

Hormonelle Kontrazeption

Spagat zwischen Fakten und Mythen

„Hormone möchte ich auf keinen Fall nehmen“ – diesen Satz hört man zunehmend in der frauenärztlichen Sprechstunde, sowohl was die Kontrazeption anbelangt als auch was eine Hormonersatztherapie in den Wechseljahren betrifft. Aber auch in Situationen, bei denen der Einsatz von Hormonen medizinisch indiziert ist (wie z.B. bei Endometriose, PMS etc.), gestaltet sich die Beratung der Patientinnen häufig schwierig. Völlig unbestritten ist, dass bei bestimmten Risiken und Vorerkrankungen der Einsatz von Hormonen mit großer Zurückhaltung angegangen werden muss. Andererseits gibt es in vielen Fällen unbegründete bzw. schwer fassbare Bedenken gegen hormonelle Behandlungen jeglicher Art. Die allgemeine Hormonmüdigkeit produziert bisweilen sogar eine Art „Hormon-Scham“, nämlich dann, wenn Frauen, die sich mit einer hormonellen Therapie (beispielsweise zur Kontrazeption) sehr wohl fühlen und diese auch nicht ändern möchten, sich den Vorwürfen ihrer „Peer-group“ ausgesetzt sehen und in einen Rechtfertigungszwang geraten.

Grundsätzlich muss man die Ängste und Bedenken der Patientinnen selbstverständlich ernst nehmen und auf Nebenwirkungen bzw. Unverträglichkeiten einer Therapie mit entsprechender Änderung der Vorgehensweise eingehen. Davon abzugrenzen sind pauschale – häufig inkorrekte – Sichtweisen, insbesondere was Risiken einer hormonellen Kontrazeption anbelangt. Der 60. „Geburtstag“ der sogenannten „Antibabypille“ im zurückliegenden Jahr war auch in den Medien Anlass für eine kritische Bestandsaufnahme. Was häufig bei der öffentlichen Wahrnehmung vergessen wird, ist die Tatsache, dass die Einführung der Antibabypille vor rund sechzig Jahren einen Meilenstein für die sexuelle Unabhängigkeit von Frauen darstellte.

Die Hormonmüdigkeit schlägt sich in verminderten Verschreibungszahlen hormonaler Kontra-

zeptiva nieder. So nahm laut AOK Bericht der Anteil der gesetzlich versicherten Frauen bis 20 (bzw. 22) Jahre, denen die Antibabypille zwischen 2010 und 2019 verordnet wurde, von 46% auf 31% ab. Bei einer Befragung der BZgA aus dem Jahr 2018 bejahten rund die Hälfte der befragten Frauen die Aussage, dass die Verhütung mit Pille oder Hormonen anderer Form „negative Auswirkungen auf Körper und Seele hat“. Ein weiteres Viertel stimmte dieser Aussage zumindest teilweise zu. Bei der Frage nach den Gründen für das Absetzen der klassischen Antibabypille, stand bei einer Onlinebefragung im Rahmen einer Bachelorarbeit der Medical School Hamburg bei rund 900 Frauen zwischen 18 und 40 Jahren an erster Stelle der „Eingriff in den natürlichen Hormonhaushalt“, gefolgt von „Angst vor möglichen Nebenwirkungen“ sowie die „Abneigung, ständig Medikamente einzunehmen“ und „Verhinderung eines gesunden Lebens durch die Pille“. Erst an 5. Stelle wurden körperliche Symptome benannt, dann Stimmungsschwankungen sowie emotionale/psychische Symptome und Libidoverlust. Bei der Verordnung hormonaler Kontrazeptiva muss man mehrere Aspekte unterscheiden. Dies sind zum einen individuelle Risikofaktoren oder Abneigungen, die prinzipiell die Anwendung bestimmter Methoden infrage stellen, zum anderen Probleme, die sich durch oder während der Therapie ergeben. Davon abzugrenzen sind neue Risikosituationen, die erst unter laufender Therapie aufgetreten sind (z.B. eine neu diagnostizierte Thrombophilie etc.).

Bei der Beratung ist auch entscheidend, wie hoch das Sicherheitsbedürfnis bezüglich der Verhütung bei der einzelnen Frau ist. Eine 19-jährige junge Frau, die sich noch in Ausbildung befindet und noch keine feste Beziehung hat, braucht einen deutlich sichereren Empfängnischutz als eine 27-jährige, die bereits im Beruf steht, seit Jahren in einer festen Partnerschaft lebt und lediglich die Familienplanung noch um 1–2 Jahre hinauschieben möchte.

Als Maß für die Sicherheit einer Verhütungsmethode wird allgemein der Pearl-Index angeführt (Anzahl der Schwangerschaften, wenn 100 Frauen eine Methode für 1 Jahr anwenden). Eine Verhütungsmethode wird dann als sicher angesehen, wenn der Pearl-Index bei <1 liegt. Dieses Kriterium erfüllen bei den nicht hormonellen Verhütungsmethoden lediglich die Kupfer-Systeme. Andere nicht hormonelle Methoden (Kondom, Diaphragma, Koitus interruptus, periodische Abstinenz und viele mehr) haben einen deutlich schlechteren Pearl-Index, sind aber bezüglich ihrer Sicherheit abhängig von der Anwendung und können im Einzelfall durchaus sehr sicher sein.

Dass das Ausmaß des Eingriffs in den natürlichen Hormonhaushalt für die verschiedenen hormonellen Methoden sehr unterschiedlich ist, wird von den Frauen oft nicht wahrgenommen. Die klassischen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva (Antibabypille, Vaginalring, Verhütungspflaster) führen in aller Regel zu einer vollständigen Hemmung der Follikelentwicklung (inklusive Ovulationshemmung) und stellen den stärksten Eingriff in den Hormonhaushalt dar. Bei den Gestagen-Monomethoden ist dieser Effekt hingegen abhängig von der eingesetzten Dosis. Die „Dreimonatsspritze“ (Depot-MPA) ist hierbei in etwa den Kombinationspräparaten gleichzusetzen, wobei der hierdurch entstehende Östrogenmangel – anders als bei den Kombinationspräparaten – nicht automatisch ausgeglichen wird. Die östrogenfreien Ovulationshemmer (75 µg Desogestrel und 4 mg Drospirenon) lassen hingegen eine endogene Follikelreifung zu (und damit eine endogene Östradiolsekretion), verhindern aber weitgehend sicher die Ovulation. Die als „Minipille“ bezeichneten Verhütungstabletten (in Deutschland in Form von Levonorgestrel erhältlich) liegen in ihrer Dosis unterhalb der sogenannten Ovulationshemmdosis und verhindern die Ovulation in weniger als der Hälfte der Fälle und wirken im Wesentlichen über eine Viskositätsänderung des Cervix-



Frau Schwenkhagen mit Frau Steffen, die die Moderation übernommen hat, nachdem Frau Schaudig krankheitsbedingt nicht am FOKO teilnehmen konnte.

schleims, Tubenmotilitätsveränderung und einen eingeschränkten Endometrium Aufbau. Ihr Pearl-Index ist dementsprechend schlechter als der aller anderen hormonellen Verhütungsmethoden. Dies liegt auch daran, dass sie sehr pünktlich eingenommen werden müssen, was sich in der Praxis oft als schwierig gestaltet.

Die levonorgestrelhaltigen Intrauterin-Spiralen entfalten – anders als die oben diskutierten Methoden – ihre kontrazeptive Wirkung im Wesentlichen lokal im Bereich des Endometrium und berühren damit den regulären Monatszyklus nicht oder kaum. Der Eingriff in den Hormonhaushalt ist hierbei minimal. In Einzelfällen kommt es allerdings zu einem etwas stärkeren Übertritt von Levonorgestrel ins Blutssystem mit entsprechenden Wirkungen auf den Zyklus und möglichen unerwünschten Nebenwirkungen. Dies muss man individuell beobachten und beachten.

Es ist unumstritten, dass kombinierte hormonale Kontrazeptiva mit einem signifikant erhöhten Thromboserisiko einhergehen. Das Ausmaß des Risikos ist vor allem abhängig von der Dosis des angewandten Östrogens, aber auch und von der Art des eingesetzten Gestagens. Eine Gestagenmonotherapie (mit Ausnahme der Dreimonatsspritze) erhöht hingegen das VTE Risiko nicht. Dies konstatiert auch eindeutig die aktuelle S3 Leitlinie zur Kontrazeption. Grundsätzlich ist ein solches Ereignis insbesondere bei jungen Frauen selten. Entscheidend ist es, Patientinnen mit erhöhtem Basisrisiko zu identifizieren und in diesen Fällen primär Gestagen-Mono Methoden oder hormonfreie Methoden (z.B. Cu-Systeme) zur Verhütung zu empfehlen.

Bezüglich der Karzinomangst kann man Patientinnen bei der hormonalen Kontrazeption beruhigen: Zwar ist ein minimal erhöhtes Brustkrebsrisiko denkbar (in einer Größenordnung von ca. 10%). Gleichzeitig senkt die Anwendung kombinierter hormonaler Kontrazeptiva aber die Inzidenz von Colon-, Endometrium- und Ovarialkarzinom signifikant, sodass sich der „Netto“-Effekt der Anwendung einer kombinierten hormonalen Kontrazeption bzgl. des Karzinomrisikos als eher günstig einschätzen lässt.

Auch bezüglich einer Gewichtszunahme kann man Patientinnen beruhigen: gemäß der Studienlage kommt es im Durchschnitt nicht zu einer Anhebung des Gewichts unter Anwendung hormonaler Kontrazeptiva (eine Ausnahme stellt hier die Dreimonatsspritze dar, bei der eine Gewichtszunahme klar belegt ist). Dies schließt allerdings nicht aus, dass es im Einzelfall durchaus zu einer Gewichtszunahme kommen kann. Dies muss man ernst nehmen und eine Umstellung der Kontrazeptionsmethode avisieren. Ähnliches gilt für die Beeinflussung der Libido durch eine hormonelle Kontrazeption (insbesondere der Kombinationspillen). Tatsächlich können hormonelle Kontrazeptiva einen negativen Effekt auf die Sexualität haben, allerdings nur bei einigen Frauen. Global gesehen gibt es laut Studienlage keine negativen Effekte.

2019 warnte das BfARM in einem „Rote Handbrief“ vor Suizidalität als mögliche Folge einer Depression unter der Anwendung hormonaler Kontrazeptiva. Diese Warnung ging zurück auf zwei dänische Beobachtungsstudien, bei denen sich bei Frauen, die zur Kontrazeption Hormone anwandten, eine erhöhte Verschreibungs-



rate von Antidepressiva und auch eine erhöhte Suizidrate zeigte. Auffällig bei beiden Studien war, dass dies besonders junge Frauen (unter 20 Jahre) betraf. Schwachpunkt dieser Studien war allerdings, dass als Kontrollgruppe bzw. Referenz diejenigen Frauen dienten, die im Beobachtungszeitraum keine Hormone zur Kontrazeption erhielten. Hierbei blieb unklar, ob es sich bei der Kontrollgruppe um Frauen handelte, die gar nicht verhüten mussten (weil keine Beziehung bestand) oder die anderweitig (= nicht hormonell) verhüteten. Dies ließ sich aus dem dänischen Register nicht herauslesen. Damit stellt sich die Frage ob möglicherweise die Beziehung selbst das Risiko für Depression bzw. Suizid erhöhen kann. Und dass insbesondere junge Frauen, die noch nicht viel Erfahrung im Beziehungsleben haben, hiermit schlechter umgehen können. Dass Beziehung per se ein Risikofaktor darzustellen scheint, lässt sich aus einer britischen Beobachtungsstudie aus dem Jahr 2010 ablesen, in der man für keine Erkrankung oder Kondition ein erhöhtes Mortalitätsrisiko unter Anwendung kombinierter hormonaler Kontrazeptiva fand mit Ausnahme des signifikant erhöhten Risikos für Tod durch äußere Gewalt. Tatsache ist, dass Tod durch äußere Gewalt bei Frauen im Wesentlichen innerhalb von Beziehungen auftritt. Die traurige deutsche Statistik sagt, dass jeden Tag in Deutschland ein Mann versucht seine Partnerin oder Expartnerin umzubringen und dass dies jeden 3. Tag gelingt.

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass das Auftreten einer Depression als Folge der Anwendung hormonaler Kontrazeptiva extrem selten ist und in einer Größenordnung von 2 auf 10.000 beschrieben wird. Dennoch muss man im Einzelfall ernst nehmen, wenn Patientinnen von einer Stimmungsbeeinträchtigung durch die Anwendung hormonaler Kontrazeptiva berichten und die Methode der Verhütung gegebenenfalls ändern.

Als Kehrseite der Medaille ist unumstritten, dass es durchaus Situationen gibt, in denen Patientinnen von der Anwendung hormonaler Kontrazeptiva (neben der kontrazeptiven Effektivität) eindeutig profitieren. Dies betrifft neben Blutungsstörungen (Hypermenorrhoe, Dysmenorrhoe) vor allem zyklusabhängige Erkrankungen wie das PMS/PMDD oder die menstruationsgebundene Migräne auch Patientinnen mit Endometriose oder PCOS.

Entscheidend bei der Beratung und der Auswahl der Methode ist, anamnestisch Risikopatientinnen zu identifizieren, und gleichzeitig im Dialog mit der Patientin ihre Ängste und ihre Wünsche wahrzunehmen. Im zweiten Schritt sollten die Vor- und Nachteile einer hormonellen Kontrazeption sorgfältig kommuniziert werden, bevor man sich letztlich für eine bestimmte Verhütungsmethode gemeinsam mit der Patientin entscheidet. Bei einer Evaluation 3–6 Monate nach Beginn der Methode sollte unbedingt auf die oben angesprochenen Prob-

leme eingegangen werden und man muss Veränderungen der Befindlichkeit dezidiert erfragen.

Fazit

Hormonmüdigkeit bei der Kontrazeption schlägt sich in den Nutzerdaten von Kontrazeptiva und in den Gesprächen mit Patientinnen gleichermaßen nieder. Einflussgrößen hierfür sind neben der medialen Berichterstattung zu den Risiken von Hormonanwendungen auch der Wunsch von Frauen nach möglichst geringem Eingriff in den Hormonhaushalt, was sicher ein Trend der Zeit

ist. Individuell muss mit jeder Patientin das für sie geeignete Verhütungskonzept gefunden werden, unter Berücksichtigung ihrer Risiken, Wünsche und Ängste. Ihr Sicherheitsbedürfnis und ihr individuelles Körpergefühls müssen ebenfalls bedacht werden. Befindlichkeitsveränderungen unter hormonhaltigen Kontrazeptiva

müssen erfragt und im Verlauf beobachtet werden. Im Einzelfall muss dann entschieden werden, ob und wie die Verhütungsmethode geändert werden muss oder kann.



Dr. Katrin Schaudig

Praxis Dres.
Schaudig & Schwenkhagen
schaudig@hormone-hamburg.de

Dr. Anneliese Schwenkhagen

Praxis Dres.
Schaudig & Schwenkhagen
schwenkhagen@hormone-hamburg.de

amedes 

*Unsere Erfahrung
für mehr
Sicherheit.*

fetalis[®]
EINFACH BERUHIGEND.

NICHT-INVASIVER PRÄNATALTEST (NIPT)

- Erkennung der Trisomien 21, 18, 13 und Monosomie X
- **Ausfallrate nur 0,4 %***
- hohe Nachweisraten
- hohe Sensitivität und Spezifität

* Eiben B et al. Clinical experience with noninvasive prenatal testing in Germany: Analysis of over 500 high-risk cases for trisomy 21, 18, 13 and monosomy X. Obstet Gynecol Rep. 2021 Mar 11.