

# **Natürliche Empfängnisregelung NER**

## **Leben und Lieben im Einklang mit dem natürlichen Zyklus der Frau**

### **und niemals gegen die Natur**

**Manfred van Treek – Arzt – Viernheim – 04.07.2021**

**Hausarbeit im Rahmen der Ausbildung zum Naturheilkunde-Berater DNB  
„Säule“ Ordnungstherapie der „Sechs Säulen der Naturheilkunde“**

Dieser Text enthält eine Kurzanleitung der wichtigsten Regeln der von Professor Josef Rötzer entwickelten sympto-thermalen Methode der Natürlichen Empfängnisregelung.

Wie wurden und werden sie immer noch gefeiert! GREGORY PINCUS und CARL DJERASSI, die Erfinder der Anti-Baby-Pille. Seit 1960 sind die Systemmedien bei jedem runden Geburtstag dieser großen Errungenschaft der pharmazeutischen Wissenschaft voll des Lobes. Euphorisch spricht man vom „Siegesszug der Pille“, von der „Befreiung der Frau“ und von der Möglichkeit, dass die Pille eine imaginäre drohende „Überbevölkerung“ der Erde verhindern könne. Die Nebenwirkungen, Invalidisierungen und Todesfälle durch die hormonelle Kontrazeption werden allenthalben am Rande oder am Schluss der Lobeshymnen erwähnt.

PINCUS erkannte, dass die bei Schwangerschaften erhöhte natürliche Progesteron-Blutkonzentration den Eisprung verhindert. Der Chemiker DJERASSI veränderte das bereits seit 1938 bekannte synthetische Gestagen Ethisteron in den 50er Jahren zu Norethisteron, das oral eingenommen in den Blutkreislauf gelangt und die Progesteron-Rezeptoren langanhaltend blockiert. Norethisteron ist wie Progesteron ein Gestagen. Es ist eines der zahlreichen in Anti-Baby-Pillen verwendeten chemisch veränderten, synthetischen Gestagene, während Progesteron das einzige natürliche Gestagen ist. Schon seit langem weiß man, dass die Pille unzählige Frauenleben zerstört, sowohl in gesundheitlicher Hinsicht als auch endgültig. Die Liste der Nebenwirkungen ist lang, ganz abgesehen von den zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Schäden. Leben mit Verhütung ist ein Leben gegen die Regeln der Natur. Wenn man und frau das akzeptieren, haben sie die Freiheit, es zu tun; mit allen Konsequenzen.

### **Einblick in die Geschichte der NER**

In den 20er und 30er Jahren wiesen der Österreicher Professor KNAUS und der Japaner Professor OGINO erstmals darauf hin, dass bei der gesunden Frau der Abstand vom Eisprung bis zur nächsten Menstruation relativ konstant ist, nicht jedoch der Abstand vom ersten Tag der Menstruation zum Ovulationstermin. Auf Grund dieser Erkenntnis wurden verschiedene Regeln für Kalendermethoden aufgestellt. Es ist dies die Methode KNAUS-OGINO. Da sich diese Berechnungs-Regel als unzuverlässig erwiesen hat, kann sie heute nicht mehr empfohlen werden.

Bereits im frühen 20. Jahrhundert wurde entdeckt, dass der weibliche Zyklus vom Aspekt der Körpertemperatur biphasisch ist, also zunächst eine Temperaturtieflage und dann eine -hochlage hat.

1929/30 begann der katholische Pfarrer WILHELM HILLEBRAND Versuche mit Temperaturmessungen, um den Familien zu helfen, die Kinderzahl auf ein zu bewältigendes Maß zu begrenzen. Er war der erste, der die Idee hatte, die Messung der Basaltemperatur in den Dienst der Geburtenregelung zu stellen.

Der deutsche Arzt R.F. VOLLMANN veröffentlichte 1940 in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie eine Arbeit über den „Intermenstrualschmerz als Indikator für den Ovulationstermin“. 1947 schrieb er einen Leitfaden für Frauen: "Fruchtbarkeit und Temperaturkurve der Frau".

1959 erschien das Buch des Niederländer HOLT "Geburtenregelung auf biologischem Wege - Der Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeit und Körpertemperatur der Frau" in deutscher Sprache. Bedauerlicherweise wurden die Anleitungen im Buch von HOLT von der Ärzteschaft kaum zur Kenntnis genommen.

Über ein halbes Jahrhundert vor der Entdeckung des Zusammenhangs von Körpertemperatur und Fruchtbarkeit wurde der Zusammenhang mit der Konsistenz des Zervikalschleims vermutet. Nach SMITH (1855) ist eine Empfängnis am wahrscheinlichsten, "wenn der schleimige Inhalt der Zervix einen hohen Grad von Verflüssigung zeigt". SIMS beschrieb 1868 einen Penetrationstest zur Beurteilung des Eindringungsvermögens von Spermien (Penetration) in den Zervixschleim und wies auf die Bedeutung hin, die den entsprechenden Zyklustagen als Tagen höchster Fruchtbarkeit zukommt.

Der australische Arzt BILLINGS schrieb 1964 in seinem Buch „The Ovulation Method“, dass "etwa 70 % der Frauen Symptome in der Mitte ihres Zyklus haben, die zu erkennen sie geschult werden können", insbesondere meinte er den Zervixschleim, aber auch den sogenannten „Mittelschmerz“.

### **Die sympto-thermale Methode nach RÖTZER**

Der österreichische Arzt JOSEF RÖTZER erforschte seit 1951 mit Hilfe seiner Frau MARGARETA RÖTZER den weiblichen Monatszyklus. 1965 wurde von RÖTZER die erste echte sympto-thermale Methode in einem Leitfaden zur Regelung der Empfängnis mit dem Titel: „Kinderzahl und Liebesehe“ publiziert. Seit 1979 erscheint dieses Buch in der zwischenzeitlich über 30sten Auflage unter dem Titel „Natürliche Empfängnisregelung – der partnerschaftliche Weg“.

RÖTZER studierte in seinem Lebenswerk alle verfügbaren Quellen und schuf im Verlauf der 1950er bis 70er Jahre eine in sich geschlossene Methode der Zyklusselbstbeobachtung, die sowohl zur Erfüllung eines schwierig zu realisierenden Kinderwunsches als auch zur Vermeidung einer Schwangerschaft dient, wenn die Regeln sorgfältig eingehalten werden.

### **Regeln der sympto-thermalen Methode nach Rötzer**

Da die Temperaturtieflage, die erste Phase des Zyklus, die Phase vor dem Eisprung, vom Östrogen bzw. vom in der Konzentration ansteigenden Östrogen dominiert wird, ist es sinnvoll, zunächst die Veränderungen beim Fruchtbarkeitsschleim bis zum Eisprung zu beschreiben. Dieses auch Zervixschleim genannte Sekret entstammt den Schleimdrüsen des Gebärmutterhalskanals (Zervikalkanal).



## Was zeigen die **Fotos mit den verschiedenen Qualitäten des Fruchtbarkeitsschleims?**

Wenn Zervixschleim auftritt, muss immer mit Fruchtbarkeit gerechnet werden, auch wenn dies erst ein oder wenige Tage nach Ende der Menstruation, also noch ca. eine Woche oder länger vor dem Eisprung der Fall ist.

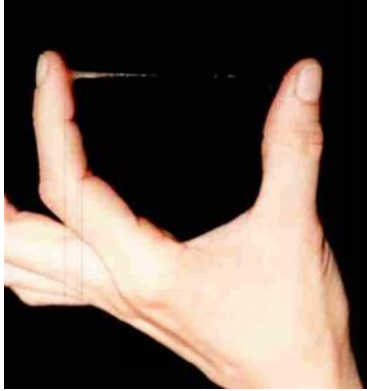
Das Auftreten des Fruchtbarkeitsschleims und dessen Konsistenz (in der NER sprechen wir von „Qualität“) ist von der Östradiol-Konzentration im Blut der Frau abhängig.

Die Konsistenz kann dann so sein, wie **auf den beiden oberen Fotos**. Die Frauen beschreiben den Schleim z.B. mit „weißlich-dicklich“ oder „weiß-krümelig“. Es ist zu Beginn des Auftretens des Schleims mehr Östradiol im Blut, als in den ersten Tagen unmittelbar nach der Menstruation, wo die Frau noch keinen Schleim wahrnimmt und auch noch keine Feuchtigkeit in der Scheide spürt. Manche Frauen bemerken Letzteres als unmittelbaren Vorboten des Fruchtbarkeitsschleims. Der Fruchtbarkeitsschleim wird meistens im Bereich des Scheideneingangs wahrgenommen. Wie wird dies praktiziert?

Die Frau, die diese Methode der Fruchtbarkeits-Wahrnehmung (engl. „fertility awareness“) anwendet, wird an den Tagen, an denen sie mit Fruchtbarkeitsschleim rechnet, bei jedem Toilettengang und vor dem Wasserlassen ganz leicht mit Toilettenpapier von vorne nach hinten über den Scheideneingang wischen, ohne dabei in die Scheide einzudringen. Wenn Schleim vorhanden ist, wird er sich am Toilettenpapier zeigen und die Frau kann ihn beurteilen und entsprechend in die Tabelle des Institutes für Natürliche Empfängnisregelung eintragen (erhältlich als Download bei [www.iner.org](http://www.iner.org)).

Nach ein bis drei Tagen kann der Fruchtbarkeitsschleim unter im Blut ansteigender Östradiol-Konzentration so aussehen, **wie auf dem 3. Foto**. Manche Frauen beschreiben den Schleim dann als „gelblich-cremig“.

Wenn die Östradiol-Konzentration zum Eisprung hin noch weiter ansteigt, wird der Schleim glasig, flüssig, durchsichtig-klar, fadenziehend und „spinnbar“, **wie auf dem 4., 5. und 6. Foto zu sehen ist**. Wenn am Folgetag auf solch einen Schleim die Schleimqualität wieder geringer wird oder der Schleim ganz ausbleibt, dann wird der Tag davor, der letzte Tag mit dem „besten Schleim“ als Schleimhöhepunkt bezeichnet. Das ist auch der Tag, an dem mit großer Wahrscheinlichkeit der Eisprung stattfindet, insbesondere dann, wenn am Folgetag die Körpertemperatur unter der Gelbkörper-Wirkung ansteigt. Der Eisprung kann aber auch ein bis zwei Tage vorher oder nachher sein.



Die hier beschriebenen Beobachtungen von Schleim und Temperatur sind aber kein Beweis für einen stattgefundenen Eisprung, denn bei einem Teil der Zyklen bleibt trotz ausreichenden Follikelwachstums und damit Östradiol-Bildung das Öffnen des Follikels aus oder der Follikel ist ohne Ei gewesen oder das Ei konnte sich nicht aus dem Follikel lösen. Dennoch kommt es zur Gelbkörperwirkung und damit zum Temperaturanstieg. Solche rigiden, sich zum Eisprung hin nicht öffnenden Follikel können die Ursache sein, warum sich trotz als normal beobachteter Zyklen keine Schwangerschaft einstellt.

Manche Frauen haben zu wenig Fruchtbarkeitsschleim, als dass dieser im Bereich des Scheideneingangs festgestellt werden kann. In einem solchen Fall hat die Frau die Möglichkeit, den Schleim direkt am Muttermund zu gewinnen. Wie dies praktiziert wird, ist im Buch „Natürliche Empfängnisregelung“ von Professor Rötzer aus dem Herder-Verlag beschrieben.

Für Paare, die mit dieser sympto-thermalen Methode nach Professor Rötzer eine Schwangerschaft vermeiden wollen, ist es wichtig zu wissen, dass Spermien im Fruchtbarkeitsschleim sechs Tage überleben können, bis sich dann, wenn der Schleim glasig und fadenziehend geworden ist, der Muttermund öffnet und die Befruchtung des eben beim Eisprung freigesetzten menschlichen Eies stattfinden wird.

Die Beobachtungen des Zervixschleims werden also bis zum Ende der Temperaturtieflage sorgfältig durchgeführt und in die Zyklustabelle eingetragen. Auch über den Höhepunkt-Tag hinaus wird auf das mögliche Auftreten von Schleim geachtet. Dies ist zwar möglich, es braucht dabei aber nicht von erneut auftretender Fruchtbarkeit ausgegangen werden. Die Qualität des Fruchtbarkeitsschleims wird täglich bewertet, wobei zwischen Eisprung und erstem Auftreten des Schleims und nach dem Höhepunkt-Tag die Frau in der Regel keinen Schleim sieht oder spürt. „Nichts gesehen, nichts gespürt“ wird in der Tabelle in der Zeile, in der auch das „S“ für Schleim“ eingetragen wird, mit einer durchgestrichenen Null dargestellt. Nachfolgend eine „leere Zyklustabelle“:

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Blatt: \_\_\_\_\_  
 Anzahl der bisher beobachteten Zyklen: \_\_\_\_\_ Kürzester Zyklus: \_\_\_\_\_ Früheste 1. Höhere Messung: \_\_\_\_\_

	1. Tag	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
X:																																								
S:																																								
Uhrzeit:																																								

Verwenden Sie ein elektr. Thermometer? \_\_\_\_\_  
 Welches? \_\_\_\_\_

## Dokumentation der Zyklusselbstbeobachtung in der Zyklus-Tabelle

Wenn die Frau ein neues **Zyklusblatt** für einen neuen **Zyklus** beginnt, trägt sie als erstes links oben in das Feld unter „**1. Tag**“ das **aktuelle Datum** ein. Wir setzen voraus, dass dies der Tag ist, an dem die **Menstruation „in ihrer vollen Stärke“** begonnen hat. Ein **leichtes Vorbluten** am Vortag entspricht noch nicht dem „1. Tag“.

Nun bereitet sie das **Zyklusblatt** für den ganzen **Zyklusmonat** vor, d.h. sie trägt die Monatstage fortlaufend ein. Im Beispiel ist der zehnte Zyklustag der 30. September und dann weiter mit dem 1. Oktober usw. Samstage und Sonntage können zur besseren Orientierung farblich gekennzeichnet werden.

Bei einer langfristigen Anwendung der **NER** sollen auch die erforderlichen Angaben oberhalb der Tabelle eingetragen werden: „Blatt:“, „Anzahl der bisher beobachteten Zyklen“, „Kürzester Zyklus“ und „Früheste 1. höhere Messung“.

Während der Menstruationstage muss die Temperatur noch nicht gemessen werden. Wir gehen davon aus, dass die Temperatur während der Menstruation im Tieflagenbereich ist.

**Follikel stimulierendes Hormon (FSH)** aus der **Hirnanhangdrüse (Hypophyse)** beginnt seine Wirkung auf den **Eierstock** in den Tagen nach Ende der Menstruationsblutung. Unter **FSH** wachsen drei bis sechs der über 100.000 **Primärfollikel** zu den größeren **Sekundärfollikeln** und später zu **Tertiärfollikeln** heran. Gleichzeitig wird der **Eierstock** angeregt, eine zunehmende Menge **Östradiol** zu produzieren. Das **Östradiol** bewirkt das Wachstum und den Aufbau der neuen **Gebärmutterschleimhaut**. Außerdem ruft das **Östradiol** die Bildung des in den **Schleimdrüsen des Gebärmutterhalskanals** produzierten **Fruchtbarkeitsschleims** hervor. Die täglich ansteigende Östradiol-Menge macht die **Konsistenz des Fruchtbarkeitsschleims** immer feiner, **von weißlich-dicklich (w) über gelblich-cremig (g/cr), flüssig (fl) bis durchsichtig-fadenziehend (fdz)**. Mit der letztgenannten Schleimbeschreibung ist der „**spinnbare Eiweißschleim (EW) bei höchster Östradiol-Konzentration** gemeint. Wie das „Eiweiß vom rohen Hühnerei“. Der **Fruchtbarkeitsschleim** wird täglich in den beiden Feldern über der **37°C-Linie** mit einem „**S**“ für **Schleim** dokumentiert. In dem Feld darüber wird die „**Qualität**“ des **Schleims** durch ein Kürzel beschrieben.

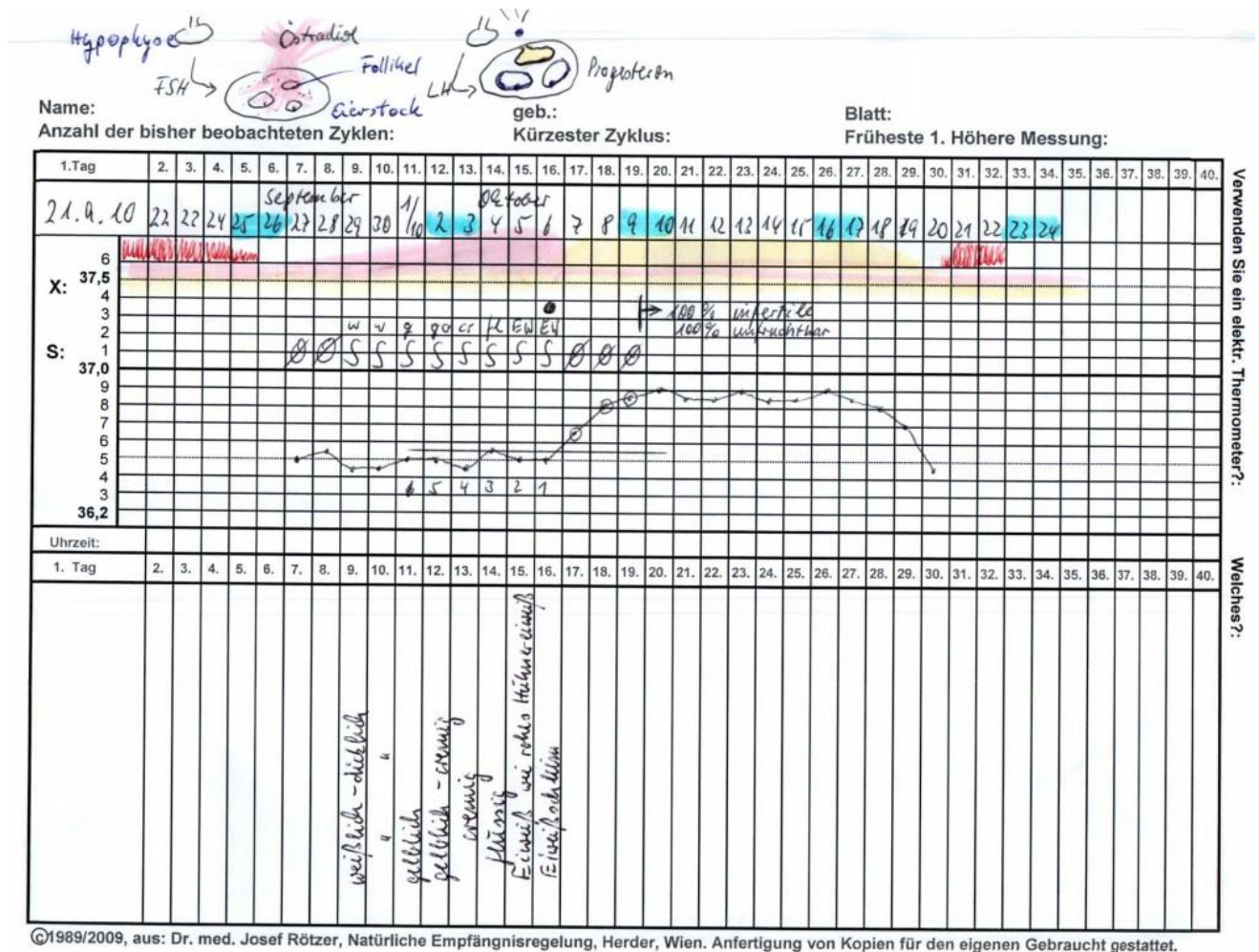
Die Konstellation **FSH** und **hohe Östradiol-Konzentration** in Verbindung mit der „**biologischen Uhr**“ der Frau ruft bei der **Hypophyse** die Bildung und Ausschüttung des **luteinisierenden Hormons (LH)** hervor. Die **Follikel im Eierstock** sind zu maximaler Größe herangewachsen und einer der **Follikel** hat sich an den **Rand des Eierstocks** gedrängt. Diesen Follikel nennt man „**Graaf'schen Follikel**“. Das **LH** bewirkt nun ein **lokales Aufreißen der Membran, die den Eierstock umgibt**, so dass das **Ei** herausgespült wird. Wir sprechen vom **Eisprung**. Das Ei wird vom **Fimbrientrichter des Eileiterendes** aufgefangen und könnte befruchtet werden, wenn Geschlechtsverkehr stattgefunden hat und **Spermien** „vor Ort“ sind. Wenn es nicht befruchtet wird, degeneriert es nach ca. sechs bis zehn Stunden.

Der **Follikel**, der das **Ei** freigegeben hat, beginnt unmittelbar nach dem **Eisprung** mit der **Gelbkörperhormonbildung**. Weil er eine leuchtend gelbe Farbe annimmt, nennt man ihn „**Gelbkörper**“. Er gibt für elf bis 14 Tage **Progesteron** in einer Menge von 25 – 35 mg pro Tag an den Körper der Frau ab. Und dieses **Progesteron** verursacht nun den **Temperaturanstieg**. Außerdem wird die vom **Östrogen** aufgebaute **Gebärmutter-Schleimhaut** durch das **Progesteron** in ein **weiches, drüsiges Gewebe** umgebaut, so



dass sich ein möglicherweise durch eine **Befruchtung** entstandener **Embryo** einnisten kann. Die **Einnistung** geschieht ca. am 6. Tag nach dem **Eisprung**.

In der folgenden Beispieltabelle sind die Wirkstärke und Wirkdauer der **Sexualhormone Östradiol und Progesteron farbige dargestellt**. Die Frau hat in ihrem Blut, in ihrem Stoffwechsel immer eine gewisse Menge von **Östradiol (lila)** und **Progesteron (gelb)**. Das ist dadurch zum Ausdruck gebracht, dass sich jeweils ein schmaler lilaner und ein schmaler gelber Streifen über alle Zyklustage erstrecken. Durch die zum **Eisprung** hin höher werdende lila Fläche ist die **ansteigende Östrogenkonzentration in der ersten Zyklusphase** dargestellt. Diese **erste Zyklusphase** nennt man auch **Östrogenphase oder Temperaturtieflagenphase**.



Durch den zur Fläche gewordenen gelben Strich in der Zeit **zwischen Eisprung und nächster Menstruationsblutung** ist die **hohe Progesteron-Wirkung in der zweiten Zyklusphase** dargestellt. Diese **zweite Zyklusphase** nennt man auch **Progesteronphase oder Temperaturhochlagenphase**.

Die farbige Darstellung von Östradiol und Progesteron dient hier nur zur Erläuterung und zum Verständnis, ebenso die stilisierte Darstellung von Hypophyse und Eierstock. Die Anwenderin der Zyklusselbstbeobachtung braucht dies nicht in jedem Zyklusmonat in ihre Tabelle einzutragen.

In dem Beispiel besteht ab dem Abend des 19. Zyklustages eine 100 % unfruchtbare Zeit. Dies kann anhand der **Hauptregel oder Höhepunktregel** sicher festgestellt werden. Diese Regel lautet:

„Ab dem Abend des dritten Tages der Temperaturhochlage besteht eine 100 % unfruchtbare Zeit, wenn den drei höheren Messungen sechs tiefe Messungen vorausgegangen sind und wenn die dritte höhere Messung mindestens 0,2 °C über der Basislinie, die durch die höchste der sechs vorangegangenen tiefen Messungen verläuft“.

Es seien noch **3 Regeln für die Ermittlung von unfruchtbaren Tagen zu Beginn des Zyklus** genannt:

### **6-Tage-Regel:**

Wenn in den vorangegangenen 12 Zyklen kein Zyklus kürzer als 26 Tage gewesen ist, kann das Paar die ersten 6 Tage als unfruchtbar annehmen, „wenn nicht Zeichen der Fruchtbarkeit“ bereits vor dem 7. Zyklustag auftreten. Dabei kann es sich um vorzeitig auftretenden Zervixschleim handeln. Achtung: der Zyklus beginnt mit dem ersten Tag der Menstruation, NICHT mit dem ersten Tag nach Ende der Menstruation.

### **20-Tage-Regel:**

Wenn im Verlaufe Jahre langer Zyklusselbstbeobachtung irgendein Zyklus kürzer als 26 Tage ist, z.B. nur 25 Tage, muss die 6-Tage-Regel durch die 20-Tage-Regel ersetzt werden: „Kürzester Zyklus – 20“. Z.B. hat der jüngste Zyklus nur 25 Tage gedauert und ist damit „kürzester bisher beobachteter Zyklus“. Dann gilt fortan  $25 - 20 = 5$ . Nur die ersten 5 Tage dürfen als unfruchtbar angenommen werden.

### **Erweiterte Döring-Regel:**

Sobald die Anwenderin 12 Zyklen dokumentiert hat, sucht sie in diesen Zyklen den Zyklus mit der „frühesten 1. höhere Messung“. Sie hat vielleicht Zyklen von denen einige mit „1. höherer Messung“ am 13. Tag gewesen sind, aber niemals vorher. Eine andere Anwenderin findet in ihren ersten 12 Zyklen den 14. Tag als „früheste 1. höhere Messung, aber niemals vorher. Und eine dritte Anwenderin findet den 15. Tag als „früheste 1. höhere Messung“. Soll die Zyklusselbstbeobachtung zur Vermeidung einer Schwangerschaft eingesetzt werden, so lautet die „erweiterte Döring-Regel“:

War die früheste 1. höhere Messung am 13. Tag oder früher, so werden 6 Tage abgezogen, **die Tage davor sind unfruchtbar**. Beispiel mit frühester 1. höherer Messung an einem 13. Zyklustag:  $13 - 6 = 7$  Tage.

War die früheste 1. höhere Messung am 14. Tag oder später, so werden 7 Tage abgezogen, **die Tage davor sind unfruchtbar**. Beispiel mit frühester 1. höherer Messung an einem 15. Zyklustag:  $15 - 7 = 8$  Tage.

(Prof. GERD DÖRING, Gynäkologe, gab der Entwicklung der natürlichen Familienplanung wertvolle Impulse)

Für alle Regeln zu Beginn des Zyklus gilt: **„Dann anwenden, wenn keine Zeichen von Fruchtbarkeit auftreten“**, also kein Zervixschleim.

Im NER-Buch von Professor Rötzer, das in über 30 Auflagen in den deutschsprachigen Ländern bereits über 500.000 Abnehmerinnen fand und das in 15 Sprachen übersetzt ist, sind weitere Zyklus-Besonderheiten erläutert:

NER nach Absetzen der Pille

NER nach der Geburt eines Kindes und während der Stillzeit

NER in der Prämenopause

Allgemein tiefere Temperaturlage

Allgemein höhere Temperaturlage  
Vorzeitiger und verspäteter Temperaturanstieg

Ein Paar kann die jeden Zyklusmonat **aus der Selbstbeobachtung gewonnenen Erkenntnisse zur Empfängnisregelung nutzen**. In dem Buch „Natürliche Empfängnisregelung“ von Professor Rötzer aus dem Herder-Verlag ist dies ausführlich erläutert. Eine Frau kann **mit Hilfe der Selbstbeobachtung wertvolle diagnostische Hinweise erhalten**, wenn sie Störungen ihres Zyklus vermutet.

Quellen:

Josef Rötzer, Elisabeth Rötzer „Natürliche Empfängnisregelung – Der partnerschaftliche Weg“ Herder-Verlag – Neuauflage 2021

Knaus, H.: Ueber den Zeitpunkt der Konzeptionsfähigkeit des Weibes im Intermenstruum. Münch.med.Wschr. 76 (1929) 1157-1160

Ogino, K.: Ovulationstermin und Konzeptionstermin. Zbl.Gynäk. 54 (1930) 464-479

Hillebrand, Hubert: Zwischen ärztlicher und seelsorglicher Ehehilfe. Matthias-Grünwald, Mainz 1962.

Vollmann, R.F.: Fruchtbarkeit und Temperaturkurve der Frau. Kyklos, Zürich 1947.

Holt, J.G.H.: Geburtenregelung auf biologischem Wege. Der Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeit und Körpertemperatur der Frau. Franz Deuticke, Wien 1959.

Smith, W.T.: The pathology and treatment of leucorrhoea. Churchill, London 1855.

Sims, J.M.: Illustrations of the value of the microscope in the treatment of the sterile condition. Brit.med.J.II 1868, 465-466, 492-494.

Billings, J.J.: The Ovulation Method. The Advocate Press, Melbourne 1964

Döring, G.K.: Ein Beitrag zur Frage der periodischen Fruchtbarkeit der Frau auf Grund von Erfahrungen der Zyklusanalyse mit Hilfe der Temperaturmessung. Geburtsh.Frauenheilk.10 (1950) 515-521.

Josef Rötzer „Der persönliche Zyklus der Frau – Von der Vorpupertät bis in die Wechseljahre“ Herder-Verlag

Manfred van Treek „Das Kontrazeptions-Syndrom – Gesundheitsschädigung durch die Anti-Baby-Pille“ Derscheider Verlag 1996

Sylvia Schneider „Tatort Frau – Der große Hormonschwindel“ Ueberreuter-Verlag 2003

<https://iner.org/de/anwenden/download-links.html>

[https://iner.org/files/02\\_anwenden/buecher\\_literatur/broschueren/broschuere\\_NER.pdf](https://iner.org/files/02_anwenden/buecher_literatur/broschueren/broschuere_NER.pdf)

Arbeitsgruppe NFP „Natürlich und sicher – Familienplanung mit Sensiplan“ TRIAS-Verlag

Katja Floßdorf „Ob Kinder oder keine ...: Ein Lernprogramm zur Natürlichen Empfängnisregelung – Miriam-Verlag 2000

INER Regionalgruppe Mainz „Mainzer Stillmappe“ 1998

[http://www.praxisvantreek.de/PDF/1998\\_NER\\_Mainzer\\_Stillmappe.pdf](http://www.praxisvantreek.de/PDF/1998_NER_Mainzer_Stillmappe.pdf)

Petra und Manfred van Treek „Natürliche Empfängnisregelung nach Professor Rötzer – Besonderheiten nach der Geburt eines Kindes und während der Stillzeit“ 1998

<http://www.praxisvantreek.de/PDF/vortrag/ausklapp/NERinderStillzeitAnleitungvonP+MvT.pdf>

John Lee: Behandlung mit naturidentischen Hormonen“ 1997

<http://www.praxisvantreek.de/PDF/vortrag/ausklapp/biohormon/DrJohnLeeBehandlungmitnaturidentischenHormonen.pdf>