche, IUD = Intrauterine Device.

Bild: Monika Schmidmayr

dert wird. Dies sollte man mit der Patientin besprechen, sodass sie ihre eigene Entscheidung treffen kann, ob dies für sie ein ethisch vertretbares Vorgehen ist.

Der Einsatz des Levonorgestrel-IUS Mirena® zur postkoitalen Kontrazeption wurde bisher in Studien nicht geprüft [15].

### Abgabe von Kontrazeptiva

Aktuell sind noch alle postkoitalen Kontrazeptiva verschreibungspflichtig und können in Deutschland, im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern, nicht ohne Rezept abgegeben werden (siehe Absatz „Verschreibungspolitik in Deutschland“). Jede Patientin soll vor Ausstellung eines Rezeptes in einem ärztlichen Gespräch über den Wirkmecha-

nismus, die Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Infektionsrisiken bei ungeschütztem Verkehr und längerfristige Verhütungsmethoden beraten werden. Außerdem müssen dabei Kontraindikationen ausgeschlossen werden.

Wie bei anderen kontrazeptiven Maßnahmen müssen Frauen über 20 Jahren die Kosten dafür selbst tragen und erhalten ein Privat-rezept. Zwischen 18 und 20 Jahren bekommen die jungen Frauen ein Kassenrezept, müssen jedoch 5€ zuzahlen. Unter 18 Jahren ist die „Pille danach“ eine Kassenleistung, die Erziehungsberechtigten müssen nur dann einbezogen werden, wenn die Einwilligungsfähigkeit der Jugendlichen nicht gegeben ist. Insbesondere bei unter 14-Jährigen sollte man die Einwilligungsfähigkeit sorgfältig prüfen und dokumentieren.

### Ablauf des Beratungsgesprächs

Das Beratungsgespräch sollte Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten, einschließlich der Wirkmechanismen und Vor- und Nachteile enthalten. Kontraindikationen müssen abgefragt werden. Des Weiteren sollte man darauf hinweisen, dass die Patientin die „Pille danach“ so schnell wie möglich einnehmen sollte, da dann die Wirkung am größten ist. Bei Erbrechen innerhalb von 3 Stunden nach der Einnahme muss die Tablette nochmals eingenommen werden, ebenso bei schweren wässrigen Diarrhoen innerhalb von 24 Stunden.

Da die Pille danach die Ovulation verschiebt, besteht in den Tagen nach der Einnahme ein erhöhtes Risiko, schwanger zu werden. Daher müssen die Patientinnen während des gesam-

ten restlichen Zyklus mit Barrieremethoden verhüten. Eine erneute Einnahme der „Pille danach“ im selben Zyklus sollte die Patientin möglichst vermeiden, die Wirksamkeit sinkt dann deutlich. Im Beratungsgespräch sollte auch erwähnt werden, dass ein Rest-Risiko für eine Schwangerschaft trotz postkoitaler kontrazeptiver Maßnahmen besteht. Bleibt die nächste Menstruation aus, sollte die Patientin deshalb einen Schwangerschaftstest machen.

Frauen, die die „Pille danach“ benötigen, weil sie eine oder mehrere Pille(n) vergessen haben, sollten ihr Präparat für den Rest des Zyklus weiter einnehmen, um Blutungsstörungen zu vermeiden. Für den Rest des Zyklus kann man nicht mehr von einer kontrazeptiven Wirkung ausgehen, sodass auch in diesem Fall mit Barrieremethoden verhütet werden muss. Die Patientin sollte auch auf die Möglichkeit einer Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten hingewiesen werden. Ergeben sich Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für eine Infektion, so sollte man diagnostische (vaginaler Abstrich, Blutentnahme) und therapeutische Maßnahmen durchführen. Dies trifft natürlich insbesondere bei Frauen nach sexuellen Übergriffen zu. Erst kürzlich wurde „Z.n. einem sexuellen Übergriff“ als kodierfähige Diagnose in den Katalog aufgenommen.

Die Ärztin oder der Arzt sollte die weitere längerfristige Verhütung ansprechen und zu einem Besuch beim Gynäkologen zu diesem Thema auffordern [10, 11].

## Verschreibungspolitik in Deutschland

Der Bundesrat stimmte am 8. November 2013 einem von den Landesregierungen Nordrhein-

### Checkliste

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) hat gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF) eine Stellungnahme zum Thema „Pille danach“ herausgegeben. Diese enthält u. a. eine Checkliste zu den wichtigsten Fragen bei der Verordnung von Notfallkontrazeptiva im Ärztlichen Bereitschaftsdienst [19]

Westfalens und Baden-Württembergs vorgeschlagenen Bundesratsantrag zur freien Verkäuflichkeit der levonorgestrelhaltigen „Pille danach“ zu. Mitte Januar hat sich der Sachverständigen-Ausschuss des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für eine Aufhebung der Rezeptpflicht ausgesprochen. Wäre der Antrag von der Bundesregierung angenommen worden, so wäre zukünftig die Pille danach mit dem Wirkstoff Levonorgestrel (PIDANA) rezeptfrei, aber unter den gleichen Bedingungen wie bislang, kostenfrei abzugeben gewesen. In den meisten anderen europäischen Ländern (außer Italien und Polen) sowie in den USA ist die levonorgestrelhaltige „Pille danach“ rezeptfrei.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat sich jedoch am 10.02.14 in einem Interview mit der Welt am Sonntag für einen „zügigen, diskriminierungsfreien Zugang“ ausgesprochen, wichtig sei auch „eine gute Beratung“. Dies sei am besten gewährleistet, wenn es bei der Verschreibungspflicht bleibe [20].

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) sprachen sich in einer gemeinsamen Stellungnahme vom April



Bild: MEV

Schon bald könnte die Rezeptpflicht für die „Pille danach“ fallen, dann wäre kein Arztbesuch vor Abgabe durch die Apotheke mehr nötig.

2013 gegen die rezeptfreie Abgabe der levonorgestrelhaltigen Postkoital-Pille aus:

- Eines der Hauptargumente ist der Rückgang von Schwangerschaftsabbrüchen in der Gesamtbevölkerung um 16,5% seit 2003 trotz Rezeptpflicht in Deutschland – im Gegensatz z. B. zu Frankreich und Großbritannien.
- Des Weiteren sei Levonorgestrel das Medikament der 2. Wahl zur Notfallkontrazeption nach Ulipristal. Man befürchtet, durch eine Freigabe von LNG einen Anstieg ungewollter Schwangerschaften, aufgrund der geringeren Sicherheit. Studiendaten zeigen jedoch einen signifikanten Unterschied in der Wirksamkeit v. a. für den Zeitraum 73–120 Stunden nach ungeschütztem Verkehr, nicht so für die Zeit bis 72 Stunden [9]. Bedenken bezüglich der geringeren Wirksamkeit des möglicherweise bald rezeptfreien LNG sind also v. a. für Frauen berchtigt, die erst nach mehr als 3 Tagen ein Notfallkontrazeptivum einnehmen. Wäre die rezeptfreie „Pille danach“ früher nach dem Geschlechtsverkehr erhältlich, so wäre vermutlich dieser Unterschied nur noch in weniger Fällen entscheidend.

- Die Situation anderer Länder, so die Stellungnahme weiter, ließe sich zudem nicht mit der in Deutschland vergleichen, da es hierzulande einen flächendeckenden ärztlichen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr gebe. Gerade für Jugendliche in ländlichen Gebieten kann die Erreichbarkeit jedoch durchaus problematisch sein.
- Die Stellungnahme führt weiter aus, dass eine Beratung durch einen Apotheker oder eine Apothekerin über einen schmalen Fensterspalt das ärztliche Gespräch in einer geschützten Umgebung nicht adäquat ersetzen könne [16].

Nach dem Skandal im Jahr 2013 um eine Frau, der nach einer Vergewaltigung ein Rezept für die „Pille danach“ in zwei katholischen Kliniken verweigert wurde, erklärte die Vollversammlung der Deutschen Bischofskonferenz, die Abgabe eines ovulationshemmenden (nicht jedoch eines nidationshemmenden) Medikaments an Vergewaltigungsoffer sei zulässig. Auch der Präsident der „Päpstlichen Akademie für das Leben“ bestätigte dies. In der evangelischen Kirche gibt es zu dieser Thematik keine bindende Meinung [17]. **XX**



Dr. Monika Schmidmayr ist 1980 geboren. Ihr Medizinstudium absolvierte sie an der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität München. Die Ausbildung zur Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe schloss sie in der

Frauenklinik und Poliklinik rechts der Isar an der Technischen Universität München ab. Dort ist sie aktuell in der Weiterbildung im Bereich Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin bei Frau PD Dr. Vanadin Seifert-Klauss.

E-Mail: [Monika.Schmidmayr@gmx.de](mailto:Monika.Schmidmayr@gmx.de)

## Fazit

Die „Pille danach“ ist als Notfallkontrazeption geeignet, um mit hoher Sicherheit eine unerwünschte Schwangerschaft zu verhindern. Je nach Zeitpunkt der Einnahme nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr bzw. der Verhütungspanne und dem Zeitpunkt im Zyklus liegt die Unwirksamkeit bei < 1%. Das Medikament der ersten Wahl ist wegen seiner höheren Sicherheit Ulipristalacetat, Medikament der zweiten Wahl Levonorgestrel. Ein ungenügend behandeltes Asthma bronchiale, eine schwere Leberfunktionsstörung und eine Unverträglichkeit gegenüber Inhaltsstoffen sind die einzigen Kontraindikationen. Für alle anderen Frauen sind in der Regel eine unerwünschte Schwangerschaft und ein eventueller Schwangerschaftsabbruch ein höheres gesundheitliches Risiko als die „Pille danach“. In bestimmten Fällen ist auch eine Kupferspirale ein geeignetes Notfallkontrazeptivum.

## Literaturverzeichnis

- 1 Statistisches Bundesamt. Schwangerschaftsabbrüche. Im Internet: [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Stand 15.12.2013)
- 2 Batur P. Emergency contraception. Separating fact from fiction. *Cleveland Clinical Journal of Medicine* 2012; 79 (11): 771–776
- 3 Österreichischer Verhütungsreport 2012. Repräsentative Umfrage unter 16-49-jährigen Frauen und Männern. Im Internet: [www.gynmed.de](http://www.gynmed.de) (Stand 15.12.13)
- 4 Gemzell-Danielsson K, Berger C. Emergency contraception – mechanisms of action. *Contraception* 2013 Mar; 87 (3): 300–308
- 5 Brache V, Cocho L, Deniaud M, Croxatto HB. Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. *Contraception* 2013 Nov; 88 (5): 611–618
- 6 Glasier A. Emergency contraception: clinical outcomes. *Contraception* 2013 Mar; 87 (3): 309–313
- 7 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Im Internet: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand 15.01.2014)
- 8 Glasier A, Cameron ST, Fine PM et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 555–562
- 9 Glasier A, Cameron ST, Blihe D et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite use of emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception* 2011 Oct; 84(4):363–367
- 10 Rabe T, Albring C, Arbeitskreis „Postkoitale Kontrazeption“. Notfallkontrazeption – Ein Update. *Frauenarzt* 2013; 54 (2): 108–114
- 11 American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergency contraception. *Practice Bulletin No. 112. Obstet Gynecol* 2010; 115: 1100–1109
- 12 HRA Pharma. Fachinformation EllaOne 30mg Tablette, Stand 30. Mai 2013
- 13 HRA Pharma. Fachinformation PiDaNa 1.5mg Tablette, Stand Juli 2010
- 14 Rabe T, Albring C, Arbeitskreis „Kontrazeption und Thrombophilie“. Sicherheit hormonaler Kontrazeptiva: Diane 35 und deren Generika. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGE) und des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF). *Frauenarzt* 2013; 54 (4): 316–325
- 15 Baird AS. Use of ulipristal acetate, levonorgestrel and the copper-intrauterine device for emergency contraception following the introduction of new FSHR guidelines. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2013 Oct; 39 / 4: 264–269
- 16 Stellungnahme des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGE) zu den Anträgen: Drucksache 17 / 11039 und Drucksache 17 / 12102. Im Internet: [www.dggeg.de/leitlinienstellungen/stellungnahmen/2013](http://www.dggeg.de/leitlinienstellungen/stellungnahmen/2013) (Stand 12.12.2013)
- 17 Deutsche Bischöfe erlauben Pille danach. Süddeutsche Zeitung vom 21.02.2013. Im Internet: [www.sueddeutsche.de/panorama/kurswechsel-in-der-katholischen-kirche-deutsche-bischoefe-erlauben-pille-danach-1.16](http://www.sueddeutsche.de/panorama/kurswechsel-in-der-katholischen-kirche-deutsche-bischoefe-erlauben-pille-danach-1.16) (Stand 15.12.13)
- 18 Lalitkumar PG, Berger C, Gemzell-Danielsson K. Emergency contraception. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013 Feb; 27 (1): 91–101
- 19 Rabe T, Albring Ch, Arbeitskreis „Postkoitale Kontrazeption“. Notfallkontrazeption – ein Update. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin und des Berufsverbandes der Frauenärzte: *Frauenarzt* 2013; 54 (8): 761–762
- 20 Im Internet: [www.bmg.bund.de/ministerium/presse/interviews/interview-mit-der-wams.html](http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/interviews/interview-mit-der-wams.html); Stand 18.03.14