

Leitlinienprogramm

Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)



Österreichische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)



Nicht-hormonelle Empfängnisverhütung

AWMF-Registernummer

015-095

Leitlinienklasse

S2k

Stand

März 2025

Version

1.0

Inhaltsverzeichnis

I. LEITLINIENINFORMATIONEN UND -ANWENDUNG.....	4
HERAUSGEBER.....	4
LEITLINIENKOORDINATOR/IN / ANSPRECHPARTNER/IN	5
LEITLINIENGRUPPE	6
FINANZIERUNG.....	10
ZITIERWEISE	10
GENDERHINWEIS.....	10
BESONDERER HINWEIS.....	10
VERABSCHIEDUNG UND GÜLTIGKEITSDAUER.....	11
DARLEGUNG VON INTERESSEN UND UMGANG MIT INTERESSENKONFLIKTEN.....	11
LITERATUR	12
1 NATÜRLICHE FAMILIENPLANUNG.....	13
1.1 WIE FUNKTIONIERT NFP?.....	13
1.2 WIE ZUVERLÄSSIG SCHÜTZT NFP VOR EINER SCHWANGERSCHAFT?	15
1.3 DIE VORTEILE VON NFP	15
1.4 DIE NACHTEILE VON NFP	16
1.5 WIE FUNKTIONIERT NFP KONKRET?	16
1.6 WO UND WIE KANN ICH EINE SICHERE NFP-METHODE LERNEN?	17
1.7 HÄUFIGE FRAGEN	19
2 BARRIEREMETHODEN FÜR DEN MANN.....	20
2.1 DAS MÄNNERKONDOM.....	20
2.1.1 Wie wird das Kondom angewendet?	20
2.1.2 Wie zuverlässig verhüten Kondome eine Schwangerschaft?	23
2.1.3 Die Vorteile von Kondomen	23
2.1.4 Die Nachteile von Kondomen.....	23
2.1.5 Häufige Fragen	24
3 BARRIEREMETHODEN FÜR DIE FRAU	25
3.1 DIAPHRAGMA UND PORTIOKAPPE.....	25
3.1.1 Das Diaphragma	25
3.1.1.1 Wie wird das Diaphragma angewendet?	25
3.1.1.2 Wie zuverlässig schützt das Diaphragma vor einer Schwangerschaft?	29
3.1.1.3 Häufige Fragen?	29
3.1.2 Die Portiokappe.....	30
3.1.2.1 Wie wird die Portiokappe angewendet?	30
3.1.2.2 Wie zuverlässig schützt die Portiokappe vor einer Schwangerschaft?	31
3.1.2.3 Häufige Fragen.....	31
3.1.3 Die Vorteile von Diaphragma und Portiokappe	32
3.1.4 Die Nachteile von Diaphragma und Portiokappe	33
3.2 DAS FRAUENKONDOM	33

3.2.1	Wie wird das Frauenkondom angewendet?	34
3.2.2	Wie zuverlässig schützt das Frauenkondom vor einer Schwangerschaft?.....	38
3.2.3	Die Vorteile des Frauenkondoms	38
3.2.4	Die Nachteile des Frauenkondoms	38
4	COITUS INTERRUPTUS.....	39
4.1	WIE ZUVERLÄSSIG SCHÜTZT DER COITUS INTERRUPTUS VOR EINER SCHWANGERSCHAFT?	39
4.2	DIE VORTEILE DES COITUS INTERRUPTUS.....	39
4.3	DIE NACHTEILE DES COITUS INTERRUPTUS	39
5	SPIRALEN UND KUPFERKETTEN.....	40
5.1	WIE WIRD DIE SPIRALE ANGEWENDET?	41
5.2	MUSS DIE SPIRALE REGELMÄßIG KONTROLLIERT WERDEN?	42
5.3	WIE ZUVERLÄSSIG SCHÜTZT DIE SPIRALE VOR EINER SCHWANGERSCHAFT?.....	42
5.4	DIE VORTEILE DER SPIRALE	42
5.5	DIE NACHTEILE DER SPIRALE.....	43
5.6	HÄUFIGE FRAGEN	44
6	DIE STERILISATION	49
6.1	DIE STERILISATION DER FRAU (TUBENSTERILISATION).....	49
6.1.1	Wie zuverlässig schützt eine Sterilisation der Frau vor einer Schwangerschaft? 49	
6.1.2	Welche Risiken sind mit der Sterilisation verbunden?	49
6.1.3	Häufige Fragen	50
6.2	DIE STERILISATION BEIM MANN (VASEKTOMIE).....	52
6.2.1	Wie zuverlässig schützt die Sterilisation des Mannes vor einer Schwangerschaft?.....	52
6.2.2	Welche Risiken sind mit der männlichen Sterilisation verbunden?.....	53
6.2.3	Häufige Fragen	53
6.3	VERGLEICH DER STERILISATION BEI MÄNNERN UND FRAUEN	54
6.3.1	Welche Argumente sprechen für eine Sterilisation bei der Frau oder beim Mann? 55	
6.3.1.1	Eine Entscheidung treffen.....	55
6.4	DIE RECHTLICHEN VORSCHRIFTEN.....	56

I. Leitlinieninformationen und -anwendung

Herausgeber

Federführende Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.

Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften

Jägerstr. 58-60

D-10117 Berlin

Telefon: +49 (0) 30-5148 83340

Telefax: +49 (0) 30-5148 83344

info@dggg.de

<http://www.dggg.de/>

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

c/o S12! studio12 gmbh

Kaiser Josef Straße 9

6020 Innsbruck

oeggg@oeggg.at

<http://www.oeggg.at>

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)

Gynécologie Suisse SGGG

Altenbergstraße 29

Postfach 6

CH-3000 Bern 8

sekretariat@sggg.ch

<http://www.sggg.ch/>

Leitlinienkoordinator/in / Ansprechpartner/in

Der hier genannten Koordinatoren haben maßgeblich an der Leitlinienplanung, -organisation, -anmeldung, -entwicklung, -redaktion, -implementierung und -evaluierung und -publikation beigetragen.

Inhaltliche Fachanfragen zu den in der Leitlinie abgehandelten Themen sind zunächst ausschließlich an die Koordinatoren zu richten.

Priv.Doz. Dr. med. Bettina Böttcher, MA

Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Department für Frauenheilkunde

Medizinische Universität Innsbruck

Anichstrasse 35

A-6020 Innsbruck

Telefon: +43 (0) 512 504 23276

Fax: +43 (0) 512 504 23277

bettina.boettcher@i-med.ac.at

Prof. Dr. med. Sabine Segerer

amedes experts Hamburg

Mönckebergstraße 10

D-20095 Hamburg

Telefon: +49 (0) 40 380708365

Fax: +49 (0) 40 380708310

Sabine.Segerer@amedes-group.com

Journalistische Anfragen sind an den Herausgeber oder alternativ an die Koordinatoren dieser Leitlinie zu richten.

Leitliniengruppe

Tabelle 1: Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung der Anwenderzielgruppe (alphabetisch geordnet)

DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
AG Gynäkologische Endoskopie (AGE)
AG Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.
Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V.
Berufsverband der Frauenärzte (BVF)
Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)
Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM)
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaften (DGSMTW)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Bundesverband pro familia - Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)

Tabelle 2: Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung der Patientenzielgruppe

AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Feministisches Frauengesundheitszentrum Berlin e.V. (FFGZ)
Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)
Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH)

Tabelle 3: beteiligte Leitlinienautoren/innen (alphabetisch geordnet):

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Dr.med. Maria Beckermann	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V.
Barbara Berger	Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH)
PD Dr. med. Bettina Böttcher	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
Dr. med. Jann Frederik Cremers	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Dr. med. univ. Elisabeth D´Costa	Expertin
Dr. med. Petra Frank-Herrmann	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF)
Dr. med. Tanja Freundl-Schütt	Expertin
Dr. med. Cornelia Friedrich	Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaften (DGSMTW)
Dr.med. Sören Funck	Berufsverband der Frauenärzte (BVF)
Dr. med. Christine Gathmann	Bundesverband pro familia - Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.
Sabine Goette	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Dr. med. Maren Goeckenjan	AG Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. der DGGG
Prof. Dr. med. Katharina Hancke	Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM)

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Dr. med. Christian Leiber- Caspers	Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA)
Dr. med. Jana Maeffert	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)
Prof. Dr. med. Gabriele Merki	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)
Prof. Dr. med. Patricia G. Oppelt	AG Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. der DGGG
Stefanie Paschke	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Dr. med. Saira-Christine Renteria	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)
Prof. Dr. med. Annette Richter- Unruh	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Dr.med. Sebastian Schäfer	AG Gynäkologische Endoskopie e.V. (AGE) der DGGG
Dr. med. Anne- Rose Schardt	Berufsverband der Frauenärzte (BVF)
Nina Schernus	Feministisches Frauengesundheitszentrum Berlin e.V. (FFGZ)
Dr. med. Claudia Schumann- Doermer	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)
Prof. Dr. med. Sabine Segerer	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Helga Seyler	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V.
Christine Sieber	Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH)
Prof. Dr. med. Barbara Sonntag	Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM)
Gabrielle Stöcker	Bundesverband pro familia - Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.
Prof. Dr. med. Bettina Toth	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
Mag. ^a Angela Tunkel	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Dr. med. Lisa-Maria Wallwiener	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF)

Folgend genannte AGs/Fachgesellschaften/Organisationen/Vereine wurden zu Beginn der Leitlinienerstellung angefragt. Es war jedoch ihrerseits aus Kapazitätsgründen keine Mitarbeit möglich.

Tabelle 4: Weitere nicht beteiligte Fachgesellschaften (alphabetisch geordnet) usw.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für Frauengesundheit e.V. (DGF)

Finanzierung

Das DGGG Leitlinienprogramm unterstützte finanziell das Leitlinienprojekt mit 5000 €. Dazu gehörten die Moderation von Konsensuskonferenzen und Sekretariatstätigkeit. Die Koordinatorinnen der Leitlinie sowie die Mandatsträger*innen waren ehrenamtlich tätig. Es erfolgte keine inhaltliche Einflussnahme der DGGG. Zusätzlich wurden durch die DGGG eine Finanzierung der Patient*innenversion (ebenfalls 5000 €) gewährt.

Zitierweise

Die korrekte Zitierweise dieser Langversion der Leitlinie besteht aus folgender Syntax. Diese Syntax ist bei der Benutzung im Rahmen von Publikationen bei Fachjournalen zu beachten, wenn in den Autorenhinweisen keine eigene Zitierweise vorgegeben wird:

Non- hormonal Contraception, Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/095, August 2024).
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-095.html>

Genderhinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die durchgehende Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Wir haben das Gender-Sternchen * an die männliche Endung angehängt, um deutlich zu machen, dass Männer, Frauen, trans-, intersexuelle und non-binäre Personen gemeint sind. Ergebnisse von Studiendaten, die explizit nur an Frauen bzw. Männern durchgeführt wurden, sind nicht mit dem Gender-Sternchen versehen.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zurzeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der Redaktion mitgeteilt werden.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Verabschiedung und Gültigkeitsdauer

Die Gültigkeit dieser Leitlinie wurde durch die Vorstände/Verantwortlichen der beteiligten Fachgesellschaften/Arbeitsgemeinschaften/Organisationen/Vereine, sowie durch den Vorstand der DGGG und der DGGG-Leitlinienkommission sowie der SGGG und OEGGG im Dezember 2023 bestätigt und damit in seinem gesamten Inhalt genehmigt. Diese Leitlinie besitzt eine Gültigkeitsdauer von 01.1.2024 bis 31.12.2028. Diese Dauer ist aufgrund der inhaltlichen Zusammenhänge geschätzt.

Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Nach den Vorgaben des AWMF-Regelwerks ist für die Erstellung jeder Leitlinie die Abgabe einer Interessenerklärung und ein Interessenkonfliktmanagement nötig. Von allen Leitliniengruppenmitgliedern inklusive der Leitlinienkoordinatorinnen wurden zu Beginn des Leitlinienprojektes Interessenerklärungen eingeholt. Hierbei wurde die Vorlage der AWMF „Erklärung über Interessenkonflikte“ (Version 3.0; Stand: 01.11.2020) verwendet. Diese sind von den federführenden Leitlinienautorinnen zur Veröffentlichung in einer strukturierten Tabelle zusammengefasst worden (siehe Tabelle 11).

Der Umgang mit Interessenkonflikten gestaltet sich in Bezug auf die redaktionelle Unabhängigkeit durch folgende vorher festgelegte Maßnahmen. Die Festlegung dieser Maßnahmen erfolgte in einer Kleingruppe der beiden Koordinierenden, zwei weiteren Leitliniengruppenmitgliedern und der Methodikerin des AWMF-IWMI.

In Bezug auf Fachinteressen bzw. die Perspektive aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Organisation wurden in die Leitliniengruppe alle möglichen Perspektiven einbezogen wurden, um einen Schutz vor Verzerrung zu gewähren. Für bestimmte nicht hormonelle Verhütungsmethoden können jedoch keine spezifischen Fachgesellschaften benannt werden, so dass diese implizit mitvertreten werden müssen.

Folgende Tätigkeiten werden in Zusammenhang mit der Mitarbeit an dieser Leitlinie als Interessenskonflikte (gering/moderat/hoch) deklariert:

Als geringe Interessenskonflikte galten Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Koautorenschaften im Auftrag eines Unternehmens, die in dieser Leitlinie behandelte Verhütungsmethoden (einschließlich Apps) herstellen. Bei geringem Interessenkonflikt besteht keine

Konsequenz für die Abstimmung von Empfehlungen, lediglich die Leitungsfunktion ist limitiert.

Als moderate Interessenskonflikte galten im Bereich der Nicht- hormonellen Verhütungsmethoden Advisory-board Tätigkeiten (Berater- und Gutachtertätigkeit), Beteiligungen an Firmen, die entsprechende Produkte herstellen, bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung.

Die betreffenden Leitliniengruppenmitglieder enthielten sich bei der Abstimmung dieser spezifischen Themen.

Als hohe Interessenskonflikte galten der Besitz von Geschäftsanteilen oder Einzel-Aktien in Zusammenhang mit nicht-hormonellen Verhütungsmethoden.

Betroffene Leitliniengruppenmitglieder diskutierten bei der Empfehlungsformulierung nicht mit und enthielten sich der Abstimmung.

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden (s. Tabelle 11 in der Langversion):

Im Ergebnis zeigten sich 2 geringe, 4 moderate und keine hohen Interessenkonflikte. Eine genaue Auflistung findet sich in der Langversion dieser Leitlinie.

Literatur

Die zugrundeliegenden Referenzen sind in der Langversion dieser Leitlinie zu finden.

Weitere Hinweise

Dieser Patient*innenversion der Leitlinie „Nicht- hormonelle Empfängnisversion“ (015-095) liegen die Empfehlungen der Langversion zugrunde. Dieselben Verfasser*innen der jeweiligen Kapitel der Langversion erstellten ebenso die Kapitel der Patient*innenversion. Nach einer sprachlichen Vereinheitlichung und redaktionellen Anpassung erfolgte die Abstimmung mit der gesamten Leitliniengruppe. Nach Freigabe wurde diese Version von der DGGG und der AWMF geprüft.

1 Natürliche Familienplanung

Natürliche Familienplanung (NFP) ist der Oberbegriff für verschiedene Methoden, mit denen der Zyklus beobachtet und die fruchtbare Phase bestimmt werden. So können Frauen eine Schwangerschaft gezielt planen oder verhindern. NFP fördert zudem die sogenannte Fertility awareness, also die Kompetenz in Bezug auf den eigenen Körper und die mit dem Zyklus verbundenen Veränderungen. Die meisten Methoden kombinieren die Messung der Basaltemperatur, das ist die morgendliche Aufwachtemperatur, und die Beobachtung des Zervixschleims. Beide Parameter verändern sich hormonbedingt im Laufe des Zyklus. Allen Methoden der NFP ist gemein, dass sie nicht in den natürlichen Zyklus eingreifen. Sie unterscheiden sich allerdings stark in der Zuverlässigkeit. Viele NFP-Methoden sind bisher nicht ausreichend wissenschaftlich überprüft. In der Leitlinie werden nur NFP-Methoden vorgestellt, die im europäischen Raum verbreitet sind und zu denen wissenschaftliche Studien, insbesondere zur Verhütungssicherheit, vorliegen.


1.1 Wie funktioniert NFP?

Ziel aller NFP-Methoden ist die Bestimmung der fruchtbaren Phase im Zyklus einer Frau. Dafür werden verschiedene Parameter herangezogen. Typisch sind die Messung der Basaltemperatur und die Beobachtung des Zervixschleims. Es gibt Einzeichen-Methoden, die nur einen Parameter in die Auswertung einbeziehen und Zweizeichen-Methoden, wie die symptothermalen Methoden, die sowohl die Basaltemperatur als auch die Veränderungen des Zervixschleims berücksichtigen. Aber auch die symptothermalen Methoden unterscheiden sich untereinander, weil sie ein unterschiedliches Regelwerk besitzen, nach dem die Parameter ausgewertet werden.

Für die Natürliche Familienplanung müssen Frauen keinen regelmäßigen Zyklus haben. Denn es wird immer die fruchtbare Phase im laufenden Zyklus ermittelt. Diese Phase ist in einem kurzen Zyklus früher und in einem langen Zyklus später zu beobachten (siehe Abbildung 1).



23-Tage-Zyklus mit Eisprung am 11. Zyklustag																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
																							

29-Tage-Zyklus mit Eisprung am 15. Zyklustag																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
																													

35-Tage-Zyklus mit Eisprung am 23. Zyklustag																																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			
																																					


43-Tage-Zyklus mit Eisprung am 29. Zyklustag																																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43				
																																														

Abbildung 1: Die fruchtbare Phase und der Eisprung (☺) können – je nach Zykluslänge – mal früher und mal später auftreten.

1.2 Wie zuverlässig schützt NFP vor einer Schwangerschaft?

Diese Frage lässt sich nicht generell beantworten. Die einzelnen NFP-Methoden unterscheiden sich stark in der Verhütungssicherheit. Auch verschiedene symptothermale Methoden unterscheiden sich in der Verhütungssicherheit. Die symptothermale Methode Sensiplan gehört zu den sehr sicheren Familienplanungsmethoden (siehe Abbildung 2). Hier werden Beginn und Ende der fruchtbaren Phase doppelt kontrolliert. Wird die Methode korrekt angewendet, liegt die Schwangerschaftsrate pro Jahr bei 0,4%. Wird auch Fehlverhalten berücksichtigt, sind es ungefähr 2% (2 von 100 Frauen pro Jahr). Wenn das Paar während der fruchtbaren Phase Sex hat und dabei konsequent Kondome benutzt, liegt die Rate ungeplanter Schwangerschaften pro Jahr bei 0,6%. Die alleinige Beobachtung des Zervixschleims (Billings-Methode) beispielsweise ist im Vergleich dazu deutlich unzuverlässiger.

Bei diesen Zahlen muss man allerdings berücksichtigen, dass die Frauen die Anwendung der Methode im Rahmen einer Beratung gelernt hatten.

1.3 Die Vorteile von NFP

- Frauen können mit evidenzbasierten NFP-Methoden, wie der Sensiplan-Methode, sehr sicher verhüten, wenn sie die Methode gut erlernen und in der fertilen Phase keinen ungeschützten Geschlechtsverkehr haben.
- Bei einem Kinderwunsch können Frauen mithilfe einer zuverlässigen NFP-Methode die hochfruchtbare Zeit erkennen. Sex zu diesem Zeitpunkt kann die Chance auf eine Schwangerschaft erhöhen.
- Bei einer Schwangerschaft hilft die Zyklusaufzeichnung dabei, den Empfängniszeitpunkt zu bestimmen.
- Anhand der Basaltemperatur und des Zervixschleims lässt sich feststellen, ob und wann in einem Zyklus der Eisprung stattgefunden hat. Sie liefern außerdem Hinweise auf mögliche Hormonstörungen (z.B. eine Gelbkörperschwäche oder einen ausbleibenden Eisprung).
- NFP trägt zur „Fertility awareness“ bei, also zu einem besseren Bewusstsein über den eigenen Körper und die mit dem Zyklus verbundenen Veränderungen. Zu wissen, wann die fruchtbare Phase ist und wie sich die Fertilität im Laufe der Zeit verändert, hilft bei der individuellen Lebensplanung.
- Beide Partner sind einbezogen und stimmen sich ab.

1.4 Die Nachteile von NFP

- NFP ist nicht möglich, wenn die Periode komplett und dauerhaft ausbleibt. Eine Ausnahme ist die Stillzeit.
- Operationen am Gebärmutterhals (z.B. eine Konisation) können die Möglichkeit, den Zervixschleim zu beobachten, einschränken.
- Für Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird NFP nicht empfohlen.

1.5 Wie funktioniert NFP konkret?

Die fruchtbare Phase lässt sich anhand der Basaltemperatur, das ist die Körpertemperatur am Morgen nach dem Aufwachen, und des Zervixschleims bestimmen. Die sicheren NFP-Methoden arbeiten nach dem Prinzip der doppelten Kontrolle, d.h. zur Bestimmung des Anfangs der fruchtbaren Phase werden zwei Parameter herangezogen und ebenso zur Bestimmung des Endes der fruchtbaren Phase.

Die Messung der Basaltemperatur

Die Basaltemperatur ist die morgendliche Aufwachtemperatur. Sie wird im After, in der Vagina oder im Mund gemessen. Die Basaltemperatur steigt um den Eisprung herum leicht an, bleibt in der Phase nach dem Eisprung erhöht und sinkt am Ende des Zyklus wieder ab.

Wenn Sie mit NFP verhüten möchten, beginnen Sie nach der Periode mit den Messungen und beenden diese am Ende der fruchtbaren Phase. Es gilt heutzutage als nicht mehr notwendig, täglich und zur selben Uhrzeit zu messen. Selbst wenn Sie zwischendurch nicht messen oder es zu Störungen wie Infekten kam, die die Temperaturwerte beeinflussen, ist die Anwendung sicher – vorausgesetzt Sie berücksichtigen dies in Ihrer Auswertung. Als Anfängerin lernen Sie, solche Werte, die aufgrund individueller Faktoren möglicherweise gestört sind, zu erkennen und können sie dann ausschließen.

Die Beobachtung des Zervixschleims

In der Phase vor dem Eisprung steigt der Östrogenspiegel an. Dadurch kommt es im Gebärmutterhals (Zervix) zu einer zunehmenden Produktion und Verflüssigung des Zervixschleims. Der Zervixschleim rinnt die Vagina entlang zur Vulva (Eingang der Vagina) und kann von außen beobachtet werden. Es ist nicht notwendig, in die Vagina hineinzufassen.

Der Zervixschleim ist zunächst weißlich, klumpig und dicklich. Er wird im Laufe des Zyklus zunehmend klar und dehnbar. Nach dem Eisprung verschwindet er relativ rasch wieder.

Die Festlegung der fruchtbaren Phase

Anhand der Körperveränderungen können Sie ermitteln, wann die fruchtbare Phase beginnt und wieder endet. So können Sie das sogenannte fertile Fenster, also die Phase, in der Sie schwanger werden können, bestimmen. Die sicheren NFP-Methoden ziehen dafür immer zwei Parameter heran, sie arbeiten mit doppelter Kontrolle. Das bedeutet, dass der Anfang der fruchtbaren Phase mithilfe von zwei verschiedenen Parametern festgelegt wird, die sich gegenseitig absichern, und das Ende ebenfalls mit zwei verschiedenen Parametern (siehe spezielle Literatur z.B. zur Sensiplanmethode).

1.6 Wo und wie kann ich eine sichere NFP-Methode lernen?

Die Malteser Arbeitsgruppe Natürliche Familienplanung hat ein Netzwerk an zertifizierten Berater*innen aufgebaut. Sie erklären, wie sichere symptothermale Methoden funktionieren. Daneben gibt es Einführungsbücher, in denen die Methoden beschrieben werden. Mehr Informationen stehen auf der Internetseite: <https://www.sensiplan.de/de>.

Ich habe einen unregelmäßigen Lebensstil (z.B. Schichtdienst, unterschiedliche Schlafzeiten) – ist NFP trotzdem eine Option für mich?

Ein unregelmäßiger Lebensstil schließt die zuverlässige Anwendung von NFP nicht aus. Sie lernen zu beobachten, ob und wie sich wechselnde Schlafenszeiten und andere Faktoren auf den Körper auswirken. Für die Auswertung werden dann bestimmte Regeln herangezogen.

Ich habe eine App/eine Smart Watch, die mir anzeigt, wann ich fruchtbar bin. Ist das so zuverlässig wie NFP?

Zyklus-Apps „tracken“ verschiedene Zyklusparameter und zeigen das vermeintlich fruchtbare Fenster an. Viele Frauen nutzen diese Apps als Menstruationskalender, zur Verhütung und um schwanger zu werden. Die meisten Produkte eignen sich jedoch nicht zur Empfängnisverhütung und sind dafür nicht zugelassen. Wichtig zu wissen: Auch eine Zulassung sagt nichts über die Verhütungssicherheit aus. Gleiches gilt, wenn sich die Krankenkasse an den Kosten für eine App beteiligt.

Bisher haben drei Apps eine CE-Zertifizierung der Risikoklasse IIb erhalten (z.B. vom TÜV als zertifizierende Stelle). Sie sind damit zwar offiziell zur Empfängnisverhütung zugelassen, Expert*innen raten aber davon ab, sie zur Verhütung zu nutzen. Für die Apps von trackle und cycloTest liegen bisher keine Studien zur Verhütungssicherheit vor. Bei der App Natural Cycles haben ExpertInnen große Zweifel, dass die vom Hersteller veröffentlichten Zahlen zuverlässig sind. Die meisten Apps sind nur für den

Kinderwunsch ausgewiesen, von der Verwendung zur Verhütung wird derzeit abgeraten, da die notwendigen Studien fehlen.

Die Apps lassen sich im Wesentlichen in vier Kategorien einteilen.

1. Prognose- Apps

Diese Apps sagen die fruchtbare Phase meist auf Basis von Durchschnittswerten aus wenigen vorangegangenen Zyklen vorher. Weil sich der Zyklus immer wieder verändert, sind derartige Prognosen unzuverlässig. Je nach Länge des Zyklus und Zeitpunkt des Eisprungs beginnt die fruchtbare Phase mal früher, mal später. Bei vielen dieser Apps können Sie zusätzlich oder alternativ weitere Symptome aufzeichnen (Zervixschleimbeobachtung, Temperaturkurve etc.). Diese Informationen fließen allerdings nicht in die Auswertung des jeweiligen aktuellen Zyklus ein (z.B. Ovularing).

2. Apps oder Zykluscomputer, die auf der Basaltemperatur beruhen

Diesen Apps liegt als Hauptanwendung die Basaltemperatur zugrunde. Die Temperaturmessung wird nach selbst entwickelten (nicht evidenzbasierten) Anwendungsregeln praktiziert und ausgewertet. Studien zur Wirksamkeit fehlen (z.B. cyclotest mySense) oder weisen erhebliche methodische Schwächen auf (z.B. Natural Cycles; daysy/daysyview; Ladycomp). Selbst wenn zusätzliche Symptome, wie die Beschaffenheit des Zervixschleims, aufgezeichnet werden, sind die Standards nicht so hoch wie bei qualifizierten NFP-Methoden. Häufig werden die fruchtbaren Tage nur auf Basis von Daten aus vergangenen Zyklen vorhergesagt, etwa anhand früherer Temperaturkurven. Das ist wegen der oft wechselnden Länge des Zyklus jedoch nicht zuverlässig.

Bei den Smart Watches kommt dazu, dass sie die Hauttemperatur (keine Körperkerntemperatur) messen, die ihre Brauchbarkeit noch nicht nachgewiesen hat.

Prognose-Apps und Apps oder Zykluscomputer, die in erster Linie die Körpertemperatur auswerten, werden bisher nicht zur sicheren Verhütung empfohlen.

3. NFP-Apps

Für fast alle bekannten NFP-Methoden gibt es mittlerweile eigene, mit dem jeweiligen Regelwerk programmierte Apps. All diese Apps – auch solche, die auf einer qualifizierten und effektiven NFP-Methode beruhen – müssen aber in Gebrauchssicherheitsstudien nachweisen, dass die „inApp-Führung“ eine sichere Anwendung ermöglicht. Diese Studien fehlen bisher.

Frauen, die eine effektive Variante der symptothermalen Methode anwenden, können NFP-Apps zur Dokumentation nutzen.

4. Apps und Messsysteme basierend auf anderen Parametern

Einige Apps sind mit Messsystemen verbunden und werten weitere Parameter aus wie

- bestimmte Hormonwerte in Urin oder Speichel
- die periphere Körpertemperatur am Finger oder Handgelenk
- die nächtliche Pulsrate
- CO₂ in der Atemluft
- den elektrischen Widerstand (im Speichel oder der Vagina).

Diese Apps und Messsysteme sind überwiegend noch in einem experimentellen Stadium oder konnten in ersten Studien keine ausreichende Genauigkeit nachweisen. Daher werden sie nicht für die Verhütung empfohlen. In einer Effektivitätsstudie zur kontrazeptiven Sicherheit hat sich z.B. das Messsystem Persona (E1G/LH im Urin) als nicht ausreichend zuverlässig erwiesen.

Ein neuer, einfach zu messender und präziser Parameter ist derzeit nicht in Sicht. Frauen, die natürlich verhüten möchten, müssen auch weiterhin eine qualifizierte NFP-Methode erlernen. Ihre Beobachtungen können sie dann in eine NFP-App eingeben.

1.7 Häufige Fragen

Kann ich NFP im Wochenbett oder in der Stillzeit anwenden?

Ja, mit Einschränkungen. Für besondere Lebensphasen, wie das Wochenbett oder die Stillzeit, gibt es festgelegte Regeln bei der Auswertung. Ein Netzwerk an zertifizierten Berater*innen bei der Malteser Arbeitsgruppe Natürliche Familienplanung (<https://www.sensiplan.de/de>) kann diese Regeln erklären. Diese Sonderfälle sind zudem in den Einführungsbüchern beschrieben.

Eignet sich NFP auch für die Wechseljahre?

Ja, hier gilt dasselbe wie für das Wochenbett und die Stillzeit.

Wo finde ich weitere Informationen zu NFP und wissenschaftliche Daten?

Informationen zum Stand der NFP-Forschung und eine Bewertung der aktuellen Entwicklungen, inklusive der Apps, gibt die Sektion Natürliche Fertilität (SNF) bei der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsmedizin e.V. (DGGEF), www.sektion-natuerliche-fertilitaet.de

2 Barrieremethoden für den Mann

2.1 Das Männerkondom

Kondome fangen beim Geschlechtsverkehr das Sperma auf. Sie verhindern, dass Spermien in die Gebärmutter und den Eileiter gelangen und dort die Eizelle befruchten.

Kondome sind bis heute die einzige sichere, nicht- dauerhafte Verhütungsmethode für Männer. Sie schützen außerdem vor sexuell übertragbaren Infektionen (STI, sexually transmitted infections). Deshalb werden Kondome oft zusätzlich zu anderen Verhütungsmethoden angewendet.

Die meisten Kondome sind aus Latex, es gibt aber auch Kondome aus anderen Materialien (Polyurethan oder Polyisopren). Sie eignen sich für Menschen mit Latex-Allergie. Kondome werden in verschiedenen Größen, Passformen, Farben und mit unterschiedlichen Wandstärken (zwischen 0,04 bis 0,1 Millimeter) sowie mit genoppter oder anders strukturierter Oberfläche angeboten. Viele Kondome sind für eine bessere Gleitfähigkeit mit Gel beschichtet.

2.1.1 Wie wird das Kondom angewendet?

Benutzen Sie nur Kondome mit einem CE-Prüfsiegel. Es erfüllt bestimmte Qualitätskriterien.

- Achten Sie auf das Haltbarkeitsdatum. Abgelaufene Kondome können leichter reißen.
- Kondome vertragen weder Hitze noch starke Sonneneinstrahlung und müssen entsprechend gelagert werden.
- Kondome sind einzeln eingeschweißt. Die Kondom-Hülle darf nicht beschädigt sein. Fehlt das Luftpolster, sollten Sie sicherheitshalber ein anderes Kondom verwenden.
- Vorsicht beim Öffnen der Packung und beim Überstreifen. Scharfe Gegenstände wie lange Fingernägel, Zähne oder eine Schere können das Kondom leicht beschädigen.
- Geben Sie kein Gleitgel auf den Penis oder in das Kondom. Sonst steigt das Risiko, dass das Kondom abrutscht.
- Rollen Sie das Kondom auf dem erigierten Penis ab. Ziehen Sie vor dem Anlegen – wenn vorhanden – die Vorhaut zurück. Die Luft im vorderen Zipfel des Kondoms, dem Reservoir für das Sperma, muss mit den Fingern herausgedrückt werden.
- Gleitgel auf der Außenseite des Kondoms senkt das Risiko, dass das Kondom reißt, vor allem bei einer trockenen Vagina. Es kann auch am Vaginaeingang oder in der Vagina aufgetragen werden. Verwenden Sie nur Gleitgel auf Wasser-

und Silikon-Öl-Basis. Gleitgele auf fettlöslicher Basis können die Latexmembran porös machen. In der Folge reißt das Kondom leichter.

- Vorsicht bei vaginal angewendeten Medikamenten, die auf fettlöslicher Basis hergestellt sind. Auch hier kann das Kondom leichter reißen.
- Es ist nicht sinnvoll, zwei Kondome übereinander zu ziehen.
- Für jeden Geschlechtsverkehr, auch beim Wechsel von analem zu vaginalem Verkehr, müssen Sie ein neues Kondom benutzen.
- Ziehen Sie nach der Ejakulation den noch steifen Penis aus der Vagina. Halten Sie das Kondom am Penischaft fest, damit es nicht abrutscht.
- Streifen Sie das Kondom in sicherer Entfernung zur Vagina ab. So gehen Sie sicher, dass kein Ejakulat in die Vagina gelangt.



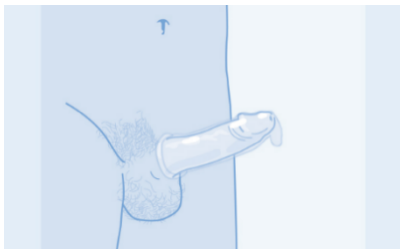
Prüfen Sie das Haltbarkeitsdatum auf der Verpackung. Verwenden Sie nur Kondome mit einem CE-Zeichen auf der Verpackung.



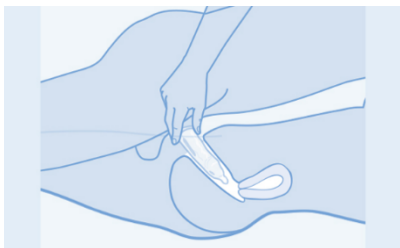
Reißen Sie die Packung auf. An der Seite befindet sich meist ein kleiner Einschnitt, der das erleichtert.



Der noch aufgerollte Ring des Kondoms muss außen sein. Drücken Sie das Hütchen (Reservoir) an der Spitze mit zwei Fingern zusammen und rollen Sie das Kondom über den steifen Penis ab.



Wenn Sie das Reservoir danach loslassen, sollte möglichst keine Luft darin eingeschlossen sein.



Warten Sie nach dem Sex nicht, bis der Penis weich geworden ist. Halten Sie das Kondom beim Zurückziehen am Penis fest, damit es nicht abrutscht.



Werfen Sie das Kondom nicht in die Toilette, sondern in den Müll.

Quelle Bildreihe mit Text: www.familienplanung.de - Mit freundlicher Genehmigung der BZgA

2.1.2 Wie zuverlässig verhüten Kondome eine Schwangerschaft?

Richtig angewendet, sind Kondome eine effektive Verhütungsmethode. Bei perfekter Anwendung (regelmäßig bei jedem Geschlechtsverkehr) werden im ersten Jahr 2 von 100 Frauen schwanger. Im Alltag nutzen viele Paare Kondome aber nicht konsequent, deshalb liegt die Verhütungssicherheit bei dieser typischen Anwendung deutlich niedriger: zwischen 6 und 13 von 100 Frauen werden schwanger.

Wenn ein Kondom reißt oder abrutscht, kann es sinnvoll sein, eine Notfallverhütung (Pille danach oder Kupferspirale danach) anzuwenden. Dann ist es wichtig, sich so schnell wie möglich in der Apotheke oder bei einem/r Frauenärzt*in beraten zu lassen.

2.1.3 Die Vorteile von Kondomen

- Kondome sind leicht erhältlich. Sie können in Drogeriemärkten, Apotheken, Supermärkten, Sexshops oder Online-Shops gekauft werden.
- Es gibt viele Varianten, etwa Kondome aus Latex und latexfrei. Sie sind in verschiedenen Größen und Passformen erhältlich.
- Kondome müssen nur angewendet werden, wenn es zum Geschlechtsverkehr kommt.
- Kondome haben keine gesundheitlichen Risiken oder Nebenwirkungen. Im Gegenteil, sie schützen vor der Übertragung von vielen Infektionen (Chlamydien, HPV, Herpesviren, Hepatitis, Gonorrhoe, Syphilis, HIV).

2.1.4 Die Nachteile von Kondomen

- Kondome bieten nur bei konsequenter Anwendung einen hohen Verhütungsschutz.
- Sie müssen bei jedem Geschlechtsverkehr genutzt werden. Das verlangt ein gewisses Maß an Disziplin.
- Die richtige Anwendung erfordert etwas Übung.
- Kondome müssen immer selbst bezahlt werden, während viele andere Verhütungsmethoden bei Frauen bis zum Alter von 22 Jahren von den Krankenkassen bezahlt werden.
- Einige Menschen fühlen sich durch Kondome in der Sexualität beeinträchtigt oder empfinden sie als störend. Das ist der Hauptgrund, warum sie nicht regelmäßig genutzt werden.

2.1.5 Häufige Fragen

Was kann ich tun, um die Sicherheit zu erhöhen?

Von zentraler Bedeutung ist die richtige und konsequente Anwendung bei jedem Geschlechtsverkehr. Das Kondom muss übergezogen werden, bevor der Penis das erste Mal in die Vagina gleitet. Dies sind die Kriterien für eine perfekte Anwendung, mit der in Studien 2 von 100 Frauen pro Jahr schwanger wurden.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die korrekte Passform. Standard-Kondome sind 52 mm breit und 180 mm lang. Es gibt aber auch Kondome mit anderen Breiten oder einer taillierten Form. Solche Kondome liegen hinter der Eichel enger an. Kondome mit passender Größe sind angenehmer, das trägt zur korrekten Anwendung bei. Möglicherweise reißen sie seltener oder rutschen weniger häufig ab. Ob sie die Verhütungssicherheit erhöhen, ist nicht sicher geklärt. Bei den großen Studien zur Verhütungssicherheit wurden Kondome mit Standardgrößen genutzt.

Wie gut schützen Kondome vor sexuell übertragbaren Erkrankungen?

Der Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen (Chlamydien, HPV, Herpesviren, Hepatitis, Gonorrhoe, Syphilis und HIV) ist zwar nicht hundertprozentig, aber sehr hoch – insbesondere vor HIV – und durch viele Studien gut belegt. Er sinkt, wenn Kondome nicht regelmäßig oder nicht richtig angewendet werden.

Beeinträchtigen Kondome die Sexualität?

Kondome haben den Ruf, Lustkiller zu sein. Tatsächlich geben in Befragungen ein Drittel bis die Hälfte der Teilnehmenden an, dass sich Kondome negativ auf ihr sexuelles Erleben auswirken. Sie beklagen zum Beispiel die störende Unterbrechung beim Überstreifen des Kondoms, ein Nachlassen der Erektion oder verminderte Gefühle. Andererseits hat in den vergangenen Jahren die Zahl der Männer und Frauen zugenommen, die mit Kondomen verhüten, während immer weniger Frauen die Pille nehmen. Nach Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verhüteten im Jahr 2023 53 Prozent der Befragten mit Kondomen, aber nur noch 38 Prozent der Frauen nahmen die Pille. Das weist darauf hin, dass viele Paare bei der Nutzung von Kondomen mehr Vor- als Nachteile sehen. Vor allem wägen sie die Nachteile anscheinend gegen die Nachteile anderer Methoden wie der Pille ab.

Adressen für weitere Informationen

BZgA (familienplanung.de; loveline.de), pro familia (profamilia.de), Lilli (lilli.ch), Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (oegf.at), Sexuelle Gesundheit Schweiz (sexuelle-gesundheit.ch)

3 Barrieremethoden für die Frau

3.1 Diaphragma und Portiokappe

Das Diaphragma (auch Scheidenpessar genannt) und die Portiokappe (Verhütungskappe oder Zervixkappe) bilden zusammen mit einem Verhütungsgel eine Barriere vor dem Muttermund und verhindern so, dass Spermien in den Gebärmutterhals wandern.

Um ein Diaphragma oder eine Portiokappe richtig zu benutzen, brauchen Sie etwas Übung. Sie müssen sich selbst in der Vagina untersuchen und den Muttermund ertasten können. Das ist wichtig, um den korrekten Sitz zu kontrollieren. Sollten Sie damit Schwierigkeiten haben, ist die Methode eher nicht für Sie geeignet.

In der ersten Zeit der Anwendung empfiehlt es sich, zusätzlich eine andere Verhütungsmethode zu nutzen, etwa ein Kondom oder die Pille. So können Sie die Anwendung von Diaphragma oder Portiokappe in Ruhe üben.

3.1.1 Das Diaphragma

Das Diaphragma ist eine weiche, flache Kappe aus Silikon mit einem elastischen Federring. Im deutschsprachigen Raum gibt es zurzeit zwei Diaphragma-Modelle: ein ovales in Einheitsgröße (längster Durchmesser 75 Millimeter (mm)) und ein rundes in sieben verschiedenen Größen von 60 bis 90 mm Durchmesser. Sie können das Diaphragma über das Internet oder rezeptfrei in Apotheken kaufen. Auch von Beratungsstellen wie pro familia, anderen Fachstellen für sexuelle Gesundheit, Frauengesundheitszentren oder einigen gynäkologischen Praxen und Hebammen, die Anpassungen vornehmen, können Sie Diaphragmen bekommen.

3.1.1.1 Wie wird das Diaphragma angewendet?

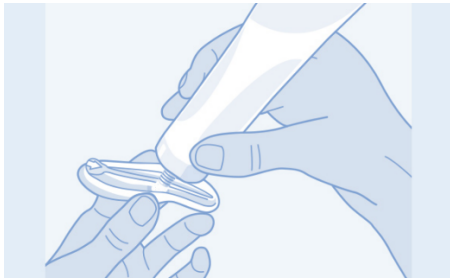
Das Diaphragma wird vor dem Geschlechtsverkehr eingesetzt. Da es nicht vollständig abdichtet, sollten Sie zusätzlich ein Verhütungsgel nutzen. Das Gel hemmt Spermien in ihrer Beweglichkeit oder tötet sie ab. Im deutschsprachigen Raum wird meist ein Milchsäuregel verwendet. Ein Gel mit dem spermienabtötenden Wirkstoff Nonoxynol-9 ist über internationale Apotheken erhältlich. Dieses Gel kann allerdings Reizungen, Schmerzen und Juckreiz verursachen. Es sollte nicht von Frauen mit einem erhöhten HIV-Risiko angewendet werden.

- Geben Sie einen Teelöffel (= etwa 4 Milliliter (ml)) in die Vertiefung des Diaphragmas. Die Seite mit dem Gel muss beim Einführen nach oben zeigen.
- Drücken Sie die Diaphragma-Feder zusammen und führen Sie das Diaphragma in einer bequemen Haltung (im Liegen, im Stehen oder in der Hocke) in die Vagina ein. Spreizen Sie dafür mit einer Hand die Vulvalippen und schieben Sie

mit der anderen Hand das Diaphragma so weit wie möglich in die Vagina. Richtig platziert, bedeckt das Diaphragma den Muttermund vollständig und liegt eng zwischen dem Hinterrand des Schambeins, in einer Art Nische, und dem inneren Ende der Vagina.

- Überprüfen Sie unmittelbar nach dem Einführen den richtigen Sitz. Sie sollten den Muttermund durch die Silikonmembran ertasten können. Ist der Muttermund nicht bedeckt, besteht kein Verhütungsschutz.
- Sie können das Diaphragma bis zu zwei Stunden vor dem Geschlechtsverkehr einführen. Da sich das Verhütungsgel allmählich verdünnt und die Wirksamkeit abnimmt, darf der zeitliche Abstand nicht größer sein.
- Ist der zeitliche Abstand größer als zwei Stunden, können Sie das Diaphragma wie oben beschrieben neu mit Gel einsetzen. Sollten Sie bereits Sex gehabt haben und dabei Spermien in die Vagina gelangt sein, nehmen Sie das Diaphragma keinesfalls raus, sondern führen mit dem Applikator eine Dosis Gel tief in die Vagina.
- Das Diaphragma muss eingesetzt werden, bevor der Penis in die Vagina gleitet.
- Verwenden Sie nur Gleitgel, das wasser- und fettlöslich ist. Gleitgel auf Silikonölbasis kann die Membran des Diaphragmas beschädigen.
- Nach dem Geschlechtsverkehr sollte das Diaphragma mindestens sechs Stunden in der Vagina verbleiben.
- Möchten Sie innerhalb dieser Zeit erneut Geschlechtsverkehr haben, sollten Sie mit einem Applikator eine Dosis Gel tief in die Vagina einführen. Nehmen Sie das Diaphragma dafür keinesfalls heraus.
- Lassen Sie das Diaphragma nach dem letzten Geschlechtsverkehr wieder mindestens sechs Stunden liegen.
- Das Diaphragma sollte höchstens 24 bis 30 Stunden am Stück getragen werden.
- Zum Entfernen greifen Sie mit einem Finger hinter den vorderen Rand (beim ovalen Diaphragma in die Griffmulde). Ziehen Sie das Diaphragma langsam aus der Vagina.
- Reinigen Sie das Diaphragma anschließend gründlich mit warmem Wasser und Handseife. Nach dem Trocknen wird es in dem dafür vorgesehenen Behälter aufbewahrt.
- Sie müssen das Diaphragma weder auskochen noch desinfizieren. Das Material könnte dadurch beschädigt werden.
- Eine Nutzung während der Menstruation wird nicht empfohlen.

So setzen Sie ein Diaphragma ein



Drücken Sie das Diaphragma an den Griffknoppen zusammen, sodass sich eine längliche Falte bildet. Geben Sie Verhütungsgel in die entstandenen Vertiefungen (kein silikonhaltiges Gleitgel verwenden!).



Halten Sie das Diaphragma zusammengedrückt. Daumen und Zeigefinger liegen auf den Griffknoppen am Rand.



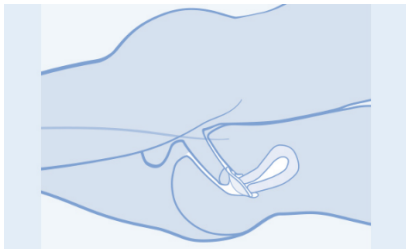
Zum Einführen des Diaphragmas muss beim ovalen Modell der kleine Pfeil auf Ihren Körper zeigen. Das runde Modell hat keine Markierung. Führen Sie das Diaphragma mit der hohlen Seite nach oben in die Vagina ein.



Schieben Sie das Diaphragma tief in die Vagina über den Muttermund.



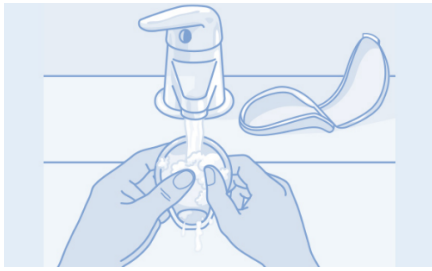
Der Muttermund muss vollständig von der Membran des Diaphragmas bedeckt sein. Das Diaphragma sitzt richtig, wenn Sie den Muttermund unter der Membran ertasten können.



Das Diaphragma verhindert, dass beim Geschlechtsverkehr Spermien zum Muttermund gelangen.



Entfernen Sie das Diaphragma frühestens sechs und spätestens 24 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr. Zum Herausnehmen ertasten Sie mit einem Finger die Griffmulde bzw. den Rand und ziehen das Diaphragma heraus.



Waschen Sie das Diaphragma mit Wasser und Seife und lassen Sie es an der Luft trocknen.

Quelle Bildreihe mit Text: www.familienplanung.de - Mit freundlicher Genehmigung der BZgA

3.1.1.2 Wie zuverlässig schützt das Diaphragma vor einer Schwangerschaft?

Zur Verhütungssicherheit des Diaphragmas liegen nur wenige Studien vor. Deshalb sind keine genauen Angaben möglich. Wenn das Diaphragma immer korrekt angewendet wird, werden zwischen 4 und 14 von 100 Frauen im ersten Jahr schwanger. Bei typischer Anwendung im Alltag sind es zwischen 12 und 18 von 100 Frauen.

Ob es die Sicherheit erhöht, zusätzlich zum Diaphragma ein Kondom zu benutzen, ist nicht geklärt.

Sollte es zu einem Anwendungsfehler kommen, kann die Pille danach oder die Kupferspirale danach das Risiko einer Schwangerschaft senken.

3.1.1.3 Häufige Fragen?

Brauche ich Anleitung durch eine Fachkraft?

Das ovale Diaphragma hat eine Einheitsgröße und kann ohne Anpassen durch eine Fachkraft benutzt werden. Nach Angaben des Herstellers soll es bei den meisten Frauen passen. Sicherheitshalber sollten Sie aber auch hier kontrollieren lassen, ob die Größe passt und Sie das Diaphragma richtig eingesetzt haben.

Das runde Diaphragma gibt es in verschiedenen Größen. Welche passt, muss eine Fachkraft individuell bestimmen. Sie zeigt Ihnen auch, wie Sie das Diaphragma richtig einsetzen und den korrekten Sitz überprüfen.

Die Fachkraft kann durch Abtasten der Vagina und der Gebärmutter zudem feststellen, ob körperliche Besonderheiten gegen die Verhütung mit einem Diaphragma sprechen. Bei einem Kontrolltermin können Sie Unsicherheiten und offene Fragen klären. Insgesamt ist die Anleitung durch eine Fachkraft nicht zwingend erforderlich, sie wird aber empfohlen für die bestmögliche Verhütungssicherheit der Methode.

Muss die Größe des Diaphragmas zwischendurch kontrolliert werden?

Ja, das ist in bestimmten Situationen sinnvoll:

- Wenn Sie mehr als fünf bis sieben Kilogramm Gewicht zu- oder abnehmen, kann es passieren, dass das Diaphragma nicht mehr passt. Bei starken Gewichtsschwankungen sollten Sie deshalb die Größe kontrollieren lassen.
- Nach einer Fehl- oder Totgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Schwangerschaftsdrittel. Die Überprüfung ist frühestens nach sechs Wochen zu empfehlen.
- Nach einer Geburt. Auch hier gilt: Warten Sie mindestens sechs Wochen ab.
- Bei einer Fehlgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten können Sie das Diaphragma nach Ende der Blutung wie gewohnt verwenden.

Wie lange kann ich das Diaphragma benutzen?

Die Hersteller empfehlen, ein Diaphragma nach zwei Jahren zu ersetzen.

3.1.2 Die Portiokappe

Die Portiokappe besteht aus Silikon. Es gibt sie in drei Größen mit einem Durchmesser von 22 mm, 26 mm und 31 mm. Ihre Form mit Kuppel und breiter Krempe erinnert an einen Matrosenhut. Die Portiokappe ist im deutschsprachigen Raum nicht mehr erhältlich. Sie kann aber noch z.B. in Großbritannien oder eventuell vereinzelt über Fachstellen wie pro familia oder in Frauengesundheitszentren erworben werden.

3.1.2.1 Wie wird die Portiokappe angewendet?

- Füllen Sie die Kuppel zu etwa 1/3 mit Gel, geben Sie einen weiteren ½ Teelöffel Gel in die Nische zwischen Kuppel und Krempe.
- Führen Sie die Portiokappe in einer für Sie passenden Körperposition (im Liegen, Stehen oder in der Hocke) in die Vagina ein. Dafür drehen Sie die Kappe so, dass die Schlaufe nach unten zeigt. Drücken Sie die Kappe dann zusammen. Mit einer Hand spreizen Sie die Vulvalippen auseinander. Mit der anderen Hand schieben Sie die Kappe mit dem längeren Rand der Krempe voran so tief in die Vagina bis sie über den Muttermund gleitet. Die Portiokappe muss den Gebärmutterhals vollständig umschließen und bedecken. Bei richtiger Größe saugt sie sich an ihm fest. Der zusätzliche Kragen der Portiokappe legt sich dabei an die Vaginalwand an.

- Prüfen Sie nach dem Einführen den korrekten Sitz. Sie müssen den Gebärmutterhals durch die Kuppel der Portiokappe tasten können.
- Stellen Sie durch leichten Zug an der Schlaufe sicher, dass sich die Kappe festgesaugt hat. Das kann allerdings einige Minuten dauern.
- Die Portiokappe kann beim Geschlechtsverkehr abrutschen. Deshalb ist es wichtig, den Sitz im Anschluss nochmal zu kontrollieren.
- Nach dem Geschlechtsverkehr sollte die Portiokappe mindestens sechs Stunden über dem Gebärmutterhals verbleiben.
- Zum Entfernen fassen Sie mit einem Finger zwischen Portiokappe und Gebärmutterhals. Lösen Sie den Sog. Alternativ können Sie mit der Fingerspitze gegen die Kuppel drücken. Schieben Sie den Finger dann unter die Schlaufe und ziehen Sie die Kappe langsam aus der Vagina.
- Die Portiokappe sollte nicht länger als 48 Stunden am Stück getragen werden.
- Die Nutzung während der Menstruation wird nicht empfohlen.

3.1.2.2 Wie zuverlässig schützt die Portiokappe vor einer Schwangerschaft?

Zur Verhütungssicherheit der Portiokappe liegen nur wenige Daten vor. Deshalb sind keine genauen Angaben möglich. Eine Rolle spielt, ob eine Frau eine vaginale Geburt hatte oder nicht. Ohne vaginale Geburt werden bei typischer Anwendung 14 bis 16 von 100 Frauen im ersten Jahr schwanger. Mit vaginaler Geburt sind es 29 von 100 Frauen. Daten zur Verhütungssicherheit bei immer korrekter Anwendung fehlen.

Ob die Verhütungssicherheit steigt, wenn gleichzeitig ein Kondom benutzt wird, ist nicht geklärt.

Sollte es zu einem Anwendungsfehler kommen oder ist die Kappe beim Sex abgerutscht, kann die Pille danach oder die Kupferspirale danach das Risiko einer Schwangerschaft reduzieren.

3.1.2.3 Häufige Fragen

Brauche ich Anleitung durch eine Fachkraft?

Welche Größe der Portiokappe passt, hängt nach Angaben der Hersteller davon ab, ob eine Frau schwanger war, eine Fehlgeburt oder einen Abbruch hatte oder ein Kind vaginal zur Welt gebracht hat. Das trifft aber nicht bei allen Frauen zu. Deshalb sollte eine Fachkraft die Größe bestimmen. Sie zeigt auch, wie die Portiokappe richtig eingesetzt wird, wie sich der Sitz kontrollieren lässt und woran Sie erkennen, dass sich die Kappe angesaugt hat.

Die Fachkraft kann durch Abtasten der Vagina und der Gebärmutter feststellen, ob körperliche Gründe gegen die Anwendung der Portiokappe sprechen. Bei einem Kontrolltermin können Sie Unsicherheiten und offene Fragen klären.

Muss die Größe der Portiokappe zwischendurch kontrolliert werden?

Ja, das ist in bestimmten Situationen sinnvoll:

- Nach einer Fehl- oder Totgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Schwangerschaftsdrittel.
- Nach einer Geburt.

Die Überprüfung ist frühestens nach sechs Wochen zu empfehlen.

Bei einer Fehlgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten können Sie die Portiokappe nach Ende der Blutung wie gewohnt weiterverwenden.

Wie lange ich kann die Portiokappe benutzen?

Erfahrungsgemäß rund zwei Jahre lang.

3.1.3 Die Vorteile von Diaphragma und Portiokappe

- Diaphragma und Portiokappe müssen nur angewendet werden, wenn es tatsächlich zum Geschlechtsverkehr kommen soll. Gerade Frauen, die selten Geschlechtsverkehr haben, empfinden das als Vorteil.
- Es handelt sich um eine hormonfreie Verhütung. Der natürliche Zyklus bleibt erhalten.
- Über den gesamten Nutzungszeitraum betrachtet, sind die Methoden vergleichsweise günstig.
- Für Diaphragma und Portiokappe braucht es kein Rezept. Regelmäßige gynäkologische Kontrollen sind nicht erforderlich.
- Die Frau hat die Kontrolle und kann selbst prüfen, ob Diaphragma oder Portiokappe richtig sitzen. Viele Frauen lernen den eigenen Körper durch die Selbstuntersuchung besser kennen.
- Die Portiokappe kann 48 Stunden lang getragen werden. Das ist für Paare, die beispielsweise eine Wochenendbeziehung führen und mehrfach Geschlechtsverkehr haben, vorteilhaft.
- Diaphragma und Portiokappe lassen sich mit Methoden der natürlichen Familienplanung kombinieren.

3.1.4 Die Nachteile von Diaphragma und Portiokappe

- Diaphragma und Portiokappe müssen bei jedem Geschlechtsverkehr angewendet werden, wenn sie nicht mit Methoden der natürlichen Familienplanung kombiniert werden.
- Manchen Menschen ist das zu umständlich.
- Nicht allen Frauen passt ein Diaphragma oder eine Portiokappe.
- Die Portiokappe kann beim Sex abrutschen.
- Diaphragma und Portiokappe schützen nicht vor sexuell übertragbaren Infektionen.
- Die Verhütungssicherheit ist nicht so hoch wie bei hormonellen Verhütungsmitteln oder Spiralen und hängt sehr von der richtigen und konsequenten Anwendung ab.
- Um Diaphragma oder Portiokappe korrekt einzusetzen, muss der Muttermund ertastet werden. Das erfordert Übung. Besonders für Frauen mit Beeinträchtigungen sind diese Methoden möglicherweise ungeeignet.
- Kommt es nach Schwangerschaften und Geburten zu einer Senkung von Vagina und Gebärmutter, hält das Diaphragma unter Umständen nicht mehr gut. Eine Portiokappe kann als störend empfunden werden.
- Leiden Frauen an wiederkehrenden Harnwegsinfektionen oder Entzündungen der Vagina, können die Beschwerden durch ein Diaphragma zunehmen.
- Manche Paare fühlen sich in der Sexualität beeinträchtigt. Sexualpartner empfinden Diaphragma oder Portiokappe mitunter als störend.
- Die Krankenkassen zahlen jungen Frauen bis 22 Jahren die Pille. Die Kosten für das Diaphragma, die Portiokappe, das Verhütungsgel und für die Anpassung werden jedoch nicht übernommen.

3.2 Das Frauenkondom

Das Frauenkondom, auch „internes Kondom“ oder Vaginalkondom genannt, ist ein an einem Ende geschlossener Schlauch. Er kleidet die Vagina wie eine zweite Haut aus und verhindert so, dass Spermien in die Gebärmutter gelangen. Frauenkondome gibt es in unterschiedlichen Längen und Materialien (zum Beispiel Polyurethan oder Latex). Am geschlossenen Ende befindet sich ein Ring, ein Luftpolster oder ein Schwämmchen. Dieses Ende wird tief in die Vagina eingeführt und liegt vor dem Muttermund. Das offene Ende des Kondoms schließt mit einem größeren, biegsamen Ring ab, der außen auf den Vulvalippen aufliegt. Mittlerweile sind auch Frauenkondome in Slipform erhältlich. Manche Frauenkondome sind mit Gleitgel beschichtet.

3.2.1 Wie wird das Frauenkondom angewendet?

Benutzen Sie nur Kondome mit einem CE-Prüfsiegel. Es steht für bestimmte Qualitätskriterien. Achten Sie auf das Verfallsdatum. Es darf nicht überschritten sein. Sie können das Frauenkondom bereits vor dem Geschlechtsverkehr einführen. Um es gleitfähiger zu machen, können Sie es vor dem Einsetzen innen und außen mit einem Gel bestreichen.

- Schieben Sie das geschlossene Ende mit dem Ring, Schwämmchen oder Luftpolster tief in die Vagina bis vor den Muttermund.
- Kontrollieren Sie durch Nachtasten, dass sich das Kondom nicht verdreht hat.
- Damit das Frauenkondom nicht in die Vagina rutscht oder der Penis am Kondom vorbei in die Vagina gleitet, sollten Sie den äußeren Ring beim Einführen des Penis festhalten.
- Entfernen Sie das Frauenkondom möglichst direkt nach dem Geschlechtsverkehr. Drehen Sie den äußeren Ring einige Male um sich selbst, damit kein Sperma auslaufen kann, und ziehen Sie das Kondom vorsichtig aus der Vagina.
- Das Frauenkondom kommt in den normalen Hausmüll.
- Verwenden Sie bei jedem Geschlechtsverkehr ein neues Frauenkondom.
- Männer- und Frauenkondome sollten nicht zusammen genutzt werden, weil sie dann leichter reißen.

So setzen Sie ein Frauenkondom ein



Prüfen Sie, ob das Verfallsdatum nicht überschritten ist. Verwenden Sie nur Frauenkondome mit dem CE-Zeichen auf der Verpackung.



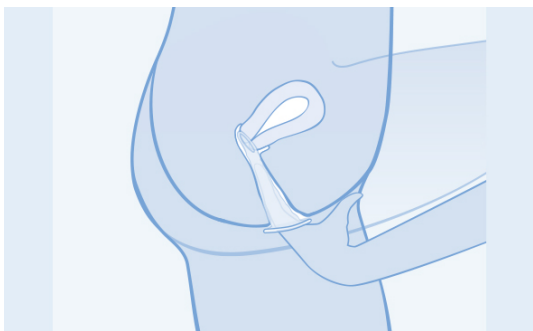
Geben Sie das Gleitmittel auf die Innen- und die Außenseite des Frauenkondoms.



Drücken Sie den Ring am geschlossenen Ende des Frauenkondoms zusammen.



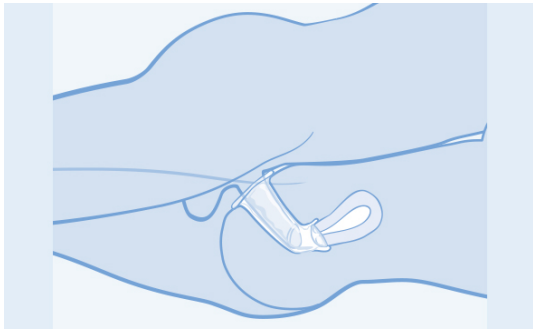
Führen Sie das Frauenkondom mit dem zusammengedrückten Ring voran in die Vagina ein.



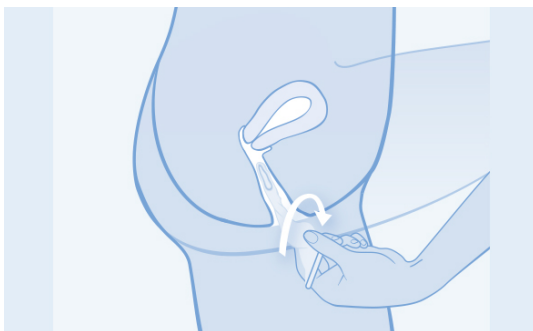
Schieben Sie einen Finger in das Frauenkondom ein und schieben sie es soweit wie möglich nach oben.



Der Ring am offenen Ende des Frauenkondoms bleibt außerhalb des Körpers und bedeckt den Bereich um die Vagina herum.



Der äußere Ring hält das Frauenkondom beim Geschlechtsverkehr an Ort und Stelle.



Nach dem Sex nehmen Sie den äußeren Ring und drehen ihn ein wenig, während Sie das Frauenkondom herausziehen.



Werfen Sie das benutzte Kondom in den Müll.

Quelle Bildreihe mit Text: www.familienplanung.de - Mit freundlicher Genehmigung der BZgA

3.2.2 Wie zuverlässig schützt das Frauenkondom vor einer Schwangerschaft?

Zur Verhütungssicherheit des Frauenkondoms liegen nur wenige Daten vor. Deshalb sind keine genauen Angaben möglich. Bei immer korrekter Anwendung werden im ersten Jahr etwa 5 von 100 Frauen schwanger. Bei typischer Anwendung im Alltag sind es etwa 25 von 100 Frauen. Sollte es beim Anwenden zu einer Panne kommen (Reißen, Verrutschen, Penis neben dem Frauenkondom), kann eine Notfallverhütung mit der Pille danach oder der Kupferspirale danach das Risiko einer Schwangerschaft reduzieren.

3.2.3 Die Vorteile des Frauenkondoms

- Frauen können sich mit dem Vaginalkondom selbst nicht nur relativ gut vor einer ungewollten Schwangerschaft, sondern auch vor dem Risiko einer HIV-Infektion und anderen sexuell übertragbaren Infektionen schützen. Ob es vor Infektionen genauso gut schützt wie das Männerkondom, ist bisher nicht geklärt.
- Frauenkondome sind rezeptfrei in Apotheken, Drogeriemärkten oder über das Internet erhältlich.
- Es kommen keine Hormone zum Einsatz. Das Frauenkondom eignet sich insbesondere für Frauen, die nicht hormonell verhüten dürfen oder möchten.
- Das Frauenkondom muss nur angewendet werden, wenn es tatsächlich zum Geschlechtsverkehr kommt. Gerade Frauen, die nur gelegentlich Geschlechtsverkehr haben, empfinden das als Vorteil.
- Das Frauenkondom kann schon vor dem Geschlechtsverkehr eingesetzt werden.
- Bis auf Allergien oder Materialunverträglichkeiten sind keine Anwendungsbeschränkungen oder gesundheitliche Risiken bekannt. Sollte es zu einer Reaktion kommen, kann das Modell gewechselt werden.
- Frauen können das Vaginalkondom auch während der Menstruation nutzen.

3.2.4 Die Nachteile des Frauenkondoms

- Frauenkondome sind relativ teuer und nicht so leicht erhältlich wie Männerkondome. Nicht immer sind alle Modelle verfügbar.
- Die Handhabung muss geübt werden.
- Das Frauenkondom aus Polyurethan kann beim Gebrauch knistern; Modelle aus Latex knistern nicht.
- Einige Menschen fühlen sich durch die Anwendung beim Sex gestört.

4 Coitus Interruptus

Coitus interruptus bedeutet, dass der Mann den Penis rechtzeitig vor dem Samenerguss aus der Vagina zieht. Der Samenerguss erfolgt außerhalb der Vagina. Der Coitus interruptus zählt nicht zu den etablierten Verhütungsmethoden. Einige Paare nutzen ihn aber häufig oder wenn keine andere Methode (zum Beispiel Kondome) zur Hand ist.

4.1 Wie zuverlässig schützt der Coitus Interruptus vor einer Schwangerschaft?

Bei typischer Anwendung werden etwa 20 von 100 Frauen im ersten Jahr schwanger. Wie sicher der Coitus interruptus bei immer korrekter Anwendung vor einer Schwangerschaft schützt, ist nicht bekannt. Zu dieser Frage liegen keine Daten vor.

Meist werden Spermien, die schon vor dem Samenerguss austreten können, für eine Befruchtung verantwortlich gemacht. Diese These ist aber umstritten. Der häufigere Grund dürfte sein, dass Männer den Zeitpunkt des Samenergusses verpassen und den Penis zu spät zurückziehen.

4.2 Die Vorteile des Coitus Interruptus

- Diese Methode braucht keinerlei Vorbereitung. Sie kann jederzeit angewendet werden.
- Der Coitus interruptus ist wirksamer als keine Methode anzuwenden.

4.3 Die Nachteile des Coitus Interruptus

- Die Methode bietet keinen verlässlichen Schutz vor einer Schwangerschaft.
- Mitunter haben Paare Angst, dass die Methode versagt.
- Die erforderliche Selbstkontrolle des Mannes kann das sexuelle Erleben beeinträchtigen.
- Die Methode kann aufgrund der Nachteile psychisch belasten.





5 Spiralen und Kupferketten


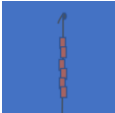


Kupferspiralen bestehen meist aus einem Kunststoffrahmen, bei dem der Stamm mit Kupferdraht umwickelt ist. Die Kupferspirale wird in die Gebärmutter eingelegt und gibt dort permanent eine geringe Menge Kupfer ab. Dadurch werden die Spermien in ihrer Beweglichkeit gehemmt und können die Eizelle nicht befruchten. Zusätzlich verändert das Kupfer das Milieu in der Gebärmutter und verhindert so das Einnisten einer befruchteten Eizelle in der Gebärmutter. Hormone enthält sie nicht.

Kupferspiralen werden in verschiedenen Formen, Größen und mit unterschiedlichen Kupfermengen angeboten. Daneben gibt es die Kupferkette und den Kupferperlenball. Hier sitzen die Kupferelemente nicht auf einem Rahmen, sondern sind auf einen Kunststofffaden aufgezogen.

Hormonspiralen haben im Stamm ein Hormondepot, aus dem permanent das Hormon Levonorgestrel in die Gebärmutter abgegeben wird. Es verdickt den Schleim im Gebärmutterhals, sodass die Spermien nicht zur Eizelle gelangen und diese befruchten können. Zusätzlich verändert das Hormon die Gebärmutter Schleimhaut, sie wird vor allem dünner, so dass sich ein befruchtetes Ei nicht einnisten könnte. Die Hormonmenge, die in den Körper gelangt, ist deutlich geringer als zum Beispiel bei der Pille. Der Eisprung wird nicht gehemmt. Allerdings verändert sich häufig die Regelblutung: Sie wird deutlich schwächer und setzt bei manchen Frauen ganz aus. Es kann auch zu unregelmäßigen Blutungen kommen. Manche Frauen bemerken auch andere hormonell bedingte Änderungen wie zum Beispiel ein Spannungsgefühl in den Brüsten. Hormonspiralen gibt es in zwei verschiedenen Größen mit drei unterschiedlichen Dosierungen.

Modelle von in Deutschland verfügbaren Kupfer- und Hormonspiralen

Form	Darstellung	Kupferoberfläche (mm ²), Größe	Liegedauer
T-förmig, gerade Arme, Kupfer um Stamm und an den Seitenarmen		380mm ² , 31,9 x 35,9mm	10 - 12 Jahre
Ankerförmig, Kupfer um Stamm, ggfs. mit Silberanteil		380 mm ² , mit Silberanteil T380 AG, in 2-3 Größen, z.B. 31,8 x 31,9 und 24,0 x 30,0 mm	5 Jahre
Hufeisenform, Kupfer um Stamm		375 mm ² , mit kurzem oder langem Stamm (29 x 23 und 32 x 32 mm)	5 Jahre
Flexible T-Form mit Kupfer um Stamm oder zusätzlich auf den Seitenarmen		300 oder 380 mm ² , 30 x 24 mm und 32 x 28 mm	3-5 Jahre

Kupfer-Goldspirale (T-förmig oder oval)		380 mm ²	7 Jahre
Kupferkette (kein Kunststoffrahmen)		Kupferkette 200, Kupferkette 330, 4 oder 6 Kupferglieder	5-10 Jahre
Kupferperlenball		Ball aus Kupferperlen auf Trägerfaden mit 15mm im Durchmesser, 300 mm ²	5 Jahre
LNG-IUP, T mit Ankerform,		32 x 32 mm 52mg LNG 28 x 30 mm 19,5 mg LNG 28 x 30 mm 13,5 mg LNG	8Jahre 5 Jahre 3 Jahre,

Abkürzungen: Cu – Kupfer. AG – Silberanteil, LNG – Levonorgestrel (Abbildungen von M. Goeckenjan)

5.1 Wie wird die Spirale angewendet?

Spiralen müssen von einer Frauenärzt*in die Gebärmutter eingesetzt werden. Bei einer vaginalen Untersuchung misst der/die Gynäkolog*in mit einem Taststab die Form und Größe von Gebärmutterhals und Gebärmutterhöhle. Anschließend schiebt er/sie die Spirale mit einem Einführrohrchen in die Gebärmutter. Das Röhrchen wird entfernt und der an der Spirale befestigte Rückholfaden auf etwa zwei Zentimeter (cm) gekürzt. Damit kann die Spirale später entfernt werden.

Das Einsetzen dauert wenige Minuten. Dabei können unterschiedlich starke, regelähnliche Schmerzen auftreten. Die meisten Frauen haben nur sehr geringe Schmerzen. Bei wenigen Frauen, besonders, wenn sie keine Kinder geboren haben, kann das Einsetzen aber kurzzeitig sehr schmerzhaft sein.

Am besten wird die Spirale in den ersten sieben Tagen des Zyklus eingelegt, da dann eine Schwangerschaft sicher ausgeschlossen werden kann und der Gebärmutterhals etwas weniger fest geschlossen ist. Wenn eine Schwangerschaft sicher ausgeschlossen ist, kann sie auch zu jedem anderen Zeitpunkt im Zyklus eingesetzt werden. Bei der Kupferspirale setzt die Verhütungswirkung sofort ein. Bei der Hormonspirale muss die Frau oder das Paar in den ersten sieben Tagen nach dem Einlegen zusätzlich verhüten, wenn die Spirale mehr als sieben Tage nach Beginn der Regelblutung eingelegt wurde. Bei dem direkten Wechsel einer liegenden Hormonspirale muss nicht zusätzlich verhütet werden.

5.2 Muss die Spirale regelmäßig kontrolliert werden?

Unmittelbar nach dem Einlegen prüft die Ärztin oder der Arzt per Ultraschall die korrekte Lage der Spirale in der Gebärmutter. Eine weitere Kontrolle wird nach vier bis acht Wochen empfohlen, da die Spirale in den ersten Monaten nach der Einlage am häufigsten verrutscht. Danach sollte der Sitz der Spirale etwa einmal im Jahr kontrolliert werden. Die Krankenkassen zahlen diese Ultraschalluntersuchungen nicht.

Sie können den Sitz der Spirale auch selbst kontrollieren, indem Sie einen Finger in die Vagina einführen und den Rückholfaden der Spirale ertasten. Die Länge kann sich im Laufe des Zyklus um bis zu einem Zentimeter verändern. Wenn der Faden aber zwei bis drei Zentimeter länger ist als ursprünglich, ist die Spirale wahrscheinlich verrutscht. In diesem Fall sollten Sie den Sitz per Ultraschall kontrollieren lassen. Das gilt auch, wenn Sie den Faden gar nicht mehr tasten können. Meist ist er dann in den Gebärmutterhals gerutscht, die Spirale selbst liegt aber richtig. Die Gynäkolog*in muss klären, ob die Spirale rausgefallen oder, was sehr selten passiert, in die Bauchhöhle gewandert ist.

5.3 Wie zuverlässig schützt die Spirale vor einer Schwangerschaft?

Bei Kupferspiralen hängt die Verhütungssicherheit von der Kupferoberfläche ab. Bei Spiralen mit mindestens 300 mm² werden 1 bis 10 von 1000 Frauen im ersten Jahr schwanger. Die höchste Sicherheit haben Spiralen mit einer Oberfläche von 380 mm².

Die Kupferkette hat eine vergleichbare Verhütungssicherheit wie die Kupferspirale. Beim Kupferperlenball ist die Verhütungssicherheit nicht geklärt, da zu wenige verlässliche Studiendaten vorliegen.

Bei Hormonspiralen mit 52 mg Levonorgestrel wird etwa 1 von 1000 Frauen im ersten Jahr schwanger. Ob die Verhütungssicherheit mit geringeren Dosierungen genauso hoch liegt, ist nicht sicher geklärt.

5.4 Die Vorteile der Spirale

- Die Spirale ist einfach anzuwenden, nach der Einlage muss außer den jährlichen Kontrolluntersuchungen nichts beachtet werden.
- Sie bietet einen hohen Verhütungsschutz über mehrere Jahre.

5.5 Die Nachteile der Spirale

- Die Spirale kann verrutschen oder ausgestoßen werden. Das passiert bei etwa 5 von 100 Frauen und kann die Verhütungssicherheit beeinträchtigen. Auch die Kupferkette wird bei etwa 5 von 100 Frauen ausgestoßen. Für den Kupferperlenball sind keine Aussagen möglich, da nicht genügend Daten vorliegen.
- Die Spirale kann Blutungsstörungen verursachen. Etwa 3 bis 10 von 100 Frauen lassen die Spirale deswegen im ersten Jahr vorzeitig entfernen, innerhalb von fünf Jahren sind es 10 bis 30 von 100 Frauen. Wenn Frauen gut über mögliche Veränderungen der Blutungen informiert sind, bevor sie sich für die Spirale entscheiden, lässt sich das vorzeitige Entfernen oft vermeiden.
- Bei der Kupferspirale, der Kupferkette und dem Kupferperlenball werden die Regelblutungen meist stärker. Manche Frauen haben stärkere Regelschmerzen. Zwischenblutungen sind selten und treten meist nur in den ersten Monaten nach der Einlage auf.
- Bei der Hormonspirale werden die Regelblutungen deutlich schwächer. Die Nutzerinnen bekommen häufig einen unregelmäßigen Zyklus. In den ersten Monaten treten sehr häufig Zwischenblutungen auf. Nach einigen Monaten kann die Regelblutung ganz ausbleiben. Bei der höher dosierten Hormonspirale verändern sich die Blutungen stärker: Sie bleiben bei jeder vierten Frau dauerhaft aus, solange die Spirale liegt.
- Bei der Hormonspirale treten in seltenen Fällen hormonbedingte Nebenwirkungen auf, wie zum Beispiel Brustspannen oder Stimmungsschwankungen.
- Die Kupfer- und Hormonspirale können unabhängig von der Regel Unterbauchschmerzen verursachen. Etwa 1 bis 2 von 100 Frauen lassen die Spirale deswegen im ersten Jahr vorzeitig entfernen, innerhalb von fünf Jahren sind es etwa 5 von 100 Frauen.
- In sehr seltenen Fällen wird bei der Einlage die Gebärmutterwand verletzt. Das passiert bei etwa 1 bis 2 von 1000 Frauen, wird aber meist sofort bemerkt und heilt ohne weitere Folgen aus.

5.6 Häufige Fragen

Wie lange kann ich die Spirale benutzen?

Was kann man gegen Schmerzen bei der Einlage tun?

Was kann man gegen Blutungsstörungen bei der Anwendung einer Spirale tun?

Wie wirken sich die Hormone der Hormonspirale im Körper aus?

Meine Spirale ist verrutscht/herausgefallen. Was muss ich beachten?

Kann ich durch die Spirale unfruchtbar werden?

Ich habe keine Kinder geboren. Kann ich trotzdem mit der Spirale verhüten?

Ich habe ein Kind geboren. Ab wann kann ich mit der Spirale verhüten?

Wann kann die Spirale nach einem Schwangerschaftsabbruch eingelegt werden?

Was ist, wenn ich mit Spirale schwanger werde?

Kann ich Tampons oder Menstruationstassen benutzen, wenn ich mit der Spirale verhüte?

Wie lange kann ich die Spirale benutzen?

Kupferspiralen sind je nach Modell für eine Liegedauer von drei bis zehn Jahren zugelassen. Die hoch dosierte Hormonspirale kann acht Jahre benutzt werden, die niedriger dosierten fünf bzw. drei Jahre. Möchten Sie anschließend weiter mit der Spirale verhüten, kann die Ärzt*in direkt nach dem Entfernen der alten eine neue Spirale einlegen.

Bleiben Spiralen länger als zugelassen liegen, ist das nicht schädlich. Allerdings gibt es nur wenige Daten dazu, wie zuverlässig die Spirale dann noch vor einer Schwangerschaft schützt. Die vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass der Verhütungsschutz von Kupferspiralen bei längerer Liegedauer kaum nachlässt. Für Hormonspiralen ist diese Frage nicht geklärt.

Was hilft gegen Schmerzen bei der Einlage?

Die meisten Frauen spüren während der Einlage der Spirale und danach nur leichte Schmerzen ähnlich wie bei der Regel. Sie brauchen keine Medikamente. Besonders bei Frauen, die keine Kinder geboren haben, können aber kurzzeitig auch starke Schmerzen auftreten.

Es gibt wenige Daten dazu, welche Medikamente die Schmerzen zuverlässig lindern. Einige Ärzt*innen legen die Spirale unter örtlicher Betäubung ein. Ist nach der Voruntersuchung zu erwarten, dass die Frau beim Einlegen stärkere Schmerzen hat, kann sie vorher ein Schmerzmedikament wie Ibuprofen einnehmen. Bei anhaltenden Schmerzen nach der Einlage können solche Medikamente ebenfalls helfen.

Viele Ärzt*innen geben ein bis zwei Stunden vor der Einlage ein Medikament (Misoprostol), das den Muttermund öffnen sollen. Die routinemäßige Gabe bringt aber keine Vorteile. Schmerzen beim Einlegen verringern sich dadurch nicht, stattdessen kann Misoprostol selbst Krämpfe verursachen. Nur wenn die Einlage wegen eines sehr engen Gebärmutterhalses nicht möglich war, ist die Gabe von Misoprostol sinnvoll: Das Medikament kann das Einlegen der Spirale bei einem zweiten Versuch erleichtern.

Was kann man gegen Blutungsstörungen bei der Anwendung einer Spirale tun?

Mit der Kupferspirale, der Kupferkette und dem Kupferperlenball nehmen die Regelblutungen meistens zu. Die erste Regel nach der Einlage ist oft besonders stark, danach werden die Blutungen wieder schwächer, bleiben aber meist über dem Niveau aus der Zeit ohne Spirale. Es gibt kaum wirksame Methoden dagegen. Überlegen Sie deshalb schon vorher, ob eine stärkere Blutung für Sie akzeptabel ist. Falls nicht, sollten Sie mit Ihrer Ärzt*in besprechen, ob andere Verhütungsmethoden geeigneter sind.

Bei der Hormonspirale werden die Blutungen schwächer, was besonders für Frauen mit starker Regelblutung ein Vorteil ist. Allerdings treten gerade bei diesen Frauen häufige und lästige Zwischenblutungen auf. Oft verschwindet das Problem nach einigen Monaten. Falls das nicht der Fall ist oder später erneut Zwischenblutungen auftreten, können Sie für drei Monate zusätzlich die Pille nehmen. Meist stoppen die Zwischenblutungen während der Einnahme, sie können aber später erneut auftreten.

Wie wirken die Hormone der Hormonspirale im Körper?

Die von der Hormonspirale in der Gebärmutter freigesetzten Hormone gelangen auch in den Körper. Die Menge ist allerdings deutlich geringer als bei anderen hormonellen Methoden wie der Pille, dem Vaginalring, dem Hormonpflaster oder -implantat.

Die meisten Frauen merken nur, dass sich die Blutungen verändern. Einige haben aber hormonbedingte Nebenwirkungen wie Akne, Brustspannen, Stimmungsveränderungen oder Kopfschmerzen. Die Beschwerden lassen meist nach einigen Monaten nach, da mit der Zeit die freigesetzte Hormonmenge abnimmt. Ob die Beschwerden bei niedrigerer Dosierung der Hormonspirale geringer sind, ist bisher nicht ausreichend untersucht.

Ob Frauen, die mit der Hormonspirale verhüten, häufiger an einer Depression leiden als andere, ist nicht sicher geklärt. Die vorliegenden Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Einzelne Frauen können jedoch depressive Verstimmungen oder eine Depression bekommen. Es ist nicht belegt, dass Frauen, die bereits eine Depression hatten, von diesem Problem häufiger betroffen sind.

Meine Spirale ist verrutscht/herausgefallen. Was muss ich beachten?

Insgesamt passiert es bei etwa 5 von 100 Frauen, dass die Spirale verrutscht oder herausfällt. In den ersten Monaten nach dem Einlegen ist das Risiko besonders hoch.

Wenn die Spirale komplett herausfällt oder im Gebärmutterhals liegt, besteht kein Verhütungsschutz mehr. Klären Sie mit Ihrer Ärzt*in, ob eine neue Spirale gelegt werden soll oder eine andere Verhütungsmethode geeigneter ist.

Oft ist die Spirale innerhalb der Gebärmutterhöhle heruntergerutscht. Was das für den Verhütungsschutz bedeutet, lässt sich bisher nicht sagen. Dazu fehlen Daten. Ärzt*innen sind unterschiedlicher Meinung, wann eine Spirale entfernt werden sollte. Es wird empfohlen, die Lage nach einigen Wochen erneut zu kontrollieren, weil die Spirale wieder nach oben rutschen kann. Bevor Sie die Spirale entfernen lassen, sollten Sie mit Ihrer Ärzt*in über die weitere Verhütung sprechen.

Wenn in diesen Fällen eine neue Spirale eingelegt wird, ist die Gefahr, dass sie wieder verrutscht oder herausfällt, deutlich höher. Studien zeigen, dass das dann bei 14 bis 30 von 100 Frauen passiert.

Kann ich durch die Spirale unfruchtbar werden?

Große Studien zeigen, dass die Verhütung mit einer Spirale die spätere Fruchtbarkeit nicht beeinträchtigt. Die Sorge besteht, weil in den ersten Wochen nach der Einlage das Risiko für eine Infektion in der Gebärmutter und den Eileitern leicht erhöht ist. Etwa 10 von 100 000 Frauen sind davon betroffen. Später sinkt das Risiko wieder. Insgesamt kommt es mit der Spirale bei weniger als 2 von 100 000 Frauen pro Jahr zu einer Infektion.

Infektionen der Gebärmutter und Eileiter treten vor allem bei Frauen auf, die zum Zeitpunkt der Einlage eine Infektion im Gebärmutterhals mit Chlamydien oder Gonokokken haben. Bei einem entsprechenden Verdacht sollte zunächst ein Test gemacht werden. Warten Sie mit dem Einlegen der Spirale, bis die Ergebnisse vorliegen beziehungsweise die Infektion behandelt ist. Bei einer Chlamydieninfektion kann die Spirale in Ausnahmefällen und wenn keine Symptome bestehen schon während der Behandlung eingesetzt werden.

Wenn Sie mit der Spirale verhüten, ist es wichtig, dass Sie sich vor sexuell übertragbaren Infektionen schützen und in Risikosituationen ein Kondom benutzen.

Ich habe keine Kinder geboren. Kann ich trotzdem mit der Spirale verhüten?

Früher wurde jungen Frauen und Frauen, die keine Kinder geboren haben, von der Spirale abgeraten. Es bestand die Sorge, sie könnten durch eine Infektion der Gebärmutter oder Eileiter unfruchtbar werden. Inzwischen weiß man, dass dieses Risiko sehr gering ist. Auch die Gefahr, bei der Einlage die Gebärmutter zu verletzen, ist nicht erhöht.

Für Frauen, die keine Kinder geboren haben, ist die Einlage der Spirale allerdings oft schmerzhafter. Auch später haben sie häufiger als andere Frauen Schmerzen und lassen die Spirale deshalb vorzeitig entfernen.

Junge Frauen unter 25 Jahren und besonders unter 20 Jahren haben wahrscheinlich ein höheres Risiko, dass die Spirale verrutscht oder ausgestoßen wird. Außerdem leiden sie etwas häufiger unter Schmerzen und lassen die Spirale deshalb vorzeitig entfernen.

Möglicherweise hängen die Probleme damit zusammen, dass die Gebärmutterhöhle noch nicht die endgültige Größe erreicht hat. Deshalb werden inzwischen Spiralen mit kleinerem Kunststoffrahmen angeboten. Ob sie tatsächlich einen Vorteil haben, lässt sich bisher nicht sagen. Die vorhandenen Studien reichen für eine Bewertung nicht aus. Auch bei der Kupferkette und dem Kupferperlenball fehlen Daten, um die Vorteile gegenüber herkömmlichen Spiralen zu belegen.

Ich habe ein Kind geboren. Ab wann kann ich mit der Spirale verhüten?

Die Spirale sollte frühestens vier Wochen nach einer der Geburt eingelegt werden. Vorher ist das Risiko deutlich erhöht, dass die Spirale verrutscht oder ausgestoßen wird.

Während der Stillzeit erhöht sich außerdem das Risiko leicht, die Gebärmutter bei der Einlage zu verletzen: etwa 7 von 1000 stillende Mütter sind davon betroffen, im Vergleich zu 1 bis 2 von 1000 nicht stillenden Frauen. In der Abwägung überwiegen aber die Vorteile der sicheren Verhütung nach einer Geburt. Die Kupfer- und die Hormonspirale wirken sich nicht auf das Stillen aus.

Wann kann die Spirale nach einem Schwangerschaftsabbruch eingelegt werden?

Nach einem operativen Schwangerschaftsabbruch kann die Spirale direkt im Anschluss an den Eingriff eingelegt werden. Das hat Vorteile, weil der Muttermund geöffnet ist und die Einlage keine Schmerzen verursacht. Bei einem Abbruch ab der 11. Schwangerschaftswoche ist das Risiko, dass die Spirale später verrutscht, etwas erhöht. Die Vorteile – eine unkomplizierte Einlage und sofortiger Verhütungsschutz nach dem Abbruch – überwiegen aber gegenüber den Nachteilen.

Nach einem medikamentösen Abbruch kann die Spirale eingelegt werden, sobald bestätigt ist, dass das Fruchtbläschen und der Embryo abgeblutet sind. Das dauert in der Regel wenige Tage.

Was ist, wenn ich mit Spirale schwanger werde?

Schwangerschaften sind mit der Kupfer- oder Hormonspirale sehr selten. Wenn eine Frau aber mit Spirale schwanger wird, handelt es sich häufiger um eine Eileiterschwangerschaft. Dabei nistet sich das Ei außerhalb der Gebärmutter, meist im

Eileiter ein. Das ist gefährlich und kann zu starken Blutungen in den Bauchraum führen. Eileiterschwangerschaften müssen meist operiert oder mit Medikamenten behandelt werden. Sollten Sie trotz Spirale schwanger werden, ist es wichtig, dass eine Ärzt*in möglichst schnell per Ultraschall den Sitz der Schwangerschaft kontrolliert.

Hat sich die Schwangerschaft in der Gebärmutter eingenistet, müssen Sie entscheiden, ob Sie die Schwangerschaft austragen wollen oder nicht.

Bei einem operativen Schwangerschaftsabbruch wird die Spirale während des Eingriffs entfernt. Bei einem medikamentösen Abbruch muss das vorher geschehen.

Wenn Sie die Schwangerschaft austragen möchten, ist das Risiko für eine Fehlgeburt, eine Frühgeburt oder eine Infektion in der Gebärmutter leicht erhöht. Wird die Spirale frühzeitig entfernt, sinkt das Risiko. Wenn der Faden sichtbar ist oder im Gebärmutterhals gefasst werden kann, sollte die Spirale entfernt werden. Wenn das nicht der Fall ist, besteht die Gefahr, beim Entfernen eine Fehlgeburt auszulösen.

Kann ich Tampons oder Menstruationstassen benutzen, wenn ich mit der Spirale verhüte?

Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Spirale beim Entfernen von Tampons verrutschen kann. Bei Menstruationstassen ist das nicht so klar. Die vorhandenen Studien lieferten widersprüchliche Ergebnisse. Einige Frauen berichteten, dass die Spirale beim Entfernen der Menstruationstasse herausgezogen wurde. Oder sie hatten beim Entfernen starke Schmerzen. Die anschließende Kontrolle zeigte, dass die Spirale verrutscht war. Manche Expert*innen empfehlen, den Faden zu kürzen, damit die Spirale nicht mit herausgezogen wird. Ob das hilft, ist aber unklar.

6 Die Sterilisation

Die Sterilisation ist eine dauerhafte Verhütungsmethode für Menschen, die sicher sind, keine Kinder (mehr) haben zu wollen. Sie lässt sich nur sehr schwer rückgängig machen. Bei der Sterilisation der Frau (Tubensterilisation) werden die Eileiter verschlossen oder entfernt, damit Eizelle und Spermazellen nicht mehr zusammentreffen können. Bei der Sterilisation des Mannes (Vasektomie) verschließen Ärzt*innen die Samenleiter. Danach befinden sich keine befruchtungsfähigen Spermazellen mehr in der Samenflüssigkeit.

6.1 Die Sterilisation der Frau (Tubensterilisation)

Bei der Frau erfolgt die Sterilisation meist mittels einer Bauchspiegelung. Das ist ein relativ kurzer operativer Eingriff meist unter Vollnarkose, der häufig ambulant vorgenommen wird.

Eine Sterilisation kann ggf. auch im Rahmen eines Kaiserschnitts erfolgen.

Die Eileiter werden mit Clips aus Titan oder Silikon oder durch elektrischen Strom (Elektrokoagulation) verschlossen. Der Verschluss mit Clips ist einfach, hat aber eine etwas geringere Verhütungssicherheit als die Elektrokoagulation. Am sichersten im Sinne einer Verhütung ist die vollständige Entfernung der Eileiter.

Frauen, die sterilisiert sind, erkranken seltener an Krebs der Eierstöcke, Eileiter und des Bauchfells. Eine vollständige Entfernung der Eileiter senkt dieses Risiko am deutlichsten.

6.1.1 Wie zuverlässig schützt eine Sterilisation der Frau vor einer Schwangerschaft?

Nach einer Sterilisation werden etwa 5 von 1000 Frauen schwanger.

6.1.2 Welche Risiken sind mit der Sterilisation verbunden?

Sehr selten kommt es bei der Operation zu Verletzungen von Darm, Blase oder Blutgefäßen, die direkt versorgt werden können. Ebenfalls sehr selten sind Infektionen der Hautwunde oder im Bauchraum. Beim Verschluss mit Clips besteht die Gefahr, dass die Clips vom Eileiter abrutschen und im Bauchraum wandern. Das kann manchmal Beschwerden verursachen. Nach der Elektrokoagulation leiden Frauen später etwas häufiger unter Unterbauchschmerzen.

Erfolgt die Sterilisation nach dem Eisprung (in der zweiten Zyklushälfte), kann es passieren, dass sich eine bereits befruchtete Eizelle in der Gebärmutter einnistet (Lutealphasenschwangerschaft).

In den seltenen Fällen, in denen Frauen trotz Sterilisation schwanger werden, nistet sich die Schwangerschaft häufiger außerhalb der Gebärmutter ein (extrauterine Schwangerschaft).

6.1.3 Häufige Fragen

Wer trägt die Kosten einer Sterilisation?

Kommt es nach einer Sterilisation zu hormonellen Veränderungen?

Wirkt sich die Sterilisation auf die Sexualität aus?

Was passiert mit den Eizellen, wenn die Eileiter verschlossen sind?

Kann ich mich direkt nach einer Geburt sterilisieren lassen?

Ist die Sterilisation im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs möglich?

Kann die Sterilisation rückgängig gemacht werden?

Welche Alternativen zur Sterilisation gibt es?

Wer trägt die Kosten einer Sterilisation?

In der Regel müssen Sie die Sterilisation selbst bezahlen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten regelhaft nicht.

Kommt es nach einer Sterilisation zu hormonellen Veränderungen?

Nein, denn die Eierstöcke, die Geschlechtshormone freisetzen, sind nicht betroffen. Die Sterilisation führt nicht zu hormonellen Veränderungen oder Zyklusstörungen. Der Eisprung findet weiter statt. Auch die Wechseljahre setzen zum normalen Zeitpunkt ein. Wenn Sie allerdings vorher hormonell verhütet haben, zum Beispiel mit der Pille, dem Verhütungspflaster oder dem Vaginalring, kann sich der Zyklus durch den Wegfall dieser Hormone verändern.

Wirkt sich die Sterilisation auf die Sexualität aus?

Körperlich nicht. Bei manchen Frauen kann aber das Wissen um die eigene Fruchtbarkeit das sexuelle Erleben beeinflussen. Möglicherweise verbessert sich ihre Sexualität, weil sie nicht mehr Angst vor einer Schwangerschaft haben müssen. Vielleicht passiert aber

das Gegenteil. Die Frauen haben weniger Lust, weil sie wissen, dass sie unfruchtbar sind.

Was passiert mit den Eizellen, wenn die Eileiter verschlossen sind?

Nach einer Sterilisation kommt es weiter jeden Monat zu einem Eisprung. Die Eizelle wird entweder im Eileiter oder im Bauchraum aufgelöst.

Kann ich mich direkt nach einer Geburt sterilisieren lassen?

Nach einer Geburt sind Mütter und Väter in einer emotionalen Ausnahmesituation. Eine so endgültige Entscheidung wie eine Sterilisation sollte gut überlegt sein. Wenn der Wunsch schon vor der Schwangerschaft bestand, sollten Sie möglichst frühzeitig mit dem medizinischen Team über die Möglichkeiten sprechen. Kommt das Kind per Kaiserschnitt auf die Welt, kann die Frau direkt im Anschluss sterilisiert werden. Das erspart einen erneuten operativen Eingriff. Bei einer vaginalen Geburt ist die Sterilisation prinzipiell noch während des Krankenhausaufenthaltes möglich, wird aber eher nicht empfohlen. Frauen, die sich direkt nach der Geburt haben sterilisieren lassen, bereuen diesen Schritt allerdings häufiger als andere. Daher sollte die Sterilisation dann in zweitem Aufenthalt nach Abschluss des Wochenbetts erfolgen, sofern der Wunsch nach einer Sterilisation weiterhin besteht.

Ist die Sterilisation im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs möglich?

Eine ungewollte Schwangerschaft ist häufig eine starke emotionale Belastung. Die Entscheidung über eine Sterilisation kann den emotionalen und psychischen Druck noch erhöhen. Deshalb wird empfohlen, nach einem Schwangerschaftsabbruch einige Wochen zu warten und erst dann über eine Sterilisation zu entscheiden.

Kann die Sterilisation rückgängig gemacht werden?

Einige Frauen (in diversen Studien waren es zwischen 2 und 13 von 100 Frauen) bereuen die Sterilisation später. Manche möchten den Eingriff rückgängig machen (Refertilisierung). Das passiert vor allem, wenn sich Frauen in sehr jungem Alter (unter 30 Jahren) haben sterilisieren lassen. Auch Frauen, die kein Kind geboren haben oder die Probleme in der Partnerschaft hatten, bereuen den Schritt häufiger. Nach dem Tod eines Kindes oder in einer neuen Beziehung wünschen sich einige Frauen nochmal ein Kind.

Die Sterilisation lässt sich in vielen Fällen rückgängig machen (Refertilisierung), aber nur ein Teil der Frauen wird anschließend tatsächlich schwanger. Die Erfolgsrate hängt vom Alter der Frau und der angewandten Sterilisationstechnik ab.

Die Refertilisierung erfolgt in einem mikrochirurgischen Eingriff, bei dem Ärzt*innen die Eileiter wieder durchgängig machen. Dieser Eingriff ist aufwändig und teuer. Die Kosten muss die Frau selbst tragen. Eine gute und effektive Alternative zur Refertilisierung ist die künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation).

Welche Alternativen zur Sterilisation gibt es?

Langzeitmethoden wie Spiralen oder Implantate bieten eine ähnlich hohe Verhütungssicherheit wie die Sterilisation. Einmal eingesetzt, müssen sich Frauen über Jahre hinweg nicht mehr um die Verhütung kümmern. Diese Methoden haben den Vorteil, dass die Anwendung jederzeit beendet werden kann. Sie sind für viele Frauen eine gute Alternative zur Sterilisation.

6.2 Die Sterilisation beim Mann (Vasektomie)

Die Vasektomie oder männliche Sterilisation ist ein kleinerer chirurgischer Eingriff. Über ein bis zwei kleine Schnitte in der Haut am Hodensack werden die direkt darunterliegenden Samenleiter durchtrennt oder verschlossen. Der Eingriff erfolgt immer ambulant unter örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) oder in einer kurzen Narkose. Der Mann kann kurz danach nach Hause gehen und innerhalb weniger Tage seine normalen Aktivitäten wiederaufnehmen. Auf schwere körperliche Anstrengungen, Sport und Sex sollte er aber für etwa 14 Tage – je nach Schmerzempfinden – verzichten, um die Heilung zu fördern. Eine Vasektomie ist nicht zu verwechseln mit einer Kastration, bei der die Hoden entfernt werden.

6.2.1 Wie zuverlässig schützt die Sterilisation des Mannes vor einer Schwangerschaft?

Nach einer Vasektomie werden 1 von 2000 Sexualpartnerinnen schwanger. Die Vasektomie wirkt nicht sofort. Nach dem Eingriff befinden sich noch für einige Wochen bis Monate befruchtungsfähige Spermien in der Samenflüssigkeit. Deshalb ist es wichtig, die Samenflüssigkeit mindestens zweimal (8-16 Wochen nach Operation) untersuchen zu lassen. Erst wenn der die Ärzt*in feststellt, dass keine befruchtungsfähigen Spermien mehr vorhanden sind, besteht der vollständige Verhütungsschutz. Bis dahin müssen andere Verhütungsmethoden angewandt werden. In seltenen Fällen wächst ein Samenleiter wieder zusammen oder wird durchgängig. Das erkennen Ärzt*innen aber im Rahmen der Kontrolluntersuchungen.

6.2.2 Welche Risiken sind mit der männlichen Sterilisation verbunden?

In wenigen Fällen infiziert sich die Wunde (0,2-1,5%) oder es treten Nachblutungen oder Blutergüsse (4-22%) auf. Nach einigen Monaten können sich an den Stellen, an denen die Samenleiter durchtrennt wurden, kleine Knötchen (Spermagranulome) bilden (2-70%). Sie verursachen aber meist keine Beschwerden.

Manche Männer haben nach einer Vasektomie chronische Schmerzen im Bereich der Hoden, die sich bei sexueller Aktivität verstärken können. Davon sind etwa 15 von 100 Männern betroffen, allerdings fühlen sich nur 2 von 100 Männern in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Die Ursache der Schmerzen ist nicht geklärt.

Das Risiko, dass trotz Sterilisation weiterhin bewegliche Spermien nachweisbar sind durch eine sogenannte frühe bzw. späte Rekanalisation ist gering (0,03-5,3%). Aufgrund der geforderten Kontrolluntersuchungen nach Sterilisation kann dies auch postoperativ leicht erkannt werden.

Es wird diskutiert, ob Männern nach einer Vasektomie häufiger an Prostatakrebs erkranken. Möglicherweise treten insgesamt mehr Krebserkrankungen auf, aggressive und lebensbedrohliche Formen sind aber nicht häufiger.

6.2.3 Häufige Fragen

Führt die Vasektomie zu körperlichen Veränderungen?

Wirkt sich die Vasektomie auf die Erektion oder das sexuelle Erleben aus?

Kann die Vasektomie rückgängig gemacht werden?

Wer trägt die Kosten für eine Vasektomie?

Führt die Vasektomie zu körperlichen Veränderungen?

Nach der Vasektomie haben Männer weiter einen Samenerguss. Die Menge der Flüssigkeit verändert sich kaum. Es fehlen lediglich die Spermazellen. Die Vasektomie hat keine Auswirkungen auf die Hormonproduktion.

Wirkt sich die Vasektomie auf die Erektion oder das sexuelle Erleben aus?

Männer können nach einer Vasektomie weiterhin eine Erektion und einen Orgasmus bekommen. Rein körperlich ändert sich nichts. Das Wissen, dass sie zeugungsunfähig sind, kann sich positiv auf die Libido und die Zufriedenheit mit dem Sexualleben auswirken. In Einzelfällen kann es infolge einer Vasektomie zu einer Depression kommen. Die überwiegende Mehrheit der Männer gab keine psychischen Beeinträchtigungen an.

Kann die Vasektomie rückgängig gemacht werden?

Etwa 3 bis 6 von 100 Männern bereuen ihre Entscheidung. Oft sind veränderte Lebensumstände oder postoperative Nebenwirkungen der Grund. Einige Männer wünschen sich deshalb, die Vasektomie rückgängig zu machen. Um die Zeugungsfähigkeit wiederherzustellen, setzen Ärzt*innen mikrochirurgische Verfahren ein. Mit ihnen lassen sich die Samenleiter wieder durchgängig machen (Refertilisierung). Der Eingriff ist einfacher als bei der Frau. Die meisten Männer haben anschließend wieder Spermien in der Samenflüssigkeit. Das führt aber nicht immer zu einer Schwangerschaft. Die Kosten für eine Refertilisierung muss der Mann selbst tragen. Eine Alternative zur Refertilisierung ist die künstliche Befruchtung. Dafür können Samenzellen aus dem Hoden entnommen werden.

Wer trägt die Kosten einer Vasektomie?

In der Regel müssen Sie die Vasektomie selbst bezahlen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten regelhaft nicht.

6.3 Vergleich der Sterilisation bei Männern und Frauen

	Männer	Frauen
operativer Eingriff	weniger eingreifend, Samenleiter liegen direkt unter der Haut Eingriff immer ambulant, auch in örtlicher Betäubung möglich	Eingriff im Bauchraum nötig, Eileiter liegen tief im Bauch Eingriff erfolgt immer in Vollnarkose, mit Klinikaufenthalt oder ambulant
Erholungszeit danach	körperliche Aktivität in den Tagen danach möglich	einige Tage Schonung und Betreuung zu Hause erforderlich
Verhütungssicherheit	sehr hoch, etwas höher als bei der Frau	sehr hoch, etwas geringer als beim Mann
Kosten	Geringer	Höher

6.3.1 Welche Argumente sprechen für eine Sterilisation bei der Frau oder beim Mann?

Die Eingriffe unterscheiden sich in ihrer Tiefe und den damit verbundenen Risiken.

Die Sterilisation der Frau (Tubensterilisation)

Der Eingriffsumfang ist größer als eine Vasektomie und erfolgt in der Regel unter Vollnarkose. Das Risiko für Komplikationen wie Infektionen, Blutungen oder Schäden an benachbarten Organen ist gering. Die Erholungszeit kann einige Tage bis Wochen umfassen. Die Tubensterilisation kostet mehr als eine Vasektomie.

Die Sterilisation des Manns (Vasektomie)

Die Vasektomie ist ein vergleichsweise kleinerer Eingriff, der ambulant erfolgt. Er kann unter örtlicher Betäubung vorgenommen werden. Das Risiko für ernsthafte Komplikationen ist niedriger als bei der Tubensterilisation. In der Regel erholen sich die Männer schnell. Der Eingriff kostet weniger als die Sterilisation der Frau.

Was hilft bei der Entscheidung?

Die Entscheidung, ob sich in einer Partnerschaft der Mann oder die Frau sterilisieren lässt, hängt von vielen Faktoren ab: der individuellen Gesundheit, den gemeinsamen Zukunftsplänen, der individuellen Lebensplanung.

Offen über die verschiedenen Verfahren, ihre Erfolgsraten, die möglichen Risiken und etwaige Ängste zu sprechen, kann Paaren helfen, die Methode zu wählen, die am besten zu ihrer Situation passt. Dabei sollte sich keiner der Partner*in unter Druck gesetzt fühlen.

6.3.1.1 Eine Entscheidung treffen

Egal, unter welchen Umständen Sie eine Sterilisation in Betracht ziehen, Ihre Überlegungen müssen ernst genommen werden und verdienen Respekt. Eine Sterilisation ist eine hochpersönliche Entscheidung. Lassen Sie sich ausführlich beraten, damit Sie die Vorteile und Risiken gegeneinander abwägen können. Es ist wichtig, dass Sie alle notwendigen Informationen verstehen und ausreichend Unterstützung von Ihrem medizinischen Team bekommen.

Ihre Gefühle, Wünsche und Bedenken stehen im Mittelpunkt dieses Entscheidungsprozesses.

Eine gründliche Beratung durch eine qualifizierte Fachärzt*in ist unabdingbar. Bei Bedarf kann zusätzlich eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen werden. Die Fachleute besprechen mit Ihnen auch alle emotionalen Fragen.

Entscheiden Sie sich nur dann für eine Sterilisation, wenn Sie vollständig überzeugt sind, dass dieser Eingriff die beste Option für Ihre Lebensumstände ist.

6.4 Die rechtlichen Vorschriften

Wie sind die rechtlichen Bestimmungen zur Sterilisation in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich?

In Deutschland gibt es keine speziellen rechtlichen Regelungen für eine Sterilisation. Es gelten die gleichen Vorgaben zur Aufklärung wie für alle medizinischen Behandlungen. Die Betroffenen selbst müssen dem Eingriff zustimmen. Ärzt*innen können eine Sterilisation im individuellen Fall ablehnen. Die betroffene Frau oder der betroffene Mann kann dann eine andere Einrichtung aufsuchen, um sich dort sterilisieren zu lassen.

In der Schweiz ist seit dem Jahr 2004 gemäß dem Bundesgesetz und Artikel 122 der Bundesverfassung die Einwilligung nach umfassender Aufklärung und schriftlicher Zustimmung erforderlich. In Österreich ist die Sterilisation rechtlich erlaubt, wenn die Person mindestens 25 Jahre alt ist oder der Eingriff nicht gegen die guten Sitten verstößt, wie im Bundesgesetzblatt BGBl 60/1974 § 90 geregelt.

Was gilt für einwilligungs- bzw. urteilsunfähige Personen?

In Deutschland muss eine gerichtliche Genehmigung vorliegen, um einen einwilligungsunfähigen Erwachsenen zu sterilisieren. Die Schweiz fordert die Zustimmung der gesetzlichen Vertreter und die Genehmigung der Erwachsenenschutzbehörde. Beide Länder schreiben vor, dass die Sterilisation im besten Interesse der betroffenen Person steht.

Was gilt für Minderjährige?

In Deutschland, in der Schweiz und in Österreich ist die Sterilisation von Minderjährigen grundsätzlich verboten. Ausnahmen gelten in der Schweiz für Jugendliche über 16 Jahren, die dauerhaft urteilsunfähig sind. In Österreich ist der Eingriff ausnahmsweise erlaubt, wenn er aus anderen Gründen nicht gegen die guten Sitten verstößt.