



Geht es auch ohne?

Möglichkeiten bei nichthormonellen Kontrazeptiva

DD | War es vor einigen Jahren noch gang und gäbe, dass vor allem junge Frauen die Pille einnehmen – sei es zu Verhütungszwecken, um den Zyklus besser zu steuern oder das Hautbild zu verbessern –, wird der Einsatz hormoneller Kontrazeptiva mittlerweile deutlich kritischer hinterfragt. So führten Berichte über ein erhöhtes Brustkrebs- und Thromboserisiko, vermehrtes Auftreten von Depressionen sowie Libidoverlust zu einem kontinuierlichen Rückgang an Pillenrezepten und einer erhöhten Nachfrage nach nichthormonellen Kontrazeptiva. Welche Optionen sich anbieten, wenn man hormonfrei verhüten möchte, und was dabei zu beachten ist, erfahren Sie in dem folgenden Artikel.

Die Verordnungszahlen oraler Kontrazeptiva sind weiterhin rückläufig. Verhüteten bei einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007 noch 55% der befragten Personen mit der Pille, sind es 2023 nur noch 38%. Sie wird damit von ihrem Thron als beliebtestes Verhütungsmittel in Deutschland gestoßen und von einer nichthormonellen Alternative abgelöst: dem Kondom.¹

Die Diskussion um die Pille

In den 1960er Jahren war die Pille das Zeichen der sexuellen Revolution und ein wichtiges Mittel für die Selbstbestimmung der Frau. Mittlerweile wird sie aber immer kritischer betrachtet. So werden nicht nur zu erwartende Nebenwirkungen wie Spannungen in der Brust hinterfragt, sondern auch, welchen Einfluss eine jahrelange Hormongabe auf den – meist noch heranwachsenden – Körper haben kann.

Aufgrund des hormonellen Ungleichgewichts kann es gerade in den ersten Monaten der Pilleneinnahme zu Nebenwirkungen kommen. Zu den schwerwiegendsten zählen dabei venöse und seltener arterielle Thromboembolien, insbesondere bei gestagenhaltigen Pillen der 3. (z. B. mit Gestoden oder Desogestrel) und 4. Generation (z. B. mit Drospirenon). So kann das Risiko, innerhalb eines Jahres eine venöse Thromboembolie zu erleiden, je nach Hormonkonzentration und -kombination bis zu 6-fach erhöht sein, wobei Präparate mit Levonorgestrel das niedrigste Risiko aufweisen.²

Ebenfalls Bedenken geben bei vielen die immer wieder aufkommenden Berichte über ein erhöhtes Brustkrebs-

risiko unter langfristiger Einnahme hormoneller Kontrazeptiva. So zeigte eine 2023 veröffentlichte Studie ein um 33% erhöhtes Risiko für die Ausbildung von Brustkrebs bei Frauen, wenn sie mindestens einmal ein hormonelles Kontrazeptivum eingenommen haben. Um welches Kontrazeptivum es sich dabei handelte – ob kombiniert oral, rein gestagenhaltig oral, injiziert gestagenhaltig oder ein gestagenhaltiges Intrauterin-System –, machte keinen signifikanten Unterschied. Entscheidend ist hier aber vor allem das Alter während der Einnahme. So ist bei jüngeren Anwenderinnen das Brustkrebsrisiko generell sehr gering und steigt erst in späteren Jahren an. Ebenfalls wurde beobachtet, dass mit Absetzen des Kontrazeptivums auch das relative Brustkrebsrisiko wieder sinkt.³

Darüber hinaus beschäftigten sich einige Untersuchungen mit dem Zusammenhang zwischen hormonellen Kontrazeptiva und Depressionen. Eine im vergangenen Jahr veröffentlichte Beobachtungsstudie deutete beispielsweise darauf hin, dass gerade in den ersten 2 Jahren der Einnahme oraler Kontrazeptiva das Risiko für Depressionen steigt. Dabei scheint insbesondere das Alter entscheidend zu sein: Wird vor dem 20. Geburtstag mit der Einnahme einer oralen hormonellen Verhütung begonnen, steigt das Lebenszeitrisiko für eine Depression um das 1,18-Fache im Vergleich zu keiner Einnahme. Waren die Anwenderinnen über 20 Jahre alt, konnte hingegen 2 Jahre nach dem Absetzen keine Assoziation mit Depressionen mehr festgestellt werden.⁴

Mit dem Aufkommen solcher Studien und Untersuchungen steigt gerade bei jungen Menschen die Skepsis gegenüber hormonbasierten Verhütungsmethoden und entsprechend das Interesse an nichthormonellen Alternativen. So können neben mechanischen Verhütungsmitteln wie Kondomen und Diaphragmen auch chemische sowie natürliche Verhütungsmethoden zum Einsatz kommen.

Natürliche Familienplanung

Bei der natürlichen Familienplanung (NFP) werden durch Zyklusbeobachtung und Körpertemperaturmessungen fruchtbare und unfruchtbare Tage bestimmt. So soll berechnet werden, wann das Risiko einer Schwangerschaft möglichst gering ist und wann entweder auf Geschlechtsverkehr verzichtet oder beispielsweise ein Kondom verwendet werden sollte. Beobachtet werden physiologische Veränderungen während des Zyklus wie die Basaltemperatur und die Beschaffenheit des Zervixschleims (symptothermale Methode). Da es sich teil-

Natürliche Familienplanung

Die NFP kann anhand verschiedener Methoden erfolgen, die sich anhand der gemessenen Parameter und der anschließenden Berechnung unterscheiden.

Billings-Methode: Einzeichenmethode, bei der das fertile Fenster durch Beobachtung des Zervixschleims bestimmt wird. Aufgrund der geringen Sicherheit im deutschsprachigen Raum wenig verbreitet.

Rötzer-Methode: Erste symptothermale Methode, die Körpertemperatur und Beschaffenheit des Zervixschleims verbindet. An strenge Regeln gebunden und dementsprechend schwierig in der Anwendung.

Sensiplan: Symptothermale Methode mit doppelter Kontrolle zum Festlegen von Beginn und Ende des fertilen Fensters. Gilt als vergleichsweise sehr sichere Methode der natürlichen Familienplanung.

weise um sehr geringe Schwankungen handelt, bedarf die NFP einer sehr hohen Disziplin und ist dementsprechend fehleranfällig. Viele schätzen jedoch, dass nicht in den natürlichen Zyklus eingegriffen und auf die Signale des Körpers geachtet wird.⁵

Laktationsamenorrhö-Methode

Weniger bekannt, aber – wenn richtig durchgeführt – sehr sicher ist die Laktationsamenorrhö-Methode (LAM). Bei dieser natürlichen postpartalen Verhütungsmethode wird sich zu Nutze gemacht, dass bei vollstillenden Personen der Eisprung unterdrückt wird und die Regelblutung ausbleibt. So wird durch das Saugen beim Stillen die pulsatile Freisetzung des Gonadotropin-Releasing-Hormons (GnRH) und somit auch die ovarielle Aktivität reduziert. Richtig durchgeführt liegt die kontrazeptive Sicherheit bei 98%, mit einer Versagensquote von 0,45–7,5 %.⁵

Dafür müssen jedoch 3 Voraussetzungen erfüllt sein:⁵

- Die Geburt liegt maximal 6 Monate zurück.
- Die Regelblutung bleibt aus (Amenorrhö).
- Es wird voll gestillt.

Hinweis: „Voll stillen“ meint in diesem Kontext mindestens 6-mal pro Tag mit einem Abstand von maximal 6 Stunden stillen, wobei der Säugling nicht zugefüttert werden darf. Inwieweit Abpumpen die Sicherheit beeinflusst, ist derzeit noch nicht bekannt.

Mit Einsetzen der ersten Regelblutung sinkt die Sicherheit jedoch deutlich ab und die Methode wird nicht mehr zur Empfängnisverhütung empfohlen.⁵

Barrieremethoden

Als Barrieremethoden werden grundsätzlich alle reversiblen Verhütungstechniken bezeichnet, die das Zusammentreffen von Eizelle und Spermium verhindern. Neben den klassischen Kondomen zählen dazu des Weiteren auch Femidome, Portiokappen und Diaphragmen sowie chemische Verhütungsmethoden wie Vaginalschwämme oder -zäpfchen mit spermizider Wirkung. Letztere werden als alleinige Verhütungsmethode jedoch nicht mehr im deutschsprachigen Raum verwendet. Gerade Kondome haben mit der zunehmend kritischen Betrachtung hormoneller Verhütungsmethoden stetig an Beliebtheit gewonnen. Gaben in der Befragung der BZgA 2007 noch 36 % der Befragten an, mit Kondom zu verhüten, waren es 2023 bereits 53%.¹ Insbesondere der zusätzliche Schutz vor Geschlechtskrankheiten dürfte für viele ein weiteres Argument für die Nutzung von Kondomen darstellen. Um mit Kondomen sicher zu verhüten und sich vor Geschlechtskrankheiten zu schützen, ist jedoch die richtige Anwendung essenziell. Kondome werden meist aus Latex hergestellt – wobei für Menschen mit Latexallergie auch Optionen mit Polyurethan oder Polyisopren erhältlich sind – und für eine optimale Passform in unterschiedlichen Größen, Formen und Wandstärken angeboten.

Hinweis: Manche Kondome werden für einen zusätzlichen Schutz mit dem Spermizid Nonoxynol-9 beschichtet. Da dieses jedoch zum einen die Vaginalschleimhaut angreifen und so den Eintritt von HI-Viren erleichtern und zum anderen bei jungen Frauen das Risiko für Harnwegsinfektionen erhöhen kann, wird von ihrem Gebrauch abgeraten.⁵

Neben der CE-Kennzeichnung ist bei Kondomen vor allem die richtige Lagerung zu beachten: Sie sind für gewöhnlich 5 Jahre haltbar, sollten währenddessen aber nicht bei Hitze oder zu langer Lichteinstrahlung (z. B. Sonne/Heizung) gelagert und keinen mechanischen Reizen (Aufbewahrung in der Hosentasche/im Portemonnaie) ausgesetzt werden.

Neben der richtigen Passform und Lagerung ist auch die korrekte Anwendung wichtig für einen verlässlichen Schutz. So kann es sinnvoll sein, ein wasser- oder fettlösliches Gleitgel (kein Gel auf Silikonölbasis!) zu verwenden, um ein Reißen des Kondoms zu verhindern, insbesondere wenn die Vagina trocken ist. Dieses sollte

jedoch nicht auf den Penis oder in das Kondom gegeben werden, da es sonst abrutschen könnte. Ebenso sollten nie mehrere Kondome übereinander verwendet werden. Darüber hinaus sollten keine Gleitmittel auf fettlöslicher Basis verwendet werden, da diese die Latexmembran schädigen können. Vorsicht ist hier auch bei vaginal angewendeten Medikamenten geboten, die nicht selten auf fettlöslicher Basis hergestellt werden und ebenfalls die Sicherheit des Kondoms beeinträchtigen können.

Alternativ zu Kondomen können auch Femidome (auch Frauenkondome genannt) angewendet werden. Diese bestehen aus einem ca. 18 cm langen, meist mit Latex, Nitrilkautschuk, Polyethylen oder Polyurethan beschichteten Schlauch, der an einer Seite geschlossen ist und in die Vagina eingeführt wird. Sie können bis zu 8 Stunden vor dem Geschlechtsverkehr eingeführt und anschließend wie ein Kondom entsorgt werden. Eine Anwendung im Wochenbett und während der Menstruation ist möglich. Frauenkondome wurden primär zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten entwickelt, auch wenn bisher nicht klar ist, wie hoch der Schutz im Vergleich zu Kondomen ist. Dementsprechend fällt die Verhütungssicherheit niedriger aus als bei Kondomen. So werden bei perfekter Anwendung 5% der Anwenderinnen im Jahr schwanger (entspricht einem Pearl-Index von 5), bei typischer Anwendung 21% (entspricht einem Pearl-Index von 21).⁵

Auf einer Kombination aus chemischer und mechanischer Verhütung beruhen Diaphragmen und Portiokappen, die zusammen mit spermiziden oder motilitätshemmenden Gelen angewendet werden (Hinweis: Im deutschsprachigen Raum sind derzeit keine Portiokappen erhältlich). Beide bestehen aus Silikon mit einem äußeren Federring und werden auf den Muttermund gesetzt. Während Diaphragmen höchstens 24–30 Stunden in der Vagina verbleiben, saugen sich Portiokappen am Muttermund fest und werden erst nach 48 Stunden entfernt. Beide müssen nach dem Geschlechtsverkehr mindestens 6 Stunden in der Vagina verbleiben, um sicherzustellen, dass keine befruchtungsfähigen Spermien mehr vorhanden sind. Aufgrund der anatomischen Lage stellt vor allem die Bestimmung der passenden Größe sowie das korrekte Einführen eine Herausforderung dar, weshalb eine Anpassung und Anleitung durch eine Fachkraft empfohlen wird. Zur Sicherheit von Diaphragmen und Portiokappen liegen unterschiedliche Werte vor. Es ist aber davon auszugehen, dass die Schwangerschaftsrate von Diaphragmen bei perfekter Anwendung bei 4–14% und bei typischer

Coitus interruptus (CI)

Auch wenn es in Fachkreisen nicht mehr als Verhütungsmethode angesehen wird, nutzen Menschen immer noch das rechtzeitige Herausziehen des Penis aus der Vagina vor der Ejakulation als Schwangerschaftsprävention. Besonders häufig kommt die Methode zum Einsatz, wenn situationsbezogen keine anderen Optionen zur Verfügung stehen. In solchen Fällen ist CI effektiver als keine Verhütung. Zur regelmäßigen Verhütung wird CI jedoch nicht empfohlen.⁵

Anwendung bei 12–18 % liegt. Bei Portiokappen hängt die kontrazeptive Sicherheit davon ab, ob die Anwenderin vorher eine vaginale Geburt hatte. So beträgt die Schwangerschaftsrate nach einer vaginalen Geburt bei typischer Anwendung 29% und ohne vaginale Geburt bei 14–16%. Beide Verhütungsmethoden sollen zusammen mit kontrazeptiven Gels angewendet werden. Zum Einsatz kommen dafür meist Gele auf Milchsäurebasis oder mit Nonoxynol-9, wobei bei letzteren häufiger Nebenwirkungen wie Juckreiz, Rötungen oder Hautausschläge beobachtet werden (siehe auch Hinweis oben). Darüber hinaus scheint Nonoxynol-9 das Gleichgewicht der Vaginalflora zu stören und das Wachstum von *E. coli* zu fördern, weshalb es mit einem gehäuften Vorkommen von Harnwegs- und Vaginalinfektionen bei Diaphragma-Nutzung in Verbindung gebracht wird.⁵

Intrauterine Pessare

Neben dem Kondom haben in den letzten Jahren auch intrauterine Pessare (IUP) an Beliebtheit gewonnen. Während 2018 noch 10% der Befragten angaben, mit der Spirale zu verhüten, stieg die Zahl bis 2023 auf 14% an.¹ In Deutschland sind kupferfreisetzende Pessare (Cu-IUP), beispielsweise mit Legierungen aus Gold oder Silber in unterschiedlichen T-, Anker- und Ballformen oder als Kupferkette, sowie hormonfreisetzende Pessare mit Levonorgestrel (LNG-IUP) verfügbar. Während Pessare mit T-, Anker- und Ballformen in die Gebärmutter eingelegt werden, wird die Kupferkette in der Gebärmutterwand verankert. Einmal von einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt eingesetzt, verbleiben die Pessare je nach Modell zwischen 3 und 10 Jahren in der Gebärmutter und geben Kupfer-Ionen ab. Diese schädigen Spermien, erschweren deren Eintritt in die Gebärmutter (Spermienaszension) und verhindern die Einnistung des befruchteten Eis (Nidationshemmung). Aufgrund der langen Verweildauer in der Gebärmutter

ist bei IUP eine regelmäßige Kontrolle nötig. So sollte die Lage des Pessars 4–12 Wochen nach dem Einsetzen und anschließend alle 12 Monate per Ultraschall kontrolliert werden (keine Kassenleistung!). IUP gelten als sehr sichere Verhütungsmethode. So liegt der Pearl-Index zwischen 0,4 und 1, wobei IUP mit einer Kupferoberfläche über 300 mm² eine höhere Sicherheit aufweisen. Zu beachten ist bei IUP jedoch das leicht erhöhte Risiko für aufsteigende genitale Infektionen und Geschlechtskrankheiten nach dem Einsetzen. Bei Frauen mit einem erhöhten Risiko für Geschlechtskrankheiten sollte aus diesem Grund vor Einsetzen des Pessars ein Screening auf Chlamydien und in manchen Fällen auf Gonokokken durchgeführt werden. Darüber hinaus kann es zu Dysmenorrhö und Schmerzen kommen, insbesondere wenn es bereits vor dem Einsetzen zu unregelmäßigen Blutungen gekommen ist.

Fazit

Aufgrund der zunehmend kritischen Betrachtung hormoneller Verhütungsmethoden steigt seit einigen Jahren das Interesse an nichthormonellen Alternativen. Neben der natürlichen Familienplanung, bei der die fertilen Tage anhand von körperlichen Veränderungen festgestellt werden, können reine Barrieremethoden wie Kondom und Femidom sowie die Kombination aus mechanischer und chemischer Verhütung durch Diaphragma und Portiokappe zum Einsatz kommen. Als sicherste nichthormonelle Verhütungsmethode (abgesehen von der Sterilisation) gelten intrauterine Pessare.

1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Verhütungsverhalten Erwachsener 2023, abrufbar unter: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_BZgA-Studiendaten_Verh%C3%BCtungsverhalten_2023.pdf, zuletzt abgerufen am 27.02.2024

2 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Venöse Thromboembolien und kombinierte hormonale Kontrazeptiva, abrufbar unter: <https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Themendossiers/Kombinierte-hormonale-Kontrazeptiva/KOK.html?nn=471270#Start>, zuletzt abgerufen am 06.03.2024

3 Fitzpatrick D et al. Combined and progestagen-only hormonal contraceptives and breast cancer risk: A UK nested case-control study and meta-analysis. *PLoS Med* 2023; 20(3): e1004188. doi: 10.1371/journal.pmed.1004188

4 Johansson T et al. Population-based cohort study of oral contraceptive use and risk of depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2023; 32: e39. doi: 10.1017/S2045796023000525

5 S2k-Leitlinie „Nicht-hormonelle Verhütung“, Stand Dezember 2023