

Rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“: Ein Schritt in die richtige Richtung?

Marion STOLL, Walter RELLA

Es gibt kaum ein Präparat, bei dem die Diskussion über seine Wirkmechanismen ethisch so relevant ist wie bei der so genannten „Pille danach“. Der Effekt der „Pille danach“ auf die Follikelreifung scheint unbestritten. Doch scheiden sich die Geister, wenn es um die mögliche Störung der Implantation des frühen Embryos geht. Eine nicht nur wissenschaftlich interessante, sondern vornehmlich bioethisch brisante Fragestellung.

In Österreich ist die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel unter dem Handelsnamen Vikela® als postkoitales Verhütungsmittel oder so genannte „Notfallpille“ am Markt. Die Herstellerfirma Gerot stellte Ende November 2005 den Antrag, das Präparat solle auch in Österreichs Apotheken ohne ärztliche Verschreibung erhältlich sein. Dieses Ansinnen entzündete nun auch hierorts die Diskussion um eine mögliche Aufhebung der Rezeptpflicht.

Die Wirkmechanismen von Levonorgestrel sind bis dato schon recht gut erforscht. Prinzipiell sind folgende Angriffspunkte für die Wirkung der „Pille danach“ bekannt: Spermientransport und -funktion, Follikelentwicklung, Eisprung (Ovulation), Tubentransport, endometriale Rezeptivität und Corpus-luteum-Funktion.

Ein in der Praxis signifikanter Einfluss auf die Spermien scheint gemäß der aktuellen Datenlage nicht vorhanden zu sein: es kommt zwar zu einer Anhebung des pH-Wertes der intrauterinen Flüssigkeit (mit der Folge einer Bewegungseinschränkung der Spermien) sowie zu einer Erhöhung der Viskosität des zervikalen Schleimes. Doch treten diese Wirkungen erst Stunden nach der Präparateinnahme ein. Indes sind Spermien bereits Minuten nach Insemination im Eileiter aufzufinden. Eine Wirkung auf die Kapazitation der Spermien (mit der Folge einer erschwerten Befruchtung) scheint nur möglich, wenn Levonorgestrel früher als

6 Stunden nach Verkehr eingenommen wird. Das ist aber selten der Fall.

Eine wesentliche Wirkung des umstrittenen Präparates betrifft die Reifung des Follikels (nach Selektion des dominanten Follikels): Levonorgestrel verhindert, verzögert oder unterbricht den präovulatorischen Anstieg des luteinisierenden Hormons (LH) und verzögert oder unterdrückt dadurch den Eisprung. Damit diese Wirkung eintritt, muss das Präparat jedoch mindestens zwei Tage vor dem zu erwartenden LH-Anstieg verabreicht werden. Wird Levonorgestrel zu einem späteren Zeitpunkt eingenommen, kann keine Wirkung mehr auf den Eisprung erfolgen, sodass die nun in den Vordergrund tretenden Mechanismen die Verlangsamung des Transportes der Eizelle durch den Eileiter bzw. die Beeinträchtigung der Gelbkörperfunktion sind. Dadurch wird das zeitliche Fenster für die Implantation um durchschnittlich drei Tage verkürzt. Das heißt, dass die möglicherweise befruchtete Eizelle die Gebärmutterhöhle verspätet erreicht, also nicht genügend Zeit für die Einnistung verbleibt bzw. der Keimling durch eine vorzeitig einsetzende Blutung abgeht. Diese mögliche frühabortive Wirkung der „Pille danach“ wird trotz einschlägiger Studienergebnisse von ihren Befürwortern häufig geleugnet. Doch lässt sich recht gut abschätzen, wie häufig eine solche frühabortive Wirkung zum Tragen kommt: Die empfängnisbereite Phase einer Frau mit normalem Zyklus dauert pro Zyklus insgesamt zirka sieben Tage (5 Tage vor bis ein Tag nach Ovulation, bzw. vier Tage vor bis zwei Tage nach dem LH-Gipfel = LH-4 bis LH+2). Bei Einnahme der „Pille danach“ im Zeitraum von vier bis drei Tagen vor dem LH-Gipfel (LH-4 bis LH-3) wird der Eisprung unterdrückt. Eine gleichzeitig gestörte Endometriumentwicklung wäre für die Verhinderung einer Schwan-

gerschaft in diesem Fall nicht von Relevanz. Am Tag LH-2 – das ist gewöhnlich der 9. oder 10. Zyklustag – kommt, je nach tageszeitlicher Einnahme des Präparates, eine von drei unterschiedlichen Wirkungen zum Tragen: (a) Die Ovulation wird verhindert. (b) Die Ovulation wird um ca. zwei bis drei Tage verzögert, wobei eine Empfängnis möglich bleibt und die Einnistung des Keimlings in das (möglicherweise gestörte) Endometrium erschwert ist, trotz weitgehend normaler Gelbkörperfunktion. (c) Die Ovulation folgt unverzögert, die Einnistung des Keimlings ist erschwert. Ab dem Tag LH-1 wird die Ovulation nicht mehr verhindert. Hingegen werden nun andere Wirkmechanismen dominant: Zunächst die Herabsetzung des LH-Spiegels während der Lutealphase (Gelbkörperphase), welche in Folge zu einer vorzeitig einsetzenden Luteolyse führt, und schließlich die Verlangsamung des Transportes durch den Eileiter durch Bremsung des tubaren Zilienschlages. So kommt es bei Einnahme des Präparates am Tag 11 (LH 0) – dem Zeitpunkt höchster Empfängnisbereitschaft – zwar zu einer normalen Ovulation und zu einer kaum gestörten Endometriumsentwicklung. Jedoch werden durch das Gestagen die LH-Signale der Hypophyse völlig unterdrückt, wodurch es zu einer künstlichen Gelbkörperinsuffizienz kommt, welche einen Frühabort zur Folge haben kann. Am 12. und 13. Tag kommt eine Störung der Zilienfunktion und der Tubenmotilität dazu, wodurch schließlich die Einnistung des Keimlings erst später erfolgen kann und es eventuell durch die bereits einsetzende Menstruation dann zum Frühabort kommt. Nach dem Tag LH+2 ist eigentlich keine Empfängnis mehr möglich, doch kann auch hier die Einnahme von Levonorgestrel bei einer möglicherweise bereits zuvor erfolgten Befruchtung den Weitertransport des Keimlings verzögern. Am 17. Tag hat die Keimesentwicklung bereits begonnen, die verzögernde Wirkung auf den Tubentransport fällt nicht mehr ins Gewicht, da sich dieser bereits in der Endphase befindet, doch ist die

Gelbkörperinsuffizienz noch gegeben mit der möglichen Folge eines Frühabortes. Ab dem 18. Tag schließlich ist Levonorgestrel sowohl auf den Befruchtungsvorgang als auch auf die Einnistung des frühen Embryos und somit auf die weitere Embryoentwicklung unwirksam.

Wenn nun von den Befürwortern der „Pille danach“ behauptet wird, dass Levonorgestrel hauptsächlich auf den Eisprung einwirkt und die Befruchtung der Eizelle sowie die Einnistung des Keimlings unbeeinträchtigt bleiben, so ist dies eine unlautere und verkürzende Darstellung der Tatsachen. Betrachtet man den Mechanismus der Unterdrückung der Ovulation für sich, dann wäre Levonorgestrel in der Tat als reines Kontrazeptivum zu betrachten. Doch Levonorgestrel verhindert die Ovulation nur bei Einnahme bis zwei Tage vor dem LH-Gipfel, das heißt nur an zwei, maximal drei von sieben Tagen, an welchen eine Empfängnis möglich ist. Bei späterer Einnahme kann die Ovulation und in Folge auch die Befruchtung nicht mehr verhindert werden. Die nun wirksamen Mechanismen (verzögerter Tubentransport, Gelbkörperinsuffizienz) können einen – sensu strictu gesprochen – Frühabort zur Folge haben. Ein Präparat, das die Ovulation unterdrückt, kann nicht gleichzeitig ein Abtreibungsmittel sein, so argumentieren Befürworter der Notfallkontrazeption auf – ihrer Ansicht nach – logische Weise. Ist nicht ganz falsch, denn gleichzeitig können diese beiden Wirkungen nicht auftreten; aber dennoch kommt (je nach Zeitpunkt der Einnahme) entweder die eine oder die andere Wirkung (oder eben gar keine Wirkung) zum Tragen. Rein rechnerisch hat bei Einnahme an beliebigen Tagen, wie jeder nachvollziehen kann, die frühabortive gegenüber der kontrazeptiven Wirkung eine höhere Wahrscheinlichkeit.

Wer nun den Beginn einer Schwangerschaft an die Implantation des frühen Embryos in die Gebärmutter Schleimhaut knüpft, der wird sicherlich unverrückbar auf dem Standpunkt beharren, dass es in keinem Fall zu einem

Frühabort kommt. Der wird auch jeden, der in der Verhinderung der Einnistung einer befruchteten Eizelle in den Uterus eine Abtreibung sieht, als konservativ bezeichnen. Es ist wohl, wie so häufig in der ethischen Diskussion in Themenbereichen rund um den Beginn des menschlichen Lebens, grundsätzlich eine Klärung von Begriffen notwendig.

Welche unerwünschten Nebenwirkungen Levonorgestrel auf die Gesundheit vor allem junger Frauen hat, ist bis dato noch nicht zur Gänze ausgeleuchtet. Völlig unverständlich bleibt, dass die unphysiologisch hohe Hormonbelastung, denen Frauen durch die Einnahme der so genannten Notfallpille ausgesetzt sind, als nebensächlich abgetan, ja geradezu banalisiert wird. Die Hormondosisbelastung durch eine „Pille danach“ entspricht in etwa der einmonatigen Einnahme eines oralen konventionellen Kontrazeptivums. Wenn man zudem bedenkt, dass bei rezeptfreier Abgabe des Präparates durchaus auch mehrfache Einnahmen pro Zyklus vorkommen könnten, sind schwere funktionelle Störungen im weiblichen Hormonhaushalt zumindest nicht auszuschließen. Schließlich haben neue Studien gezeigt, dass Gestagene in hoher Dosis keineswegs so harmlos sind und besonders bei mehrmaliger Einnahme sehr wohl gesundheitsschädigend sein können. Dass Präparate, deren Nebenwirkungsprofil keineswegs unbeachtlich ist, und die zudem eine – von den meisten Kundinnen ungewusste – abortive Wirkung entfalten können, ohne Rezept abgegeben werden sollen, das muss doch von der Gesellschaft prinzipiell in Frage gestellt werden. Dieses Vorgehen würde ja buchstäblich hochpotente (und daher möglicherweise auch schädliche) Präparate auf ein Niveau mit „Hustenzuckerln“ stellen.

In unserer Zeit wird zu Jugendlichen viel über den verantwortungsvollen Umgang mit

Sexualität gesprochen. Die Aufhebung der Rezeptpflicht für Levonorgestrel würde sämtlichen Bestrebungen in diese Richtung völlig zuwiderlaufen, ihnen gewissermaßen den Wind aus den Segeln nehmen. Eine Übertreibung? In der Schweiz sind die Verkaufszahlen der so genannten „Pille danach“ nach Aufhebung der Rezeptpflicht laut Angaben eines Verbrauchermagazins massiv gestiegen. Im Jahr 2005 sei die hormonelle Notfallverhütung rund 850.000 Mal verkauft worden, meldete „K-Tipp“ Anfang März unter Berufung auf unveröffentlichte Zahlen des Schweizerischen Apothekerverbands zur Notfallverhütung. Seit Herbst 2002 ist die „Pille danach“ in der Schweiz rezeptfrei erhältlich. 2001, als das Präparat noch rezeptpflichtig war, seien lediglich 24.000 Stück verkauft worden. Unter Berufung auf die sexuellen Rechte der Frauen, versuchen die Befürworter der Notfallpille nicht nur, den Zugang zu Levonorgestrel zu erleichtern. Man gewinnt auch den Eindruck, dass sie durch ihre Argumentationsweise darauf abzielen, die Sensibilität und die Achtung des Menschen vor dem Beginn des menschlichen Lebens zu trüben. Es ist und bleibt die Aufgabe des Staates, durch seine öffentlichen Instanzen dem Auftrag für Gesundheit und Bildung der Österreicher treu zu bleiben und seine Kräfte für das Leben und die Achtung der menschlichen Würde einzusetzen. Die Aufhebung der Rezeptpflicht der „Pille danach“ wäre sicherlich ein Schritt in die falsche Richtung.

Dr. Marion STOLL, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
mstoll@imabe.org

Dr. Walter RELLA
Küb Nr. 12, A-2671 Küb
walterrella@gmx.at