Pillenmüdigkeit? Fakten und Auswirkungen

Sibil Tschudin

Abteilung Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik, Frauenklinik, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz

Zusammenfassung

In diesem Beitrag

- Pillenmüdigkeit – eine Tatsache?
- Gründe für die Abkehr von der hormonellen Kontrazeption und zugrunde liegende Evidenz
 Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva und Depression • Sexualstörungen unter kombinierten hormonellen Kontrazeptiva
- Auswirkungen der Abkehr von der hormonellen Kontrazeption
- Implikationen für die Handhabung im Sprechstundenalltag

Hintergrund: In den letzten Jahren scheint sich ein Trend zu Alternativen für die „Pille“ abzuzeichnen.

Fragestellung: Es stellt sich die Frage, was es mit der postulierten „Pillenmüdigkeit“ auf sich hat, ob tatsächlich eine Abkehr von der hormonellen Kontrazeption stattfindet, was mögliche Gründe dafür sein könnten und ob sich Auswirkungen feststellen lassen.

Material und Methoden: Es wurde eine Literaturrecherche zu folgenden Punkten durchgeführt: 1. Hinweise auf Veränderungen im Verhütungsverhalten in Deutschland, Österreich und der Schweiz, 2. Evidenz in Bezug auf die zurzeit viel diskutierten Auswirkungen hormoneller Kontrazeptiva auf Psyche und Sexualität und 3. Hinweise auf eine Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche.

Ergebnisse: Die Verwendung der Pille zeigt eine rückläufige Tendenz. Zurzeit lässt sich keine Aussage machen, ob es zu einer signifikant häufigeren Anwendung der Kupferspirale gekommen ist. Die Sorge vor Nebenwirkungen ist für einen beträchtlichen Prozentsatz der befragten Frauen ein wesentlicher Grund, hormonelle Verhütungsmittel zu vermeiden. Gemäß aktuellen Übersichtsbeiträgen verzeichnen die meisten Frauen, die kombinierte orale Kontrazeptiva verwenden, keine oder eine positive Wirkung auf die Stimmung, die Inzidenz einer depressiven Symptomatik ist gering und nur in Untergruppen relevant. Die Auswirkungen hormoneller Kontrazeptiva auf die Sexualität der Frau sind nicht ausreichend untersucht und die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass nur eine Minderheit eine positive oder negative Veränderung wahrnimmt. Eine Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche zeichnet sich nicht ab.

Schlussfolgerung: In Anbetracht des Stellenwerts, den unter anderem die Nebenwirkungen bezüglich Zufriedenheit mit und Adhärenz zur Verhütungsmethode haben, ist eine individuell zugeschnittene Kontrazeptionsberatung essenziell.

Schlüsselwörter

Hormonelle Kontrazeption · Kontrazeption/Nebenwirkungen · Depression · Schwangerschaftsabbruch · Kontrazeptionsberatung

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Immer mehr Frauen erkundigen sich nach Alternativen zur Pille, wünschen eine Kupferspirale oder erklären, dass sie auf eine Verhütungs-App oder einen Zykluscomputer umgestiegen sind. Hat es etwas auf sich mit dieser „Pillenmüdigkeit“? Was mögen die Gründe sein für diese Abkehr von der hormonellen Verhütung, mit welchen Auswirkungen ist zu rechnen und welche Implikationen hat dieser Trend für die ärztliche Beratung und Betreuung bei Verhütungsbedarf? Der vorliegende Beitrag soll

evidenzbasierte Antworten auf diese Fragen und Hinweise für die Handhabung im Sprechstundenalltag geben.

Pillenmüdigkeit – eine Tatsache?

Aus Deutschland und Österreich wie auch aus der Schweiz liegen bevölkerungsbezogene Daten vor, aus denen sich Schlüsse ziehen lassen, ob die Anwendung der Pille tatsächlich rückläufig ist [1–3].

Abb. 1 ▲ Verwendung der Pille gemäß Angabe der Frauen. (Modifiziert nach [1])

Gemäß einer von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beauftragten Repräsentativbefragung von 468 Männern und 524 Frauen im Alter zwischen 18 und 49 Jahren war die Pille bei den Frauen mit 47 % das am häufigsten genannte Verhütungsmittel, beim Mann mit 48 % das zweithäufigste [2]. Beim Kondom waren es bei der Frau 37 % und beim Mann 56 %. Im Vergleich zur 2011 durchgeführten Erhebung lag die Häufigkeit der Pillennennung bei den Frauen 6 % tiefer, bei den Männern 5 %. Die insgesamt festgestellte rückläufige Pillennutzung manifestiert sich am deutlichsten in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen (–16 %). Die Doppelnutzung von Pille und Kondom ist in der jüngsten Altersgruppe immer noch weit verbreitet – aber nicht mehr so stark wie früher. Heute wird das Kondom zu einem größeren Anteil als einziges Verhütungsmittel eingesetzt (35 % gegenüber 20 % 2011), das entspricht dem Anteil der Pille als alleinigem Verhütungsmittel (34 %). Im Gegensatz zu 2011 liegt der Schwerpunkt in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren nicht mehr auf der Pille. Die Verhütung mit dem Kondom weist in dieser Altersgruppe den größten Zuwachs auf (+11 %).

In Österreich fand 2018 eine Onlinebefragung bei einem repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung aus der Altersgruppe der 16- bis 49-Jährigen mit insgesamt 881 Frauen und 901 Männern statt

[3]. Kondom und Pille waren die häufigsten Methoden, allerdings mit rückläufiger Tendenz im Vergleich zur Erhebung, die 2012 stattgefunden hatte. Während 2012 noch 45 % der Befragten angegeben hatten, mit Kondomen zu verhüten, waren es 2019 nur noch 38 %. Mit der Pille hatten 2012 41 % verhütet, 2019 nur noch 34 %. Bezogen auf die Gesamtheit an hormonellen Kontrazeptiva (Hormonspirale, Hormonstäbchen, Pille, Ring, Pflaster, 3-Monats-Spritze) setzte sich der bereits 2015 beobachtete Rückgang hormoneller Verhütungsmethoden deutlich fort. Im Jahr 2012 hatten noch 60 % der Befragten hormonell verhütet, 2015 waren es 57 % und 2019 nur noch 48 %. Parallel dazu kam es lediglich zu einer sehr geringen Zunahme an wirksamen hormonfreien Methoden wie der Kupferspirale (2012 2 % und 2019 4 %).

In der Schweiz werden im Rahmen der repräsentativen, seit 1992 in Fünfjahresintervallen durchgeführten Gesundheitsbefragung regelmäßig auch Daten zum Verhütungsverhalten erhoben [1, 4]. Es handelt sich dabei um ein telefonisches Interview, gefolgt von einem schriftlichen Fragebogen auf Papier oder online. Bei der 2017 durchgeführten Befragung standen Antworten von 3555 sexuell aktiven 15- bis 49-jährigen Frauen und 4550 15- bis 74-jährigen Männern zur Verfügung. Insgesamt wurden 2017 von Personen, die

eine Verhütungsmethode einsetzten, das Kondom (42 %) und die Pille (31 %) am häufigsten verwendet. Bei den 15- bis 49-jährigen verhütenden Frauen zeigt sich seit 1992 ein Rückgang bei der Verwendung der Pille. Diese Abnahme lässt sich vor allem bei den jüngeren Frauen beobachten. So betrug 1992 der Prozentsatz der Pillenanwenderinnen bei den 25- bis 34-Jährigen 62 %, 2017 lediglich noch 39 % (Abb. 1), während bei den Frauen ab 35 Jahren seit 2007 wieder ein Anstieg zu beobachten ist. Im Jahr 2017 gaben 6 % der Frauen an, mit Kupferspirale zu verhüten, wobei kein Vergleich mit den vorangehenden Erhebungen möglich ist, weil dort nur generell nach Verhütung mit Spirale gefragt und nicht zwischen Hormon- und Kupferspirale unterschieden wurde.

» Die Verwendung der Pille zeigt eine rückläufige Tendenz

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass in den drei deutschsprachigen Ländern ähnliche Trends zu beobachten sind. Die Verwendung der Pille zeigt eine rückläufige Tendenz, wobei nicht auszuschließen ist, dass dies teilweise auch durch ein Ausweichen auf andere Applikationsformen (Pflaster, Vaginalring) oder reine Gestagenpräparate (beispielsweise Implantat) bedingt ist. Zurzeit lässt sich aufgrund mangelnder Datenlage keine Aussage dazu machen, ob sich der Eindruck einer vermehrten Nachfrage nach der Kupferspirale auch wirklich in einer signifikant häufigeren Anwendung dieser Verhütungsmethode niedergeschlagen hat. Die Tatsache, dass in Deutschland und der Schweiz zumindest bezogen auf einzelne Altersgruppen die Kondomanwendung eine steigende Tendenz aufweist, könnte durchaus durch eine Zunahme der Anwendung von Zyklus-Apps und -Computern mitbedingt sein.

Gründe für die Abkehr von der hormonellen Kontrazeption und zugrunde liegende Evidenz

Die Abkehr mancher Frauen von der hormonellen Kontrazeption mag einerseits in einer generellen Hormonskepsis begründet sein, andererseits mögen auch gewisse in den Medien verbreitete Studienresultate

Tab. 1 Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva und Depression – relevante anamnestiche Aspekte

Persönliche Anamnese	Alter Drogen Psychiatrische Erkrankungen Prämenstruelles Syndrom Peripartale Depression Stimmungsveränderungen bei vorheriger Anwendung kombinierter hormoneller Kontrazeptiva
Familienanamnese	Affektive Störungen bei Familienangehörigen

zu den Auswirkungen der Pille und anderer hormoneller Verhütungsmittel auf die Psyche und die Sexualität dazu beigetragen haben.

Im Österreichischen Verhütungsreport wurden die Teilnehmenden auch zu einer eventuellen Skepsis und zu deren Hintergründen befragt [3]. Gut ein Drittel der Frauen gab an, hormonelle Verhütungsmittel aus Sorge vor Nebenwirkungen zu vermeiden. Allerdings sind es gemäß den Erfahrungen im Praxisalltag nicht mehr die gleichen Nebenwirkungen wie früher, die hauptsächlich zu Rückfragen seitens der Patientinnen und zu Diskussionen in der Sprechstunde führen. Stand früher in erster Linie die Sorge um Gewichtszunahme, Hautprobleme und Blutungsunregelmäßigkeiten im Vordergrund, so sind es heute häufig Bedenken zu den Auswirkungen auf die Psyche und Sexualität. Wie steht es aber um die Evidenz in Bezug auf das Risiko des Auftretens gerade dieser Begleiterscheinungen, die in den letzten Jahren von den Medien wiederholt in den Fokus gerückt worden sind?

Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva und Depression

Mit Blick auf Depression und erhöhtes Suizidrisiko waren es vor allem die zwischen 2016 und 2018 publizierten Daten zweier dänischer Kohortenstudien, die zu Verunsicherung führten und auch Konsequenzen hatten, beispielsweise die Aufnahme entsprechender Warnhinweise in die Packungsbeilagen der kombinierten hormonellen Kontrazeptiva (KHK) in der Europäischen Union und auch in der Schweiz [5]. Die von Skovlund et al. [6–8] präsentier-

ten Resultate basieren auf zwei Registern und zeigen, dass Mädchen und Frauen, die hormonell verhüteten, häufiger Antidepressiva bekamen (2,2 % gegenüber 1,7 %) als Mädchen und Frauen ohne hormonelle Verhütung und dass in dieser Gruppe eine höhere Anzahl Selbstmordversuche (0,15 % gegenüber 0,18 %) und Selbstmorde (0,0006 % gegenüber 0,0019 % pro Jahr) zu verzeichnen war, wobei sich dieser Effekt bei den Adolescenten als am stärksten ausgeprägt erwies. Allerdings wurde in diesen Studien nicht für wichtige Variablen kontrolliert, die zu einem erhöhten Risiko von Depression in der Gruppe mit hormoneller Kontrazeption geführt haben könnten, wie für erhöhten psychosozialen oder interpersonellen Stress bei Adolescenten zu Beginn ihrer sexuellen Aktivität. Auch ein möglicher Detektionsbias wurde nicht berücksichtigt. Gemäß den Resultaten dieser Studien war die frühere Verwendung von hormonellen Verhütungsmitteln mit einer noch höheren Hazard Ratio verbunden als deren aktueller Gebrauch, was ein Hinweis dafür ist, dass Confounding eine wahrscheinlichere Erklärung ist als ein direkter durch die Hormonexposition bewirkter biologischer Effekt [5].

Mehrere Teams von AutorInnen sind seither im Rahmen von Übersichtsbeiträgen der Frage nachgegangen, wie es um den Zusammenhang von hormoneller Kontrazeption und Depression steht. Ein MEDLINE-Übersichtsbeitrag der letzten 30 Jahre zielte auf die Charakterisierung der Art psychischer Nebeneffekte und auf mögliche prädisponierende Faktoren ab [9]. Ein narrativer Übersichtsbeitrag fokussierte auf verschiedene Kollektive, wie Frauen aus der Allgemeinbevölkerung, aber auch solche mit psychiatrischen oder gynäkologischen Erkrankungen [10]. Eine dritte Übersichtsarbeit widmete sich zusätzlich möglichen Erklärungsmodellen basierend auf Resultaten aus Studien im Tiermodell und beim Menschen [11]. Die Quintessenz dieser Studien lässt sich wie folgt wiedergeben.

» Die Studienlage ist durch einen Mangel an prospektiven Studien begrenzt

Inwiefern ein Zusammenhang zwischen hormoneller Empfängnisverhütung und

Depression existiert, steht nach wie vor zur Diskussion. Gleichzeitig ist erwiesen, dass die meisten der in den KHK enthaltenen Sexualsteroiden die Blut-Hirn-Schranke passieren und in der Lage sind, Struktur und Funktionalität von Hirnarealen, die an der Emotionskontrolle beteiligt sind, zu verändern. Für zyklusassoziierte Gemütschwankungen scheint hauptsächlich der γ -Aminobuttersäure-Signalweg verantwortlich zu sein, der wiederum auf den Spiegel des Progesterons und seiner Metaboliten, der Neurosteroiden, reagiert. Allerdings ist die klinische Relevanz dieser beobachteten Phänomene nicht geklärt [10].

Insgesamt ist die Studienlage durch einen Mangel an prospektiven Studien begrenzt und die Vergleichbarkeit der Resultate dadurch limitiert, dass unterschiedliche Messinstrumente verwendet und in den einzelnen Studien häufig unterschiedliche Arten von Kontrazeptiva gleichzeitig in einer einzigen Kohorte untersucht wurden [9]. Generell hat sich gezeigt, dass

- die meisten Frauen, die KHK verwenden, keine oder eine positive Wirkung auf die Stimmung verzeichnen und die Inzidenz unerwünschter Wirkungen gering ist;
- Verhütungsmittel, die Gestagene mit geringerer androgener Partialwirkung enthalten, möglicherweise weniger unerwünschte Auswirkungen auf die Stimmung haben;
- die kontinuierliche und möglicherweise nichtorale Verabreichung von KHK die wenigsten Auswirkungen auf die Stimmung hat und
- Frauen mit einer zugrunde liegenden psychischen Störung für depressive Reaktionen prädisponiert sind [9].

Aus klinischer Sicht weist somit einiges darauf hin, dass die Auswirkungen hormoneller Kontrazeptiva auf die Stimmung nur in Untergruppen von Frauen relevant sind und dass die Lebensphase, in der sich die Frau befindet, der Lebensstil, Begleitumstände und psychosoziale Faktoren die Entwicklung einer depressiven Symptomatik entscheidend mitbeeinflussen mögen [11]. Entsprechend wichtig ist es, die in **Tab. 1** aufgeführten Aspekte bei der Kontrazeptionsberatung zu berücksichtigen.

Abb. 2 ◀ Vorgehensweise bei Sexualstörungen unter KHK. (Modifiziert nach [12]). EE Ethinylöstradiol, KHK kombinierte hormonelle Kontrazeptiva, KOK kombinierte orale Kontrazeptiva, FSD „female sexual dysfunction“ (Sexualfunktionsstörung bei Frauen), POP „progestin-only pill“ (orales Kontrazeptivum, das nur Gestagene enthält), VVA vulvovaginale Atrophie, WHO MEC „WHO medical eligibility criteria for contraceptive use“ (medizinische Auswahlkriterien für die Verwendung von Kontrazeptiva gemäß Weltgesundheitsorganisation; [17])

Sexualstörungen unter kombinierten hormonellen Kontrazeptiva

Im *Journal of Sexual Medicine* wurde 2020 ein Positionspapier der European Society for Sexual Medicine (ESSM) veröffentlicht, das auf einer umfassenden Übersichtsarbeit zum Thema hormonelle Kontrazeption und weibliche Sexualität basiert [12]. Die AutorInnen kommen darin zu dem Schluss, dass die Auswirkungen hormoneller Kontrazeptiva auf die Sexualität der Frau weiterhin in nicht ausreichendem Maß untersucht sind. Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass eine Minderheit von Frauen eine Veränderung in Bezug auf die Sexualität wahrnimmt, die positiv oder eben auch negativ sein kann. Ein positiver Effekt kann dadurch bedingt sein, dass die sexuelle Aktivität nicht durch die Angst vor einer

unerwünschten Schwangerschaft beeinträchtigt wird, dass mit Schmerzen verbundene gynäkologische Leiden, wie eine Endometriose, gebessert werden können oder dass die erfolgreiche Behandlung eines durch Hyperandrogenämie bedingten Hirsutismus das Körperbild und Selbstbewusstsein verbessert [12].

» Nur eine Minderheit von Frauen nimmt Veränderungen in der Sexualität wahr – positive oder negative

Andererseits wurden seit Einführung der Pille immer wieder Bedenken hinsichtlich negativer Auswirkungen auf die allgemeine sexuelle Reaktion, das Verlangen, die Lubrikation, den Orgasmus und die Beziehungszufriedenheit geäußert. Als Ursache wurden die zentralen Effekte der Sexualsteroiden in den verschiedenen

Hirnarealen in Betracht gezogen, aber auch periphere Veränderungen, wie die Reduktion des Serumspiegels von Östrogen und ungebundenen Androgenen und der östrogeninduzierte Anstieg des sexualhormonbindenden Globulins [12]. Der letztgenannte Effekt scheint bei den Gestagenen der zweiten Generation und bei niedrigeren Östrogendosen geringer zu sein, gleichzeitig bleibt aber unklar, wie groß die klinische Bedeutung der freien Testosteronfraktion überhaupt ist. Im Allgemeinen zeigt sich keine signifikante Korrelation zwischen Veränderungen im Testosteronspiegel und Libidoveränderungen, auch wenn manche Frauen möglicherweise empfindlicher auf eine Reduktion des Testosteronspiegels reagieren mögen [13]. Dass die Orgasmusfrequenz gemäß manchen Studien unter KHK reduziert ist, ließe sich unter anderem auch durch die Auswirkungen

einer sicheren Verhütung auf die Sexualpraktiken (mehr auf die penile Penetration fokussiert und weniger Vorspiel) und eine dadurch bedingte zunehmende Lustlosigkeit bei der Frau erklären [12]. Der durch die KHK herbeigeführte Hypoöstrogenismus und Hypoandrogenismus könnten über eine vulvovaginale Atrophie auch die Lubrikation beeinträchtigen. Die Evidenzlage diesbezüglich, aber auch zu einer möglichen Beeinträchtigung der Beckenbodenfunktion und zu urologischen Symptomen ist allerdings mangelhaft [12].

Gerade hinsichtlich der Auswirkungen von KHK auf die Zufriedenheit in der Partnerschaft wird besonders deutlich, dass die Zusammenhänge komplex sind und das sexuelle Interesse letztlich aus einem Zusammenspiel von körperlichen, kognitiven, emotionalen und interpersonellen Faktoren resultiert. Der aktuelle Forschungs- und Wissensstand bietet immerhin ein paar Anhaltspunkte für die Verschreibungspraxis und Anpassung der Medikation (Abb. 2), auch wenn der sorgfältigen Basiserhebung in Bezug auf psychische, sexuelle und partnerschaftliche Aspekte für die Beurteilung möglicher Auswirkungen beim Follow-up nichts gleichkommt [12].

Auswirkungen der Abkehr von der hormonellen Kontrazeption

Ein negativer Effekt der sinkenden Anwendung hormoneller Kontrazeptiva wäre eine Zunahme von unerwünschten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen. In Deutschland werden rund 100.000 Abbrüche pro Jahr durchgeführt. Ein Vergleich über die Zeitspanne von 2012 bis 2020 zeigt eher eine leicht sinkende Tendenz [14]. In Österreich gibt es keine Meldestatistik über die Gesamtzahl an Abbrüchen, die im Rahmen der Fristenregelung durchgeführt werden. Es liegen jedoch detaillierte Statistiken von Kliniken und Ambulanzen vor, die Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der Fristenlösung durchführen. Eine weitere Datenquelle ist die regelmäßige repräsentative Umfrage für den Österreichischen Verhütungsreport 2012, 2015 und 2019. Basierend auf diesen Daten ist eine recht genaue Hochrechnung für Österreich möglich, die jährlich etwa 35.000 Abbrüche ungewoll-

ter Schwangerschaften ergibt [3]. In der Schweiz werden etwa 10.000 Abbrüche pro Jahr vorgenommen, womit das Verhältnis zur Populationsgröße demjenigen in Deutschland entspricht. In der Schweiz war vom Jahr 2017 auf das Jahr 2018 ein leichter Anstieg der Anzahl an Abbrüchen von 10.037 auf 10.457 zu verzeichnen [15]. Mit 6,4/1000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren lag die Rate zu diesem Zeitpunkt in der Schweiz aber weiterhin auf einem europa- und weltweit vergleichsweise sehr tiefen Niveau. Eine besorgniserregende Entwicklung zeichnet sich also in keiner Weise ab.

Implikationen für die Handhabung im Sprechstundenalltag

Essenziell in Bezug auf die Zufriedenheit der Anwenderin und ihre Adhärenz zu einer Methode ist eine individuell zugeschnittene Kontrazeptionsberatung. Mittels patientinnenzentrierter Gesprächsführung gilt es, die jeweiligen Bedürfnisse zu erfragen und Skepsis sowie mögliche Fehlvorstellungen zu ergründen. Die Information über Nebenwirkungen hat gerade im Zusammenhang mit KHK einen wichtigen Stellenwert. Gemäß dem bereits weiter oben erwähnten Österreichischen Verhütungsreport war die Skepsis in Bezug auf Nebenwirkungen bei Frauen, die eine wenig effiziente Methode verwendeten, besonders groß, und zwar 72 % im Vergleich zu 19 % bei Frauen mit effizienter Verhütung [3]. Dass die Vorgänge im Körper ohne Einfluss von außen ablaufen, war 96 % der Frauen, die ohne Hormone und wenig wirksam verhüteten, wichtig. Frauen, denen die Wirksamkeit ihrer Verhütung am wichtigsten war, fiel die Entscheidung für eine geeignete Verhütungsmethode signifikant leichter als Frauen, die nicht in ihren Körper eingreifen möchten (71 % vs. 53 %).

» Eine individuell zugeschnittene Informationsvermittlung und Beratung ist von wesentlicher Bedeutung

Dass solche Vorstellungen berücksichtigt werden, ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Frau bzw. das Paar dann mit der gewählten Methode zufrieden

ist. Letztlich sind wir ÄrztInnen zwar die ExpertInnen für etwaige Kontraindikationen sowie für Nebenwirkungen und wünschenswerte Begleiterscheinungen. Die Patientin selbst aber ist die Expertin, was ihre persönlichen Bedürfnisse anbelangt. Wenn es darum geht, unerwünschte Schwangerschaften und vor allem wiederholte Abbrüche zu verhindern, hat eine kürzlich im *BJOG* publizierte schwedische Studie einerseits bestätigt, dass einzig der Einsatz von Langzeitkontrazeptiva Erfolg verspricht, dass der Effekt aber signifikant besser ist, wenn die Anwendung von einer strukturierten Kontrazeptionsberatung begleitet wird [16]. Diese Erkenntnis veranschaulicht einmal mehr, wie wesentlich eine auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Informationsvermittlung und Beratung ist.

Fazit für die Praxis

- In den drei deutschsprachigen Ländern ist eine rückläufige Tendenz bei der Verwendung der Pille zu verzeichnen.
- Die Anzahl der jährlich vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche ist konstant.
- Nebenwirkungen haben einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert in Bezug auf die Adhärenz zu einem Verhütungsmittel.
- Weder die Auswirkungen hormoneller Kontrazeptiva auf die Stimmung noch die Effekte auf die Sexualität sind ausreichend untersucht.
- Nur ein kleiner Prozentsatz der Anwenderinnen entwickelt unter hormoneller Kontrazeption eine Depression oder Sexualstörung.
- Die Kontrazeptionsberatung sollte eine Basiserhebung bezüglich psychischer, sexueller und partnerschaftlicher Aspekte beinhalten.
- Eine individuell zugeschnittene Kontrazeptionsberatung ist essenziell für die Zufriedenheit mit und Adhärenz zu der gewählten Verhütungsmethode.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Sibil Tschudin

Abteilung Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik, Frauenklinik, Universitätsspital Basel
Spitalstr. 21, 4031 Basel, Schweiz
sibil.tschudin@usb.ch

Funding. Open access funding provided by University of Basel

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Tschudin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von der Autorin keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Barrense-Dias YS, Sieber C, Jacot-Descombes C, Kaeser M, Storni M (2021) Verhütung in der Schweiz – Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992–2017. Statistik der Schweiz, Neuchâtel

Pill reluctance? Facts and consequences

Background: In recent years there seems to have been a trend towards alternatives to the “pill”.

Objective: The question arises as to what the postulated “pill reluctance” is all about, whether a move away from hormonal contraception is actually taking place, what the possible reasons for this could be and whether any effects of it can be determined.

Material and methods: A literature search was carried out concerning (1) evidence for changes in contraceptive behavior in Germany, Austria and Switzerland, (2) evidence relating to the currently much-discussed effects of hormonal contraceptives on psyche and sexuality and (3) evidence for an increase in abortions.

Results: The use of the pill shows a downward trend. At present it is not possible to say whether there has been a significantly more frequent use of copper intrauterine devices (IUD). Concern about side effects is a major reason for a considerable percentage of women surveyed to avoid hormonal contraceptives. According to recent review articles, most women using combined oral contraceptives experience no or a positive effect on mood, the incidence of depressive symptoms is low and only relevant in subgroups. The effects of hormonal contraceptives on women's sexuality have not been sufficiently studied and the available data suggest that only a minority perceive a positive or negative change in their sexuality. There is no evidence for an increase in abortions.

Conclusion: Considering the importance of side effects in terms of satisfaction with and adherence to contraceptive methods, an individually tailored contraceptive counselling is essential.

Keywords

Hormonal contraception · Contraception/side effects · Depression · Abortion, induced · Contraceptive counselling

2. Bz G (2018) Verhütungsverhalten Erwachsener. Bundesszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA),
3. Fiala C, Parzer E (2019) Österreichischer Verhütungsreport 2019. Gynmed Ambulatorium, Wien
4. Späth AS, Schneider C, Stutz L, Tschudin S, Zemp Stutz E (2017) Schweizerischer Verhütungsbericht. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel
5. GBCOG (2019) Selbstmord durch Pille – das ist falsch. German Board and College of Obstetrics and Gynecology, Berlin
6. Skovlund CW et al (2017) Increase in depression diagnoses and prescribed antidepressants among young girls. A national cohort study 2000–2013. Nord J Psychiatry 71(5):378–385
7. Skovlund CW et al (2018) Association of hormonal contraception with suicide attempts and suicides. Am J Psychiatry 175(4):336–342
8. Skovlund CW et al (2016) Association of hormonal contraception with depression. JAMA Psychiatry 73(11):1154–1162
9. Schaffir J, Worly B, Gur T (2016) Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. Eur J Contracept Reprod Health Care 21(5):347–355
10. Robakis T et al (2019) Hormonal contraceptives and mood: review of the literature and implications for future research. Curr Psychiatry Rep 21(7):57
11. Fruzzetti F, Fidecicchi T (2020) Hormonal contraception and depression: updated evidence and implications in clinical practice. Clin Drug Investig 40(12):1097–1106
12. Both S et al (2019) Hormonal contraception and female sexuality: position statements from the European society of sexual medicine (ESSM). J Sex Med 16(11):1681–1695
13. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT (2012) The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. J Sex Med 9(9):2213–2223
14. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland bis 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/232/umfrage/anzahl-der-schwangerschaftsabbrueche-in-deutschland/#professional>. Zugriffen: 10. Juni 2021
15. BfS Schwangerschaftsabbrüche. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.html>. Zugriffen: 10. Juni 2021
16. Emtell Iwarsson K et al (2021) Increasing uptake of long-acting reversible contraception with structured contraceptive counselling: cluster randomised controlled trial (the LOWE trial). BJOG 128(9):1546–1554
17. WHO (2015) Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5. Aufl. World Health Organisation, Geneva