

Pillen-Rezept: Warum junge Frauen genauer hinschauen

Der Anteil der gesetzlich versicherten Mädchen und Frauen, denen Gynäkologen kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) zur Verhütung verschreiben, ist seit Jahren rückläufig. Der Verordnungsanteil sank 2022 um vier Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr. Nur noch 28 Prozent entschieden sich für die Verhütung mit der Kombination aus den Hormonen Östrogen und Gestagen. Zum Vergleich: 2013 waren es noch 43 Prozent. Das zeigt eine aktuelle Analyse der GKV-Verordnungsdaten, die dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDo) vorliegen.

Damit verliert die klassische Pille bei den 15- bis 22-Jährigen an Bedeutung. Patientinnen dieser Altersgruppe, die weiterhin mit der Pille verhüten, bevorzugen verstärkt risikoärmere Varianten. Entschieden sich im Jahr 2013 noch 65 Prozent für KOK-Präparate, waren es 2022 nur noch 48 Prozent. Die Pille wird für gesetzlich versicherte Mädchen und Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Längst Thema in sozialen Medien

Dr. Eike Eymers, Ärztin im Stab Medizin des AOK-Bundesverbandes, sagt: „Dass eine hormonelle Verhütung auch Risiken hat, wird gerade in den sozialen Medien immer stärker thematisiert.“ Die Entscheidung für ein Verhütungsmittel bleibe aber eine ganz individuelle Entscheidung, die nur unter gründlicher Abwägung der Risiken und des Nutzens getroffen werden sollte. Dazu gehöre aber auch der Fakt, dass die Pille seit mehr als 60 Jahren als eines der wirksamsten Verhütungsmittel gilt, betont die Medizinerin.

Je nach Wirkstoffen und deren Kombination wird in Ein-, Zwei- oder Dreiphasen-Präparate unterschieden. Kombinierte hormonale Verhütungsmittel (KOK) wie die Pille enthalten immer zwei Arten von Hormonen: Östrogene und Gestagene. Im vergangenen Jahr wurden insgesamt 110 unterschiedliche KOK-Präparate verordnet. In Bezug auf Schwangerschaftsverhütung sind sämtliche Gestagene gleich wirksam. Als risikoärmer gelten kombinierte orale Kontrazeptiva, die unter anderem die Gestagene Levonorgestrel, Norethisteron und Norgestimat enthalten.

Einer AOK-Analyse zufolge entscheiden sich immer mehr Mädchen und junge Frauen für Pillen mit geringerem Thromboserisiko. Verordnungen klassischer Wirkstoff-Varianten sind weiter rückläufig.

Von Frank Brunner



Pille, ja oder nein? Immer mehr junge Frauen suchen nach Alternativen.

© JOCHEN TACK / AOK-MEDIENDIENST

Die Praxis-Serie

Lesen Sie am 7. September:

Die sogenannte Priscus-Liste unterstützt Ärztinnen und Ärzte dabei, unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Patientinnen und Patienten zu verhindern. Mit einer kompakten Zusammenfassung der Wirkstoffe, die nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden sollten, will die AOK Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag unterstützen.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.

Frauen, die Kombinationspräparate nicht vertragen, können alternativ die Minipille nehmen, die ausschließlich Gestagen enthält. Der Verordnungsanteil der Minipille stieg von 0,85 Prozent im Jahr 2013 auf 2,78 Prozent im Jahr 2022.

Andere Verhütungsformen wie Vaginalring und Hormonpflaster machen einen Anteil von zwei Prozent aus. Dies entspricht einem geringen Anstieg von einem Prozent seit dem Jahr 2013. „Auch kontrazeptive Alternativen sind nicht risikolos“, sagt Dr. Eymers. Vaginalringe und Hormonpflaster sind ebenso Hormonkombinationspräparate mit einem erhöhten thromboembolischen Risiko. Sogenannte intrauterine Kontrazeptiva wie die hormonfreie Kupferspirale oder die Levonorgestrel-Spirale spielen bei den Anwenderinnen in der Altersgruppe zwischen 15 und 22 Jahren keine Rolle.

Mehr Schwangerschaftsabbrüche

Die Gynäkologin Dr. Cornelia Hösemann, Vorstandsmitglied im Berufsverband der Frauenärzte (BVF), erklärt, dass eine Schwangerschaft das Thromboserisiko im Vergleich zur Pille um ein Vielfaches erhöht (siehe Interview). Zudem könne eine ungewollte Schwangerschaft nachteilige Folgen für die psychische und physische Gesundheit haben, warnt die Frauenärztin.

Aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes zufolge, entschlossen sich im ersten Quartal 2023 rund 27.600 Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch. Das sind 6,8 Prozent mehr als im selben Zeitraum des Vorjahres. Bereits 2022 registrierten die Statistiker einen Anstieg (+4,8%) gegenüber 2021. Die große Mehrheit der Frauen (rund 70%), die im 1. Quartal 2023 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, nur drei Prozent waren jünger als 18 Jahre. Ursachen für diesen Trend lassen sich aus den Daten nicht ablesen.

Der Frauenärzteverband BVF weist in einer Pressemitteilung darauf hin, dass die Abbruchzahlen trotz insgesamt sinkender Geburtenraten steigen. Die Mediziner vermuten als Ursachen unter anderem „die aktuelle wirtschaftliche Lage“ oder „die Folgen des Krieges in der Ukraine“.

Vielen Patientinnen fehlt das Wissen über ihren Körper

Dr. Cornelia Hösemann, Vorstandsmitglied im Berufsverband der Frauenärzte (BVF), über den Wunsch junger Frauen nach hormonfreier Verhütung und gefährliches Halbwissen aus Social-Media-Kanälen.

Das Interview führte Frank Brunner

Frau Dr. Hösemann, ihr Verband diagnostiziert eine Entwicklung zur hormonfreien Verhütung, besonders bei jungen Patientinnen. Es werde sich zunehmend auf Temperaturmessungen oder Zyklus-Apps verlassen. Wie erleben Sie diesen Trend?

Ich erlebe oft eine diffuse Skepsis gegenüber Hormonen, begleitet vom fast schon „naturverliebten Wunsch“ nach alternativen Möglichkeiten der Empfängnisverhütung.

Was ist daran problematisch?

Vielen Patientinnen fehlt tiefergehendes Wissen über ihren Körper und den Zyklus. Ihr Motto: Hauptsache „hormonfrei“. Dass aber auch vom Körper Hormone gebildet werden, und sich deren Wirkung nicht einfach ausschalten lässt, verwundert manche Mädchen, aber auch erwachsene Frauen.

Woraus resultiert diese Unkenntnis?

Ein Grund sind die vielen Berichte in sozialen Medien über hormonelle Empfängnisverhütung. Reichweitenstarke Influencerinnen präsentieren auf Instagram, YouTube, oder TikTok individuelle Schilderungen – und fast immer sind das Negativerlebnisse. Nur: Diese Erfahrungen sind nicht auf alle Frauen übertragbar. Ich merke, dass es manchen Patientinnen sehr schwerfällt, evidenzbasierte Informationen von persönlichen Wahrnehmungen Dritter zu trennen.

Warum ist das so?

Emotionale Geschichten aus der Peergroup genießen hohe Glaubwürdigkeit. Beispielsweise Empfehlungen von Freundinnen, die ihr Wissen beispielsweise wiederum von Influencerinnen beziehen. Auf einigen Kanälen wird jede Menge Halbwissen oder gar Falschinformationen verbreitet.

Wie reagieren Sie darauf?

Ich nehme Bedenken immer ernst, möchte jedoch gleichzeitig die unterschiedlichen Möglichkeiten der hormonellen und nicht-hormonellen Verhütung erklären. Wenn klar widersprüchliche Aussagen im Beratungsgespräch geschildert werden, liefere ich die Fakten.

Mit Fakten gegen Emotionen – klingelt nach einer Sisyphosaufgabe.

Ganz wichtig ist, dass Patientinnen wissen, sie können sich in jedem Alter und in jeder Situation an Frauenärztinnen und Frauenärzte wenden. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist das entscheidende Gegengewicht zur Informa-

tionsüberflutung im Netz. Viele Patientinnen reagieren im Gespräch dankbar über die fachärztliche Aufklärung.

Das Bewusstsein von Patientinnen hat sich geändert. Hat das Auswirkungen auf die Verordnungspraxis?

An der Verordnungspraxis hat sich nicht viel verändert. Sie geschieht auf Grundlage der S-3-Leitlinie „Hormonelle Empfängnisverhütung“. Wir betrachten unter anderem das Thromboserisiko, fragen: Ist die Patientin Raucherin? Wie hoch ist ihr BMI? Mögliche familiäre Risikokonstellationen sind ebenfalls zu beachten. Für Erstanwenderinnen – insbesondere junge Mädchen – sind oft eine hohe kontrazeptive Sicherheit und gute Anwendbarkeit bedeutsam. Wir beziehen das Alter beziehungsweise Erfahrung mit sexueller Aktivität und Verhütung ein.

Sind natürliche Verhütungsmethoden für junge Frauen überhaupt sinnvoll?

Ungewollte Schwangerschaften bei jungen Frauen oder Teenagern werden als besonders dramatisch empfunden – sie können für die psychische und physische Gesundheit sehr nachteilige Folgen haben. Umso wichtiger ist es daher, diese von vornherein zu vermeiden und den Mädchen Zugang zu einer zuverlässigen, für sie gut praktikablen Kontrazeption zu verschaffen. Aus fachärztlicher Sicht steht die hormonelle Verhütung hier ganz oben. Verhütung ist aber grundsätzlich eine individuelle Angelegenheit, zu der wir nur beraten können. Im Hinblick auf eine hohe kontrazeptive Sicherheit und gute Anwendbarkeit sind natürliche Verhütungsmethoden insbesondere bei sehr jungen Frauen und Mädchen kritisch zu sehen.

Haben Sie dafür Beispiele?

Methoden, wie etwa die Basaltemperaturmessung, Zervixschleim- und Muttermundkontrolle, bedürfen eines guten Wissens über den eigenen Körper und im Zweifel eine zusätzliche Verhütungsmethode oder Verzicht auf Geschlechtsverkehr. Der Pearl-Index gibt einen guten Anhaltspunkt über die Sicherheit. Eine Schwangerschaft erhöht übrigens das Thromboserisiko im Vergleich zur Pille um ein Vielfaches.

Die KOK-Verordnung risikoreicherer Präparate für Frauen bis 22 Jahre lag 2022 bei 48 Prozent. Könnte dieser Anteil noch niedriger sein?

Aus fachärztlicher Sicht ist die pauschale Verwendung der Begrifflichkeiten „risikoärmer“ und „risikoreicher“ vor allem in

den Medien kritisch zu sehen, wenn vorhandene Risiken nicht differenziert betrachtet und eingeordnet werden. Wir erleben einen Rückgang der Verordnung von Verhütungspillen und müssen uns hier die Frage stellen, welche anderen sicheren Verhütungsmethoden wenden diese jungen Frauen an, um ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden? Die Nebenwirkungsprofile beinhalten potenzielle Risiken, müssen jedoch individuell eingeschätzt und unter Abwägung von Nutzen und Nachteilen betrachtet werden. In der Arzneimittelanwendung und der damit verbundenen Risikokommunikation erklären wir Patientinnen Wirkprofile und Nebenwirkungsprofile, um ihnen eine korrekte Einordnung von individuellen Risiken zu ermöglichen.

Welchen Kriterien folgen Sie bei dieser Einzelfallbetrachtung?

Unter anderem spielt der Lebensstil eine Rolle. Möchte die Patientin eine regelmäßige Einnahme? Oder kann sie sich nicht vorstellen, jeden Tag zur selben Uhrzeit eine Tablette einzunehmen? Das würde schon einige Präparate ausschließen. Außerdem: Gibt es feste Schulzeiten? Schichtarbeit? Reist die Patientin viel und lebt in unterschiedlichen Zeitzonen? Insbesondere für Erstanwenderinnen und Frauen unter 30 Jahren gilt die Empfehlung, zunächst die Präparate mit dem geringsten Risiko für venöse Thromboembolien zu bevorzugen. Wenn Frauen während der Stillzeit sicher verhüten wollen, wäre es möglich, Mittel aus der Gruppe der Gestagen-Monomethoden gemäß der aktuellen AWMF-S3-Leitlinie zu wählen: Gestagen-Monopille, Kupfer- oder Gestagen-IUD oder Etonogestrel-Kontrazeptionsstäbchen. Letztlich erfolgt die Verschreibung nach Anamnese, einer Nutzen-Schaden-Abwägung und dem, was sich die Patientin von einer sicheren Verhütung erwartet.

Was hat sich in Ihrer eigenen Praxis in den vergangenen Jahren verändert?

Im Vergleich zu früher benötigen wir deutlich mehr Zeit bei der ausführlichen Beratung der Patientinnen – auch, um hier Sorgen und Unsicherheit zu nehmen. Einerseits, weil oft nur vages Vorwissen existiert. Andererseits gibt es eine sehr große Bandbreite an möglichen Verhütungsmethoden. Hier die passende Variante für jede Patientin zu finden, erledigt sich nicht in wenigen Minuten – aus fachärztlicher Sicht hätten wir hierfür gerne mehr zeitlichen Spielraum zur Verfügung.

Vielen Dank für das Gespräch.



Dr. Cornelia Hösemann, niedergelassene Gynäkologin und Vorstandsmitglied im Berufsverband der Frauenärzte (BVF)