



- ▶ Die „Pille“ ist ein hochwirksames Medikament und **nicht als Lifestyle-Präparat einzustufen**. Dementsprechend muss im Aufklärungsgespräch auch über Nebenwirkungen und Interaktionen gesprochen werden.
- ▶ Zu beachten ist, dass die Kombination der „Pille“ mit den **Risikofaktoren Rauchen, Alkohol bzw. Übergewicht** eine oft kritische Konstellation darstellt.
- ▶ Auch bei der **Fragestellung nach dem individuellen Thromboserisiko und dem Einstiegsalter für die „Pille“** ist die Erhebung der Anamnese das Wichtigste.

### Orale Ovulationshemmer

# Maßgeschneiderte Kontrazeptionsberatung zur „Pille“

Die „Pille“ hat zweifelslos eine gesellschaftliche Revolution ausgelöst, die im Laufe der letzten 40 Jahre zu einer Neupositionierung der Frau in der Arbeitswelt und der Familie führte. Die Emanzipation der Frau, die Fähigkeit, ihre Sexualität und ihre Fortpflanzung selbst in die Hand nehmen zu können, aber auch die größeren Freiheiten auf beruflicher Ebene verdankt man zu einem großen Teil dieser sicheren Form der Empfängnisverhütung. Leider drohen durch die Berichterstattung zu kleineren Risiken hormoneller Methoden in den Medien viele Vorteile der „Pille“ und der Hormontherapie im Speziellen zu kurz zu kommen. Zumal es auch immer wieder nicht nur von Seiten der Patientinnen zu groben Verwechslungen kommt – sowohl der einzelnen Hormonkomponenten als auch dem Anwendungsgebiet von „Pille“ und Hormonersatztherapie.

### Individuell angepasste „Pillen“-Verschreibung

Mit der Kenntnis der differenzierten Verordnung hormoneller Kontrazeptiva wird auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung auch das möglich, was man in der Hormonersatztherapie bereits seit Jahren erfolgreich praktiziert: nämlich die individuelle, der jeweiligen Frau entsprechend angepasste „Pillen“-

Verschreibung. Man erreicht damit, neben der effektiven Verhütung, auch therapeutische Effekte.

Es ist der medizinischen Forschung in den letzten Jahrzehnten gelungen, die Hormonkonzentration der „Pille“ immer mehr zu reduzieren und neue Gestagenkomponenten zu entwickeln. So wurde an der Dosisreduktion kontinuierlich gearbeitet, bis man Produkte freigeben konnte, die nur mehr 15 µg Ethinylestradiol (EE) enthielten (Tab. 1). Auch erweiterte sich die Palette an kombinierbaren Gestagenen, die durch selektive Partialwirkungen einen gezielten Einsatz bei bestimmten Beschwerden erlauben (Tab. 1 und 2, Abb.). Dies soll aber nicht zu einer kritiklosen Verordnung und Anwendung verleiten. Die Information über die Anwendungsmethode ist ein wichtiges Kriterium für den zuverlässigen Einsatz. Die Aufgabe der verschreibenden Ärzt:innen ist es, den medizinischen „Hintergrund“ gemeinsam mit der Patientin zu prüfen, um eine optimale Verträglichkeit sicherzustellen und das Nebenwirkungsspektrum so gering wie möglich zu halten.

**Bei einer „Pillen“-Neueinstellung** ist in erster Linie eine sehr genaue Eigen- und Familien-Anamnese zu erheben. Diese beinhaltet das Alter bei der Menarche, das Zyklusverhalten in den vergangenen Jahren und ob



**Univ.-Prof.<sup>in</sup>  
Dr.<sup>in</sup> Doris M. Gruber**  
Fachärztin für  
Gynäkologie und  
Geburtshilfe, Wien

möglicherweise endokrinologische Problemkonstellationen vorliegen. Daraus resultierend wird ein „passendes“ Präparat verordnet. Grundsätzlich sollte mit einem möglichst niedrigen Gesamtsteroidanteil begonnen werden. Das Postulat „so niedrig wie möglich“ gilt nicht nur für die Hormonersatztherapie, sondern auch für die orale Kontrazeption.

### Mögliche Probleme:

- **Vor allem Zwischenblutungen und Zyklusinstabilitäten** können zu Beginn der „Pillen“-Anwendung verunsichern. Dies ist aber meist ein kurzes, sich rasch wieder von selbst lösendes Problem, meist ohne ärztliche Intervention. Manchmal ist eine Abänderung der „Pillen“-Verordnung notwendig. Die Verkürzung der „Pillen“-Pause, aber auch das Verwenden höher oder niedrig dosierter Präparate ist ein weiterer Schritt im Management von Zyklusstörungen unter der „Pille“.

- Bei Endometriosepatientinnen, die einen „Pillen“-Wunsch äußern, wird man auf eine östrogenarme und gleichzeitig Gestagen-betonte „Pille“ oder eine reine Gestagen-Verhütung umsteigen.
- Bei Frauen, die unter der „Pille“ eine trockene Scheide oder eine Conjunctivitis sicca entwickeln, wird man eher eine Östrogen-dominierte „Pille“ wählen.
- Aber auch gegen Kopfschmerz und Migräne in der „Pillen“-Pause, gegen Libidoverlust und Cellulite-Entwicklung unter der „Pille“ sowie gegen ein Zuviel an männlichen Hormonen stehen besonders vorteilhafte Präparate zur Verfügung.

**Spezielle Aspekte in der Beratung**

**„Pille“ und Thrombose:** In den vergangenen Jahren sind einzelne Thrombosefälle, die unter der „Pille“ aufgetreten sind, so intensiv in den Medien diskutiert worden, dass der Eindruck entstanden ist, jede Frau, die die „Pille“ nimmt, wäre Thrombose-gefährdet. Tatsächlich findet man ein derartiges Thromboserisiko, wie es zuletzt den Präparaten der 3. Gestagengeneration angelastet wird, bei jedem neuen hormonellen Präparat, das auf den Markt kommt.

Man muss wissen, dass eine Schwangerschaft ein deutlich höheres Thromboserisiko aufweist als die Einnahme oraler Kontrazeptiva: In 60 von 100.000 Schwangerschaften tritt eine Thrombose auf. Dagegen tritt – je nach Präparat – bei 20 bis 40 Frauen pro 100.000 Frauen, die die „Pille“ nehmen, eine Thrombose auf.

Auch die „Pillen“ der 2. Gestagengeneration wiesen die gleiche Thromboseinzidenz auf wie zuletzt die „Pillen“ der 3. Generation. Dies unterstreicht, dass es nicht ausschließlich die „Pillen“-Bestandteile sind, die für die Thrombose verantwortlich gemacht werden können, sondern es liegt an der individuellen Verträglichkeit. Frauen mit verschiedenen Risikofaktoren, vor allem aber Raucherinnen, sollte die „Pille“ nur im Ausnahmefall und nach entsprechender Aufklärung verordnet werden.

Berichtet die betroffene Frau bei der **Erhebung der Anamnese**, dass sie bereits in jun-

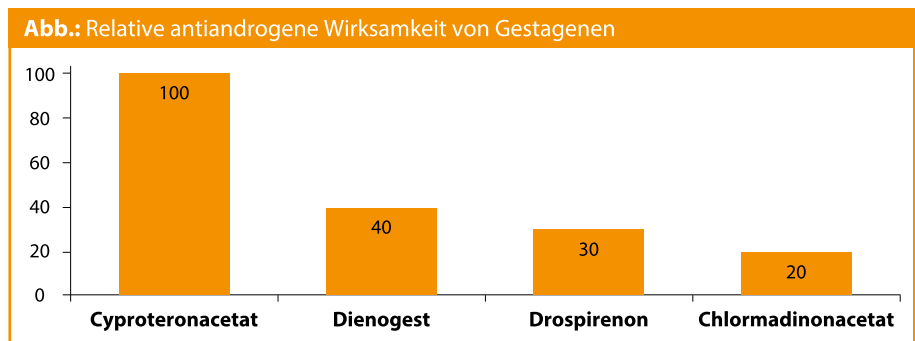
**Tab. 1: Breites Spektrum an Wirkstoffen und Dosierung der modernen hormonellen Kontrazeptiva**

<b>Östrogene:</b>	
Ethinylestradiol: 15 µg, 20 µg, 30 µg, 35 µg, 40 µg, 50 µg	
Estradiolvalerat: 1 mg	
Estradiolhemihydrat: 1,5 mg	
<b>Gestagene (Auswahl):</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chlormadinonacetat 2 mg</li> <li>• Cyproteronacetat 2 mg</li> <li>• Desogestrel 75 µg, 150 µg</li> <li>• Dienogest 2 mg, 3 mg</li> <li>• Drospirenon 3 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etonogestrel 60 µg, 120 µg (Implanon®, Nuva Ring®)</li> <li>• Gestoden 75 µg, 50/70/100 µg, 2,10 mg</li> <li>• Levonorgestrel 100 mg, 150 mg</li> <li>• MPA 104 mg, 150 mg</li> <li>• Nomegestrolacetat 2,5 mg</li> </ul>

**Tab. 2: Partialwirkungen von Gestagenen**

	Partialwirkungen			
	gestagen	androgen	antiandrogen	antimineralokortik.
<b>Progesteron</b>	+	-	(+)	+
<b>Drospirenon</b>	+	-	+	+
<b>Levonorgestrel</b>	+	+	-	-
<b>Desogestrel</b>	+	+	-	-
<b>Norethisteron</b>	+	+	-	-

alle zurzeit in 20-µg-Präparaten verwendeten Gestagene im Vergleich zu Progesteron



gen Jahren an einer Thrombose litt, dass ein Elternteil vor dem 30. Lebensjahr ebenfalls eine Thrombose hatte, so gilt dies als sicherer Hinweis dafür, dass die Frau thrombosegefährdet ist und auf eine andere Art der Empfängnisverhütung zurückgreifen sollte. Die aPC-Resistenz-Bestimmung ist eine zusätzliche Information, die den Ärzt:innen nebst der Anamnese eine Entscheidungshilfe sein kann, ob die „Pille“ verschrieben werden soll oder nicht. Liegt ein pathologischer aPC-Resistenz-Wert vor, sollte eine weitere hämatologische Abklärung erfolgen. Es muss noch einmal unterstrichen werden, dass es nicht allein die „Pille“ ist, die Probleme, Nebenwirkungen und Interaktionen verursacht, sondern in erster Linie die individuelle Verträglichkeit gepaart mit Risiko-

faktoren nach unsachgemäßer und sorgloser Verschreibung sowie Verabreichung! Die **Risikofaktoren Rauchen, Alkohol und Übergewicht und ein junges Einstiegsalter** in Kombination mit hormonellen Ovulationshemmern können eine kritische Konstellation darstellen und gefährden letztendlich die Gesundheit der Anwenderin.

**„Pille“ und depressive Verstimmung:** Antriebslosigkeit, Reizbarkeit, Depression und Nervosität werden gehäuft bei „Pillen“-Einnahmerinnen beobachtet. Die Beeinflussung von Neurotransmittern durch Steroidhormone gilt als gesichert. Man kann bei Auftreten dieser unangenehmen Wechselwirkungen durch Verordnung einer anderen „Pille“ in vielen Fällen Abhilfe schaffen. ▶

**Tab. 3:** In Österreich verwendete „Pillen“-Präparate

<b>Monophasenpräparate (15 µg bis 30 µg EE):</b>	Aliane®, Balancette®, Danselle®, Danseo®, Daylina®, Delia®, Desofemine® 20, Desofemine® 30, Eloine®, Eridona®, Flow®, Gefemin®, Gynovin®, Harmonette®, Lenea®, Levostron®, Liberel®, Liberel mite®, Loette®, Madonella®, Madonella mite®, Marvelon®, Meliane®, Melleva® 100/20, Melleva® 150/30, Mercilon®, Microgynon® 30, Minesse®, Minulet®, Mirelle®, Selina®, Selina mite®, Sylgestrel®, Sylgestrel mite®, Varianta®, Volina®, Volina mite®, Wave®, Xyllette®, Yasmin®, Yasminelle®, Yaz®, Yirala®, Yris®, Yris mite®
<b>Zweiphasenpräparat:</b>	Gracial®
<b>Dreiphasenpräparat:</b>	Triodena®
<b>Ovulationshemmer mit antiandrogenem Gestagen:</b>	Alisma®, Angiletta®, Balanca®, Beatrice®, Belara®, Bellgyn®, Bilinda®, Bonisara®, Delia®, Diane mite®, Dienorette®, Dienovel®, Larissa®, Madinette®, Mayra®, Mellow®, Midane®, Minerva®, Motion®, Peliette®, Sibilla®, Stella®, Valette®, Xylia®
<b>„Gestagen-only“-Präparate:</b>	Cerazette®, Cycle®, Desirette®, Desofemone®, Moniq®, Tangolita® (Desogestrel 2 mg), Lyzbet® (Drospirenon 4 mg)
<b>Orale „Gestagen-only“-Präparate mit Indikation Endometriose:</b>	Metrissa®, Visanne®, Zafrilla® (Dienogest 2 mg)
<b>Ovulationshemmer mit natürlichem Östradiol:</b>	Qlaira®, Zoely®
<b>Ovulationshemmer im Langzyklus:</b>	Seasonique®

Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

nach: Österreichische Ärztezeitung, 10. 6. 2020

**„Pille“ und Libido:** Bei einigen Frauen, die die „Pille“ einnehmen, kann es zu einer Veränderung der sexuellen Empfindungen kommen. Dies kann teilweise auf die Androgen-unterdrückende Wirkung der „Pillen“-Komponenten zurückgeführt werden. Bei länger andauernden Beschwerden kann ein Produktwechsel überlegt werden. Aber Achtung: Nicht jeder Libidoverlust hat hormonelle Ursachen!

**„Pille“ und Haut:** Auch die Haut steht markant unter dem Einfluss der Hormone. Aus diesem Grund wird oft schon sehr jungen Mädchen, die womöglich noch nicht die erste Regelblutung hatten, gegen Pubertätsakne die „Pille“ verordnet. In diesem Fall sollte man allerdings besondere Zurückhaltung in der Verschreibung walten lassen. Einerseits behandelt man mit der „Pille“ sehr effektiv die Akne, allerdings stört man durch die Hormongabe den gerade sich in der Pubertät befindenden Organismus und die weitere Etablierung eines physiologischen zyklischen, ovarial gesteuerten Systems. Dies kann nachhaltige Folgen haben.

Zu den häufigsten dermatologischen Erkrankungen, die während der „Pillen“-Einnahme entstehen, gehören Chloasmen. Man versteht darunter gelblichbraune Flecken, die vor allem im Gesicht auftreten. Sonneneinstrahlung hat bei prädisponierten Frauen, die gleichzeitig die „Pille“ einnehmen, einen ver-

stärkenden Einfluss auf den Grad der Hautpigmentierung. Chloasmen manifestieren sich vor allem im Sommer bei starker Sonneneinstrahlung. Aus diesem Grund empfiehlt man diesen Frauen, die Pilleneinnahme auf den Abend zu verlegen, da unmittelbar nach „Pillen“-Einnahme die Steroidkonzentration im Serum am höchsten ist.

**„Pille“ und Brustkrebs:** Obwohl der Zusammenhang zwischen „Pille“ und Brustkrebs nicht als erwiesen angesehen werden kann, muss man doch angesichts der Verunsicherung vorsichtig vorgehen. Dies heißt, dass auch die Frage nach familiär bedingtem Brustkrebs in die Anamnese vor der „Pillen“-Verschreibung einfließen muss. Liegt eine diesbezügliche Belastung vor, so sollte man vermeiden, der betroffenen Frau vor dem 18. Lebensjahr bzw. über eine Dauer von mehr als 10 Jahren die „Pille“ zu verordnen. Mit diesen beiden Maßnahmen verringert man ein mögliches Risiko, das aber noch nicht eindeutig als gegeben angesehen werden kann. Trotzdem ist es sinnvoll, aus Sicherheitsgründen restriktiv vorzugehen. Studien diesbezüglich lassen (noch) keine einheitliche und eindeutige Empfehlung zu.

**„Pille“ und Haarausfall:** Nicht selten klagen Frauen, dass es während – meist langjähriger – Pillen“-Einnahme zu Haarausfall

kommt. Obwohl das „Pillen“-Östrogen (anfänglich) positiv auf den Haarzyklus wirkt, kann durch ein völliges Absinken des Östradiols lokal ein relativer Hormonmangel entstehen, der durch das „Pillen“-Östrogen nicht ausgeglichen werden kann. Als kausale Therapie wäre das Absetzen der „Pille“ zu überlegen. Es ist außerdem bekannt, dass es während der „Pillen“-Einnahme zu einer Verarmung an Folsäure und an Cobalamin (Vitamin B12) kommen kann. Beide Substanzen sind für den Haarzyklus notwendig und können zugeführt werden.

**„Pille“ und Körpergewicht:** Für viele Frauen ist die Zunahme des Körpergewichts, das bei den niedrig dosierten „Pillen“ kaum zu registrieren ist, ein großes Problem. Vereinzelt findet man tatsächlich „Pillen“-Einnahmerinnen, bei denen entweder der Appetit steigt oder die Verwertung der Nahrung so gesteigert ist, dass es tatsächlich zu einer merklichen Gewichtszunahme kommt. Es empfiehlt sich, diesen Frauen zu raten, während der ersten 6 Wochen der „Pillen“-Einnahme weniger zu essen. Bei Nichtbesserung ist ein Umstieg auf ein anderes Produkt ratsam. Präparate, die der vermehrten Wassereinnahme entgegenwirken, sind bei machen Anwenderinnen erfolgreich. ■

Literatur bei der Verfasserin