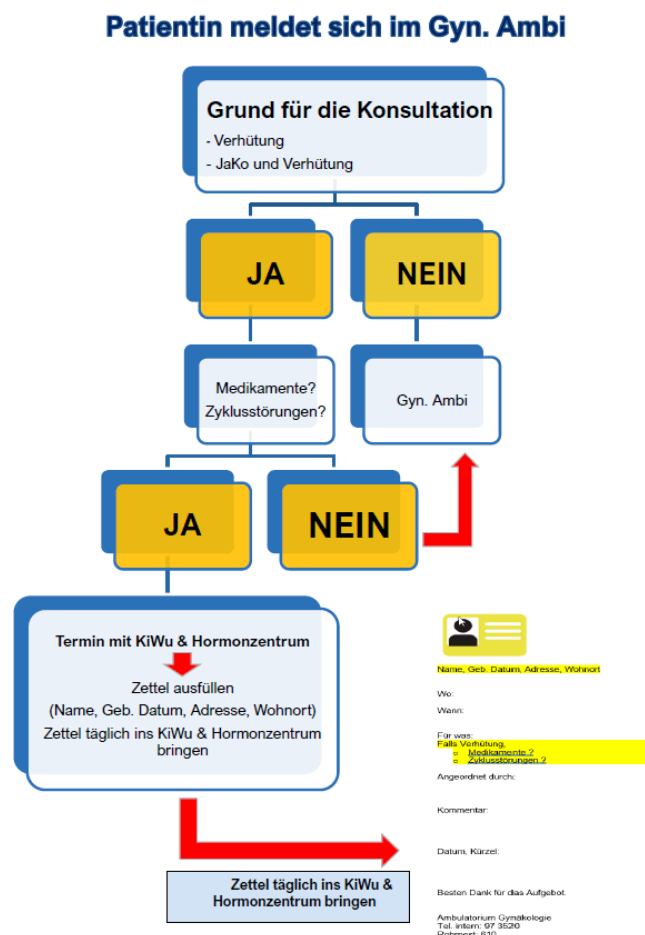


# 1x1 der hormonellen Kontrazeption

## Inhaltsverzeichnis

- Triage
- Risiko-Einschätzung
- Partialwirkungen von Gestagenen, Transformations- und Ovulationshemmdosis
- Venöses Thromboembolierisiko (VTE)
- Arteriell Thromboembolierisiko (ATE)
- Aufklärung
- Wahl des Präparates
- Verordnung
- Follow-Up
- Weitere nützliche Links/Literatur
- Literatur

## Triage



Gynäkologisches Ambulatorium

## Risiko-Einschätzung

- Ausführliche Anamnese

- Vorerkrankungen (Lebererkrankungen, kardiovaskuläre oder thromboembolische Erkrankungen, Gerinnungsprobleme, Migräne, etc.)
- Voroperationen (Magen-Bypass, chronische Darmerkrankung, etc.)
- Noxen (Nikotin u.a.)
- Medikamente (auch pflanzliche Präparate, Interaktionen? Ggfs. Interaktionscheck Compendium)
- Gynäkologisch (Zyklus, LP, Schwangerschaften)
- Familienanamnese (Thromboembolien, CVI, KHK, Blutgerinnung, u.a.)
- **Präferenzen der Patientin**
  - Bisherige Erfahrungen
  - Oral, trans-/intradermal, vaginal, IUD
  - Kombi- vs. Gestagen-Monopräparat
  - Sicherheitsbedürfnis (Pearl-Index)
  - Zusatznutzen der Verhütung (Zyklusregulation, Reduktion Dys-/Hypermenorrhoe, antiandrogener Effekt, etc.)
- **Status**
  - BMI und Blutdruck-Messung, Leberwerte
  - Grosszügig gynäkologischer Status inkl. Pap und Mamma-Untersuchung, ggfs. Urin und SST im Urin
  - Ggfs. orientierender internistischer Status
- **Vorlagen / Handouts**
  - SGGG CHECKLISTE für Erst- oder Neuverschreibung Stand 2021 (abgeben)
  - SGGG Informationsblatt für Anwenderinnen kombinierter hormonaler Kontrazeptiva Stand 2023 (abgeben)
  - Infomaterial zu den verschiedenen Methoden der Kontrazeption (bereithalten/abgeben)
  - SGGG Handout für Ärzte zur Verschreibung kombinierter hormonaler Kontrazeptiva Stand 2013 (konsultieren)
  - Expertenbrief Nr. 79 zum Thromboembolierisiko unter hormonaler Kontrazeption Stand 2023 (konsultieren)

(Simone Mühleemann bitte einfügen)

- **CHECKLISTE CHC FÜR ERST- ODER NEUVERSCHREIBUNG (Stand 2021)**  
[https://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/1\\_Ueber\\_uns/1\\_Verband/2\\_Arbeitsgemeinschaften/Zusatz\\_EB\\_72\\_Checkliste\\_CHC\\_fuer\\_Erst\\_oder\\_Neuverschreibung\\_PS.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/1_Ueber_uns/1_Verband/2_Arbeitsgemeinschaften/Zusatz_EB_72_Checkliste_CHC_fuer_Erst_oder_Neuverschreibung_PS.pdf)
- **Informationsblatt für Anwenderinnen kombinierter hormonaler Kontrazeptiva (Stand 2023)**
- [https://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/1\\_Expertenbriefe/De/79\\_SGGG\\_Informationenblatt\\_fuer\\_Anwenderinnen\\_kombinierter\\_hormonaler\\_Kontrazeptiva.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Expertenbriefe/De/79_SGGG_Informationenblatt_fuer_Anwenderinnen_kombinierter_hormonaler_Kontrazeptiva.pdf)
- **Handout für Ärzte zur Verschreibung kombinierter hormonaler Kontrazeptiva**  
[https://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/1\\_Expertenbriefe/De/Handout\\_fuer\\_Aerzte\\_zur\\_Verschreibung\\_kombinierter\\_hormonaler\\_Kontrazeptiva\\_2013.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Expertenbriefe/De/Handout_fuer_Aerzte_zur_Verschreibung_kombinierter_hormonaler_Kontrazeptiva_2013.pdf)
- **Expertenbrief Nr. 79 zum Thromboembolierisiko unter hormonaler Kontrazeption (Stand 2023)**  
[https://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/1\\_Expertenbriefe/De/79\\_Thromboembolierisiko\\_unter\\_hormonaler\\_Kontrazeption.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Expertenbriefe/De/79_Thromboembolierisiko_unter_hormonaler_Kontrazeption.pdf)

## Partialwirkungen von Gestagenen

- **Antiandrogene Wirkung**
  - Jedes Präparat mit EE hat einen antiandrogenen Effekt (via SHBG-Erhöhung).
  - Das Gestagen kann einen zusätzlichen antiandrogenen Effekt bewirken (s. Tabelle oben).
  - Bei Wunsch nach antiandrogenem Effekt (Akne/Haut, Haarausfall, Hirsutismus, etc.) somit Präparat mit EE und antiandrogenem Gestagen empfohlen (Cave: Risiken je Gestagen verschieden).

- Siehe auch: Hyperandrogenämie ([Simona Mühlemann: Link zum Artikel Hyperandrogenämie obsgyn wiki einfügen](#))
- **Sonstige Effekte**
  - Das Gestagen im Verhütungs-Präparat sorgt für die antikonzeptive Wirkung. Keine Verhütung ohne Gestagen.
  - Gestagene haben eine unterschiedlich stark suppressive Wirkung auf die Gonadotropine und eine individuelle Ovulationshemmdosis (s. Tabelle unten).

Gestagen	Gestagenartig	Antigonadotrop	Anti-östrogen	Östrogen	Androgen	Anti-adrogen	Glukokortikoid	Anti-mineralokortikoid
Progesteron	+	+	+	-	-	±	+	+
Dydrogesteron	+	-	+	-	-	±	-	±
Medrogeston	+	+	+	-	-	±	-	-
Chlormadinonacetat	+	+	+	-	-	+	+	-
Cyproteronacetat	+	+	+	-	-	+	+	-
Megestrolacetat	+	+	+	-	-	+	+	-
Medroxyprogesteronacetat	+	+	+	-	±	-	+	-
Drospirenon	+	+	+	-	-	+	-	+
Norethisteron	+	+	+	+	+	-	-	-
Lynestrenol	+	+	+	+	+	-	-	-
Norethinodrel	±	+	±	+	±	-	-	-
Levonorgestrel	+	+	+	-	+	-	-	-
Norgestimat	+	+	+	-	+	-	-	-
Desogestrel	+	+	+	-	+	-	?	-
Gestoden	+	+	+	-	+	-	+	+
Dienogest	+	+	-	-	-	+	-	-

Partialwirkungen der Gestagene (Von Wolff 2013, Frauenarzt 2003)

Gestagen	Generation	Ovulationshemmdosis (mg/Tag/p.o)	Transformationsdosis (mg/14 Tage/p.o)	
Progesteron			300	2000
Dydrogesteron			>30	70
Medrogeston			10	60
Chlormadinonacetat	4	1.5-2.0		20-30
Cyproteronacetat	4		1	12
Megestrolacetat			/	/
Medroxyprogesteronacetat			20	50
Drospirenon	4		2	50
Norethisteron	1		0.5	120
Lynestrenol			2	35
Norethinodrel			/	/
Levonorgestrel	2		0.05	5
Norgestimat	3		0.2	8
Desogestrel	3		0.06	2
Gestoden	3		0.3	3
Dienogest	4		1	6

Progesteronderivate

17 Alfa-Hydroxyprogesteron

Spirolaktonderivat

19-Nortestosteron-Derivate

Ovulationshemmdosis und Transformationsdosis der Gestagene Partialwirkungen der Gestagene (Von Wolff 2013, Frauenarzt 2003)

### Venöses Thromboembolierisiko (VTE)

- Kombinierte Kontrazeptiva erhöhen das VTE-Risiko signifikant. Dies gilt explizit auch für die parenteralen Anwendungen (Vaginalring, Verhütungspflaster).
- Insgesamt ist das VTE-Risiko bei niedrigdosierten Präparaten (weniger als 50ug EE) im Low-Risk-Kollektiv gering.
- Vor Verordnung von kombinierten Kontrazeptiva soll eine individuelle Erhebung des VTE-Risikos erfolgen (→ SGGG Checkliste). Bei erhöhtem VTE-Risiko sollen kombinierte Kontrazeptiva nicht angewendet werden.
- Bei Frauen mit erhöhtem VTE-Risiko können Gestagenmonopräparate angewendet werden (Ausnahme Depot-MPA, NETA-Präparat).
- Die Risiko-Erhöhung ist abhängig vom enthaltenen Gestagen sowie der Östrogendosis (Pillen mit EE über 30ug höheres VTE-Risiko).

- Die Reduktion der EE-Dosis von 30ug auf 20ug reduziert das VTE-Risiko aber nicht.
- Je nach Gestagen unterscheidet sich das VTE-Risiko, wobei Gestagene der 2. Generation (LNG) gegenüber jenen der 3. (DSG, Etonogestrel, Gestoden, Norelgestromin, Norgestimat) und 4. Generation (DRSP u.a.) sowie gegenüber anderen/unklassifizierten Gestagenen (CPA, CMA) ein günstigeres Risikoprofil aufweisen (s. Tabelle oben).
- Das VTE-Risiko ist bei Neustarterinnen (v.a. erste 3 Monate) und Wechsel (mit Pause von mehr als 4 Wochen) des Präparats besonders erhöht. Deshalb bei gut eingestelltem Präparat (auch wenn 3. Generation oder sonstige Gestagene) Wechsel nur zurückhaltend vornehmen.
- Das VTE-Risiko ist unter Kombi-Präparaten im Schnitt um den Faktor 2-5 erhöht. Demgegenüber ist das VTE-Risiko in der Schwangerschaft/Stillzeit um den Faktor 4-8 erhöht.
- Bei Patientinnen mit Risikofaktoren (insbesondere BMI über 30 Kg/m<sup>2</sup>, Alter über 35 J, Nikotinabusus, positive Familienanamnese für VTE) ist das Risiko höher.
- Mehrere Risikofaktoren haben einen kumulativen Effekt auf das VTE-Risiko.
- Zoely® hat ein mit LNG/EE-Pillen vergleichbar niedriges VTE-Risiko.
- Qlaira® und Drovelis® haben wahrscheinlich kein erhöhtes Risiko im Vergleich zu 3. Generationspillen (Studien laufen).
- Gestagenmonopräparate weisen kein erhöhtes Thromboembolie-Risiko auf, ausgenommen ist die die 3-Monats-Spritze (Depot-MPA) und das Primolut® (da östrogene Partialwirkung von Norethisteron).

Risikofaktor für VTE	Relevanz für VTE-Risiko unter Kontrazeption	Zu empfehlende Maßnahmen
Lebensalter >35 Jahre	Gering - mittel	Ausführliche Risikoberatung; prinzipiell alle Formen der Kontrazeption möglich
BMI >35 kg/m <sup>2</sup>	Gering - mittel	Ausführliche Risikoberatung; möglichst Verzicht auf KOK
Rauchen (Zigaretten)	Gering - mittel	Ausführliche Risikoberatung; möglichst Verzicht auf KOK (insbesondere, wenn >35 Jahre und/oder >15 Zig./Tag)
≥2 Risikofaktoren aus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter &gt;35 Jahre</li> <li>• BMI &gt;35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Rauchen</li> </ul>	Mittel - hoch	Ausführliche Risikoberatung; möglichst Verzicht auf KOK

Risikofaktor für VTE	Relevanz für VTE-Risiko unter Kontrazeption	Zu empfehlende Maßnahmen
Prolongierte Immobilität, ausgedehnte chirurgische Eingriffe	Mittel - hoch	Ausführliche Risikoberatung; kein Neubeginn auf KOK; konsequente Thromboseprophylaxe bei KOK -Anwenderinnen
Positive Eigenanamnese für VTE	Mittel (bei getriggertem VTE) bis hoch (unprovoked oder hormon-assoziierte VTE)	Verzicht auf KOK; Einbeziehung von Hämostaseologen erwägen (dort ggf. Thrombophilietestung)
Positive Familienanamnese für VTE bei Verwandten ersten Grades mit VTE vor dem 45. Lebensjahr	Mittel (bei getriggertem VTE) bis hoch (idiopathische oder hormon-assoziierte VTE)	Verzicht auf KOK <sup>§</sup> ; Einbeziehung von Hämostaseologen erwägen (dort ggf. Thrombophilietestung)
Positive Familienanamnese für VTE bei Verwandten ersten Grades >45. Lebensjahr	Gering-mittel	Ausführliche Risikoberatung; KOK möglich <sup>§</sup> , wenn keine geeignetere Alternative
Asymptomatische Thrombophilie bzw. bei Verwandten ersten Grades beschriebene Thrombophilie	Gering-hoch je nach Art der Thrombophilie und Manifestation innerhalb der Familie	kritische Indikationsstellung zur Thrombophilietestung bei asymptomatischen Patienten; wenn Thrombophilie nachgewiesen, hämostaseologische Beratung vor hormoneller Kontrazeption

### S3 Leitlinie Hormonelle Empfängnisverhütung, 2020

#### Arteriell Thromboembolierisiko (ATE)

- Kombi-Präparate erhöhen nicht nur das VTE- sondern auch das arterielle Thromboembolierisiko (cerebrovaskulärer Insult CVI, Herzinfarkt AMI).
- Risikofaktoren sind mit jenen der VTE-Risiken vergleichbar, wobei das Alter (über 35 J, Nikotinabusus, erhöhtem BMI) stark zu gewichten ist.
- Im Gegensatz zum VTE-Risiko steigt das Risiko für zunehmender Östrogendosis und Präparate der 3. Generation haben kein erhöhtes Risiko im Vergleich zu jenen der 2. Generation.

#### Aufklärung

- **Einnahmeschema**

Konventionelles Regime	28-Tage-Zyklus; 21 Tage Hormongabe, 7 Tage hormonfrei bzw. Placebo
Konventionelles Regime mit verkürztem hormonfreien Intervall	28-Tage-Zyklus; <7 Tage hormonfrei (z. B. 24 Tage Hormongabe/4 Tage hormonfrei)
Langzyklus	Hormongabe über mehr als 28 Tage, gefolgt von einem hormonfreien Intervall, das nach unterschiedlich langen Einnahmephase (z. B. 84 oder 91 Tage) gewählt wird
Flexibler Langzyklus	Hormongabe über mehr als 28 Tage; das hormonfreie Intervall wird von der Anwenderin frei gewählt (aufgrund von Blutungsstörungen oder individueller Präferenz)
Modifizierter Langzyklus	Langzyklus, bei dem das hormonfreie Intervall beim Auftreten von Blutungsstörungen gewählt wird
Kontinuierliches Regime	Kontinuierliche Hormongabe ohne hormonfreies Intervall

Der Gynäkologe 2019

- **Langzyklus:** Hormongabe für >28 Tage (siehe oben)

- Vorteil bei zyklusabhängigen Beschwerden (Migräne, Endometriose, Uterus myomatosus , PMS, Hyperandrogenismus bei PCOS)
  - Schema nach individueller Präferenz ebenfalls möglich
  - Hinweis: Initial Blutungsstörungen/ Spotting gehäuft, im Verlauf bei Mehrzahl der Patientinnen Amenorrhoe.
  - Keine Pillenpause/Abbruchblutung nötig.
  - Über off-label-Use aufklären g
- **Kontrazeptive Sicherheit** (Pearl-Index, s. Tabelle unten)

**TABELLE 1**

**Inzidenz von ungewollten Schwangerschaften im ersten Anwendungsjahr pro 100 Frauen bei typischer (Pearl-Index) und korrekter Anwendung (bereinigter Pearl-Index) verschiedener Kontrazeptionsmethoden (1)**

Methode	bereinigter Pearl-Index (korrekte Anwendung)	Pearl-Index (typische Anwendung)
keine	85	85
Sterilisation der Frau	0,5	0,5
Sterilisation des Mannes	0,1	0,15
Ovulationshemmer oral	0,3	8 (2,2 <sup>*1,2</sup> )
kontrazeptives Pflaster	0,3	8 (1,2 <sup>*2</sup> )
kontrazeptiver vaginalring	0,3	8 (1,2 <sup>*2</sup> )
Minipille	0,3	8
Minipille mit Desogestrel	(0,14 <sup>*2</sup> )	(0,41 <sup>*2</sup> )
Depot-Gestagen (Medroxyprogesteronacetat)	0,3	3
Gestagen-Implantat	0,05	0,05
Intrauterinpeessar (Kupfer)	0,6	0,8
Intrauterinpeessar (Levonorgestrel)	0,2	0,2
Diaphragma mit Spermizid	6	16
Kondom für den Mann (ohne Spermizid)	2	15
Kondom für die Frau (ohne Spermizid)	5	21
Spermizid	18	29
Intravaginalschwamm (Nulliparae)	9	16
Intravaginalschwamm (Parae)	20	32
Coitus interruptus	4	27
periodische Abstinenz	3-5	25

<sup>\*1</sup> ergänzt durch Daten von Dinger et al. 2011 (3); <sup>\*2</sup> ergänzt durch Daten von Mansour et al. 2010 (5)

- **Möglicher Zusatznutzen** (
  - Zyklusregulierung
  - Reduktion zyklus-assoziiertes Beschwerden (Dys- und Hypermenorrhoe, zyklische Migräne, PMS-Beschwerden)
  - Antiandrogener Effekt (Reduktion Akne, Hirsutismus, Benefit für Haare und Haut)
  - Prävention von Ovarialzysten
  - Benefit für Knochen
  - Protektiv für Ovarialkarzinom und Endometriomkarzinom
- **Interaktionen**
  - Enzym-induzierende/CYP-hemmende Medikamente
  - Emesis/Diarrhoe
  - Hilfreiches Tool: Interaktionscheck von Compendium

[compendium.ch](http://compendium.ch)

(Simona Mühleemann bitte einfügen)

Medikamentengruppe	Klinische Relevanz
	<b>Erniedrigte Serumspiegel oder reduzierter Wirkeffekt</b>
Antiepileptika	EE reduziert den Lamotrigenserumspiegel (10,13,21,43-45), ggf. Überprüfung der Medikation durch den Neurologen, Langzyklusregime evaluieren; EE reduziert ggfs. auch den Valproatspiegel (43-46)
Antihypertensiva	Hypotensiver Effekt wird ggf. antagonisiert durch KOK; Verlauf beobachten!
Antidiabetika	Östrogene und Gestagene antagonisieren den hypoglykämischen Effekt von Antidiabetika; Verlauf beobachten!
Diuretika	Östrogene antagonisieren ggf. den diuretischen Effekt von Diuretika
Schilddrüsenhormone	Östrogene erhöhen wahrscheinlich den Bedarf an Schilddrüsenhormone bei Hypothyreose, Schilddrüsenparameter beobachten!
	<b>Erhöhte Serumspiegel oder vermehrte Nebenwirkungen</b>
Antipilzmedikamente	Orale Kontrazeptiva erhöhen den Serumspiegel von Voriconazol mäßig, klinische Konsequenz unbekannt (47)
Anxiolytika/Hypnotika	Östrogene erhöhen die Plasmakonzentration von Melatonin (22)
Bronchodilatoren	Östrogene reduzieren die Theophyllinausscheidung, was zu einer erhöhten Plasmakonzentration führt; eine geminderte Theophyllindosis wird daher bei gemeinsamer Anwendung empfohlen (22,48)
Dopaminergika	Östrogene erhöhen die Plasmakonzentrationen von Ropinirol (22). Lt BNF nicht als riskant definiert Östrogene und Progesterone erhöhen den Plasmakonzentration von Selegilin. (22) Erhöhtes Toxizitätsrisiko. Gemeinsame Einnahme sollte nicht erfolgen. (49)
Immunsuppressiva	Östrogene, NET-EN und Gestagene erhöhen wahrscheinlich die Plasmakonzentration von Tacrolimus, (50) Verlauf beobachten! Östrogene und Progesterone erhöhen wahrscheinlich den Spiegel von Ciclosporin (Wechselwirkungen unbekannt, es besteht Unsicherheit bzgl. der klinischen Signifikanz)
Muskelrelaxantien	Östrogene und Progesterone erhöhen wahrscheinlich die Plasmakonzentration von Tizanidin (22), dadurch ggfs. Toxizitätsrisiko (51)
Kaliumsparende Diuretika und Aldosteronantagonisten	Theoretisches Risiko einer Hyperkalämie bei Anwendung mit Drospirenon

### S3 Leitlinie Hormonelle Empfängnisverhütung, 2020

- **Nebenwirkungen**
  - Häufige harmlose Nebenwirkungen: Brustspannen oder Kopfschmerzen, initiale Blutungsstörung, passagere Gewichtszunahme zur Flüssigkeitseinlagerung
- **Risiken**
  - Obige Nebenwirkungen
  - Veränderung Blutungsmuster (häufig)
  - VTE-Risiko (venöse Thrombose, Lungenembolie; selten)
  - VTE-Risiko (Herzinfarkt, Schlaganfall/CVI; selten)
- **Relative und absolute Kontraindikationen**
  - Siehe SGGG Checkliste
  - Augenmerk: Alter über 35 J, Nikotinabusus, Familienanamnese für VTE/ATE, BMI über 30 Kg/m<sup>2</sup>
- **Vorgehen bei vergessener Einnahme/Anwendung**

<https://www.obs gyn-wiki.ch/gynaekologie/fachliche-weisungen/notfall-kontrazeption>  
(Simona Mühleemann bitte einfügen)

### Wahl des Präparates

- **Standard-Kombi-Präparat** zur Erstverschreibung sofern keine absoluten Kontraindikationen (Thromboembolische und arterielle Risiken): Präparat mit Ethinylestradiol (EE) und Levonorgestrel (LNG, Gestagen der 2. Generation) oder Präparat mit Estradiol (E2) und Nomegestrol.

- Aufgrund der Peak-Bone-Mass unter 21 Jahren EE-Dosis von 30ug wählen
- Wunsch nach natürlicher Kombi-Pille: Präparat mit E2/E4 wählen. Cave: Bei Drovelis ist die Datenlage bzgl. VTE-Risiko bisher gut, grössere Studien laufen.
- Wunsch nach antiandrogenem Effekt: Präparat mit antiandrogenem Gestagen wählen (DNG, DRSP, CMA). Cave: Präparate mit EE/CMA sind nur für Therapie von Androgenisierungssymptomen zugelassen, falls gleichzeitiger Kontrazeptionsbedarf besteht.
- Wunsch eher androgenem Effekt (Cave: EE/E2 wirkt dennoch antiandrogen): Präparat mit androgenem Gestagen wählen (DSG, LNG, Etonogestrel, Gestoden)
- Bei unter 18-jährigen muss im Falle von Zoely und Drovelis über den Off-label Use aufgeklärt werden.
- **Häufig verwendete Präparate:**
  - Pille mit EE/LNG: **Elyfem30®** (ab 21 Jahren auch **Elyfem20®**)
  - Pille mit bioidentischen Östrogenen:
    - E2: **Qlaira®** (E2/ DNG), **Zoely®** (E2/Nomegestrol)
    - E4: **Drovelis®** (E4/DRSP)
  - Antiandrogene Kombi-Pille: **Valette®** (EE/DNG), **Belarina®** (EE/CMA), **Belara®** (EE/CMA), **Qlaira®** (E2/DNG)
  - Antiandrogene Gestagen-only-Pille: **Slinda®** (DRSP), **Visanne®** (DNG, Cave: Nicht zur AC zugelassen)
  - Kombi-Pflaster: **Evra®** (EE/Norelgestromin)
  - Kombi-Vaginalring: **NuvaRing®** (EE/Etonogestrel)
  - Gestagen-Only-Pille (POP): **Cerazette®** (DSG), **Slinda®** (DRSP)
  - Gestagen-Implantat: **Implanon®** (Etonogestrel)
  - IUD: **Jaydess®** (LNG), **Kyleena®** (LNG), **Mirena®** (LNG), **Cu-IUD**, **GyneFix**
  - **Sehr zurückhaltend einsetzen:** Depot-MPA (Depo-Provera®/ Sayana®): Gewichtszunahme, Thromboembolieserisiko, Abnahme Knochendichte, verzögerte Rückkehr Fertilität um bis zu 9 Monate

#### Übersicht in der Schweiz zugelassener hormonaler Kontrazeptiva:

<https://www.google.com/search?q=zugelassene+hormonelle+kontrazeptiva&sourceid=ie7&rls=com.microsoft.de-CH:IE-SearchBox&ie=&oe=#spf=1586155624277>

(Simona Mühlemann bitte einfügen)

#### Verordnung

- Bei Fragen/komplexen Fällen Rücksprache mit OA/OÄ Hormonzentrum halten (auch telefonisch / via EPIC möglich).
- Rezept für 3 Monate bei Erstverschreibung oder Präparatewechsel. Falls bekanntes Präparat >Dauerrezept 1 Jahr. Voraussetzung: keine absoluten Kontraindikationen (SGGG-Checkliste u.a.).
- Patientin über Red Flags aufklären und instruieren wann Vorstellung empfohlen (Handout SGGG abgeben).

#### Follow-Up

- Bei Erstverschreibung oder Wechsel des Präparates immer eine Verlaufskontrolle nach 3 Monaten im gynäkologischen Ambulatorium oder Hormonzentrum planen (Verträglichkeit, Nebenwirkungen, neue Risiken).
- Nachfolgend Kontrollen 1x jährlich im gynäkologischen Ambulatorium oder bei ZuweiserIn.

#### Weitere nützliche Links/Literatur (Maria Müller bitte einfügen):

- **Handbuch Familienplanung (USZ)**
- **Übersicht** zur Antikonzeptionsberatung: [https://resource-cms.springernature.com/springer-cms/rest/v1/content/17324520/data](https://resource.cms.springernature.com/springer-cms/rest/v1/content/17324520/data)



- **FSRH** Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of the Obstetricians and Gynecologists London: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/fsrh-guidelines-and-statements/>
- **AWMF-Leitlinie** Hormonelle Empfängnisverhütung: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-015>
- **UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC):** <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/uk-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use-ukmec/>
- **US Medical Eligibility Criteria (US MEC) for Contraceptive Use:** <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html>
- **WHO 2015 Medical eligibility criteria for contraceptive use:** [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158\\_eng.pdf?sequence=9](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9)
- **App for WHO's Medical eligibility criteria for contraceptive use:** <https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use>

#### Literatur:

- Christoph Keck: Kontrazeption im Langzyklus. Gynäkologe 2019. 52:98–106
- Hormonelle Empfängnisverhütung, S3 Leitlinie, 2020
- Mahmoudi et al.: Arzneimittelwechselwirkungen bei oralen Kontrazeptiva. Gynäkologe 2019. 52: 117 - 125
- Bastos M et al.: Combined oral contraceptives: venous thrombosis. – The Cochrane database of systematic reviews, 2014
- SGGG, Expertenbrief zum Thromboembolierisiko unter hormonaler Kontrazeption, 2023
- Swissmedic, In der Schweiz zugelassene hormonale Verhütungsmittel – eine Übersicht, 2017
- Swissmedic, Kombinierte hormonale Kontrazeptiva (CHC), 2015
- Handbuch Familienplanung USZ, Hogg und Merki, 2019

Erstellt durch AVI/ CDH  
Freigabe: CDH 04/2020

Überarbeitet durch MAS 04/2023