

## Die Pille - das Problem mit dem Gestagen - und die Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Um eine Schwangerschaft sicher zu verhüten, greifen viele Ihrer Patientinnen auf orale Kontrazeptiva zurück. Die meisten dieser Präparate bestehen aus der Kombination eines Östrogens und eines Gestagens.

Aber worin unterscheiden sich, vom Preis abgesehen, die einzelnen Präparate? Um es vorweg zu nehmen, die Wirksamkeit ist bei allen Präparaten annähernd gleich hoch, jedoch unterscheidet sich unter anderem das mit der Einnahme verbundene Thromboserisiko in Abhängigkeit zum verwendeten Gestagen.

Ältere Präparate enthalten die Gestagene Levonorgestrel, Norgestimat oder Norethisteron, bezeichnet werden diese Präparate als „Pillen der 1. und 2. Generation“.

Die Pillen der 3. und 4. Generation enthalten als Gestagenkomponente Dienogest, Gestoden, Desogestrel, Drospirenon, Etonogestrel oder Norelgestromin.

Ein Behandlungsvorteil der neueren Gestagene gegenüber denen der 1. und 2. Generation ist umstritten, denn das Nutzen-Risiko-Verhältnis verschlechtert sich durch eine höhere Thrombosegefahr (Siehe arznei telegramm; [www.arznei-telegramm.de/html/2013\\_11/1311103\\_03.pdf](http://www.arznei-telegramm.de/html/2013_11/1311103_03.pdf)).

Schon vor einigen Jahren bewertete die EMA in einem Pharmakovigilanzverfahren den Nutzen oraler Kontrazeptiva neu, seither werden in den Fachinformationen umfangreiche Warnhinweise zum Thema VTE angefügt.

In Frankreich übernehmen die Kassen nach einer regen öffentlichen Diskussion die Kosten für Pillen der 3. und 4. Generation aufgrund der erhöhten Thrombosegefahr nicht mehr (e-a-t 04/2017).

Und in Deutschland? 2014 erschien ein „Rote-Hand-Brief“ mit einer Warnung vor einer erhöhten Thrombosegefahr zu den Wirkstoffen Gestoden, Desogestrel und Drospirenon, 2018 auch für Dienogest. Die S3-Leitlinie „Hormonelle Kontrazeption“ empfiehlt ebenfalls, bevorzugt die Pillen der 1. und 2. Generation zu verordnen. Auch das Paul-Ehrlich-Institut empfiehlt (Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 2/2021) den bevorzugten Einsatz von niedrig dosiertem Ethinylestradiol (< 50 µg) kombiniert mit Levonorgestrel, Norgestimat oder Norethisteron.

Welche Auswirkungen hatten diese Interventionen in Deutschland? Laut AOK Bundesverband (Pressemitteilung vom 28.07.2020) gingen die Verordnungen der betreffenden Wirkstoffe zurück, mit einer Ausnahme: Dienogest. Hier stiegen die Verordnungszahlen, so dass immer noch ca. die Hälfte der Frauen, die orale Kontrazeptiva zu Lasten der AOK bekommen, Präparate der 3. und 4. Generation zur Empfängnisverhütung nutzen.

Und wie steht es in Thüringen? Im „Ziel 10“ unserer Arzneimittelvereinbarung: „Hormonelle Kontrazeptiva“ ist festgelegt, dass mindestens 44 % (gerundet) der verordneten Präparate hormonelle Kontrazeptiva der 1. und 2. Generation sein sollen. Im Jahr 2017 betrug das Verhältnis der Verordnungen von Nichtleitsubstanzen (orale Kontrazeptiva der 3. und 4. Generation) zu Leitsubstanzen (orale Kontrazeptiva der 1. und 2. Generation) noch 60 % : 40 %. Die Zahlen haben sich über die Jahre verbessert, 2020 betrug das Verhältnis 54 % : 46 %. Dieser Trend wird durch die Betrachtung der absoluten Zahlen etwas getrübt, denn die Gesamtverordnungszahlen der Nichtleitsubstanzen sind im gleichen Zeitraum ebenfalls um 17 % gestiegen, jedoch nicht so stark wie die der Leitsubstanzen (+ 45 %).

Welches Fazit kann nun aus den Verordnungszahlen gezogen werden? Bei der Verordnung von oralen Kontrazeptiva sollten die Leitlinien sehr genau beachtet und das Thromboserisiko nicht aus den Augen verloren werden.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Yvonne Frühauf-Saftawi, Telefon 03643 559-778  
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764