

Bekanntmachungen

Stellungnahme

„Kontrazeption – Bewertung unter medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten“

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 10.09.2026 auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats diese Stellungnahme beraten und beschlossen.

Vorwort

In den letzten Jahren haben die Themen „sexuelle Gesundheit“ und „reproduktive Selbstbestimmung gesellschaftspolitisch mehr Aufmerksamkeit erfahren. Vor diesem Hintergrund hat sich der 129. Deutsche Ärztetag 2025 mit Ärztlichen Perspektiven zum Schwangerschaftsabbruch befasst und dabei festgestellt, dass „eine besondere Bedeutung [...] der Prävention ungewollter Schwangerschaften zu[kommt]“.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer im September 2025 beschlossen, das Thema Verhütung eingehender zu beleuchten und einen Arbeitskreis „Kontrazeption – Bewertung unter medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten“ des Wissenschaftlichen Beirats einzurichten. Unter der Federführung von Frau Prof. Dr. Gallwas und der stellvertretenden Federführung von Herrn Prof. Dr. Krüssel hat der Arbeitskreis in bemerkenswert kurzer Zeit eine Stellungnahme erarbeitet. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Analyse der gängigen kontrazeptiven Methoden für Frauen und Männer unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenzen zur kontrazeptiven Sicherheit, Risiken, Vorteilen und zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten. Dafür wurden Fakten zusammengetragen und wesentliche Informationen übersichtlich als Entscheidungshilfe tabellarisch aufbereitet. Diese kann insbesondere Ärztinnen und Ärzte, aber auch interessierte Frauen und Männer bei der Verhütungsberatung bzw. bei der Auswahl einer geeigneten Verhütungsmethode unterstützen. Bei richtiger Anwendung ist die „Pille“ ein zuverlässiges Verhütungsmittel. Sie war jahrzehntelang das am meisten genutzte Kontrazeptivum. Doch in den letzten Jahren verhüten immer weniger Frauen mit der „Pille“, während die

Nutzung des Kondoms zunimmt. Viele Frauen, insbesondere jüngere, stehen der „Pille“ kritisch gegenüber. Nicht immer liegen dieser Haltung wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu Grunde. Falschinformationen und Mythen können sich über soziale Medien schneller verbreiten als früher. Evidenzbasierte Informationen sowie eine neutrale, ergebnisoffene Beratung und Aufklärung sind daher relevanter denn je. Auch mit Fragestellungen und Herausforderungen, die sich im Zusammenhang mit dem veränderten Verhütungsverhalten, den nicht mehr der Verschreibungspflicht unterliegenden oralen Notfallkontrazeptiva, männlicher Empfängnisverhütung und dem Wandel der Informationssuche durch soziale Medien ergeben, setzt sich die vorliegende Stellungnahme auseinander. Es wird u. a. deutlich, dass die ärztliche und schulische Aufklärung, die Stärkung der Gesundheits- und Medienkompetenz sowie die Entwicklung von Informationsangeboten, welche sowohl zielgruppengerecht als auch wissenschaftlich fundiert sind, von besonderer Bedeutung sind. Nur wenn Frauen und Männer Zugang zu verlässlichem Wissen haben sowie Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen kennen, können sie eine Verhütungsmethode auswählen, welche ihrer Lebenssituation, ihren Wünschen und ihren Bedürfnissen am besten entspricht. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Verhütung für alle Geschlechter relevant ist, für Männer aber nur wenige Verhütungsmethoden zur Verfügung stehen.

Für die konstruktiven Beiträge und Diskussionen sowie für ihr ehrenamtliches Engagement sei allen Beteiligten an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.



Dr. med. (I) Klaus Reinhardt
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages



Prof. Dr. med. Michael Hallek
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats
der Bundesärztekammer



Univ.-Prof. Dr. med. Julia Gallwas
Federführende des Arbeitskreises
„Kontrazeption – Bewertung unter
medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten“



Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel
stv. Federführender des Arbeitskreises
„Kontrazeption – Bewertung unter
medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten“

1 Einleitung

In Deutschland sind die Themen sexuelle Gesundheit und reproduktive Selbstbestimmung aktuell vermehrt in den Fokus der öffentlichen, gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskussion gerückt.

Der Begriff „sexuelle Gesundheit“ umfasst verschiedene Aspekte, die über die körperliche Gesundheit und den Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen (STI) hinausgehen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt hervor, dass sexuelle Gesundheit einen positiven und respektvollen Umgang in Bezug auf Sexualität und sexuelle Beziehungen erfordert [1]. Dazu gehört die Möglichkeit, lustvoll und sicher sexuelle Erfahrungen zu machen – ohne Zwang, Diskriminierung und Gewalt [1]. Gemäß der WHO benötigen Frauen und Männer im Interesse sexueller Gesundheit insbesondere evidenzbasierte und verständliche Informationen über Sex und Sexualität sowie Wissen über die Risiken von ungeschütztem Geschlechtsverkehr [1]. Sexuelle Selbstbestimmung ist das Recht jedes Menschen, frei und ohne Zwang über die eigene Sexualität zu entscheiden; sexuelle Selbstbestimmung umfasst u. a. die Wahl der Partnerinnen und der Partner, Praktiken und Beziehungen sowie den Schutz vor Übergriffen. In Deutschland ist sexuelle Selbstbestimmung grundsätzlich ab dem 14. Lebensjahr möglich, sofern keine Abhängigkeitsverhältnisse ausgenutzt werden. Sexuelle Handlungen gegen den erkennbaren Willen sind strafbar (siehe insbesondere § 177 StGB).

Sexuelle Gesundheit ist eng mit dem Recht auf reproduktive Selbstbestimmung verbunden, bezieht sich auf Entscheidungen über Verhütung und Familienplanung und schließt die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs ein. In Deutschland werden pro Jahr etwa 100.000 Schwangerschaftsabbrüche [2] durchgeführt, dem stehen 700.000 Lebendgeburten gegenüber [3]. Gleichzeitig werden pro Jahr ca. 900.000 abgegebene Einheiten von oralen Notfallkontrazeptiva („Pille danach“) durch öffentliche Apotheken registriert [4], und dies mit steigender Tendenz [5] (siehe Kapitel 2.1.2 Erfahrungen mit Notfallkontrazeption). Anhand der genannten Zahlen muss man davon ausgehen, dass die Entlassung der „Pille danach“ aus der Verschreibungspflicht in Deutschland seit dem 15. März 2015 mit dem Ziel, den Zugang zur Notfallverhütung zu beschleunigen, nicht zu einer signifikanten Reduktion von Schwangerschaftsabbrüchen geführt hat.

Zur Prävention ungewollter Schwangerschaften stehen verschiedene Kontrazeptiva zur Verfügung. Diese unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Anwendung, Wirksamkeit, Vorteile und Risiken (siehe Kapitel 3 Verhütungsmethoden – Überblick über gebräuchliche Methoden in Deutschland unter Berücksichtigung der medizinisch-wissenschaftlichen Evidenzlage). Ob Frauen und Männer verhüten und welche spezifischen Methoden dabei zum Einsatz kommen, untersuchen die Wiederholungsbefragungen des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIOG, ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)). Dazu gehören insbesondere die seit 1980 durchgeführte „Jugendsexualitätsstudie“ [6] und die Studie „Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher“ [7], welche Daten seit 2003 erhebt. Beide Befragungen liefern repräsentative Aussagen über das Sexual-, Kontrazeptions- und Informationsverhalten von Jugendlichen und deren Eltern sowie erwachsenen Frauen und Männern in Deutschland.

Die jüngste Erhebung der Jugendsexualitätsstudie aus 2025 zeigt, dass Jugendliche immer später sexuell aktiv sind [8, 9]. Im Jahr 2019 gaben bspw. 61 % der 18-Jährigen an, bereits heterosexuelle Erfahrungen gemacht zu haben; 2025 waren es hingegen 41 % [9]. Die meisten Jugendlichen und jungen Erwachse-

nen verhüten beim ersten heterosexuellen Sex. Nur 5 % der 14- bis 17-Jährigen sowie 6 % der 18- bis 25-Jährigen hatte nicht verhütet [8, 9]. Eine hohe Verhütungsquote von über 70 % konnte ebenfalls in anderen BIOG-Befragungen mit älteren Teilnehmenden nachgewiesen werden [10–14].

Seit ihrer Einführung in den 1960er Jahren stellte die orale hormonelle Verhütung („Pille“) jahrzehntelang die am häufigsten verwendete Verhütungsmethode dar (siehe auch Kapitel 2.1.1 Kontrazeptionsverhalten). Die Einführung hatte damals große gesellschaftliche Veränderungen im Umgang mit der Sexualität nach sich geführt – als Stichworte seien sexuelle Befreiung, Emanzipation sowie die Gleichstellung von Mann und Frau genannt. Diese gesellschaftliche Diskussion begründete einen offeneren Umgang mit Sexualität. Anstelle einer restriktiven Sexualmoral sind Information und Aufklärung in den Fokus gerückt. Die heutige gesellschaftliche Stellung der Frau wäre ohne diese bahnbrechenden Entwicklungen kaum denkbar.

Zugleich ist anzumerken, dass die Einstellung gegenüber der „Pille“ in den letzten Jahrzehnten einem Wandel unterliegt: Einerseits besteht der Wunsch nach einem zuverlässigen Verhütungsschutz, andererseits lässt sich eine wachsende Skepsis, ja sogar Ablehnung gegenüber hormonellen Verhütungsmitteln beobachten [10]. Die Gründe, die dafür genannt werden sind vielschichtig und betreffen sehr unterschiedliche Aspekte. Genannt werden Ängste vor körperlichen Nebenwirkungen, negative Auswirkungen auf die Sexualität, Sorgen um die zukünftige Fruchtbarkeit, Sorgen bezüglich der Menstruation, aber auch Veränderungen der psychischen Gesundheit oder die „Beschwörung der Natur“ [15]. Angesichts dieses Widerspruchs kann die Verhütungsberatung für Ärztinnen und Ärzte herausfordernd sein. Zudem ist zu berücksichtigen, dass – auch weil für Männer vergleichsweise wenige Verhütungsmethoden zur Verfügung stehen – Männer ihre Rolle beim Thema Verhütung nach wie vor nicht in dem von ihnen gewünschten Umfang wahrnehmen können.

Aktuell ergeben sich weitere Herausforderungen, insbesondere durch soziale Netzwerke, die umstrittene Bilder von Sexualität verbreiten, sexualisierte Gewalt verharmlosen oder verherrlichen sowie Homosexualität abwerten und Fehlinformationen in Umlauf bringen. Diese Beobachtungen zeigen, dass Information und Beratung zu Kontrazeption durch Ärztinnen und Ärzte und die Sexuaufklärung in der Schule heute in einem größeren Kontext zu betrachten sind.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen werden in dieser Stellungnahme verschiedene Aspekte der Kontrazeption sowie des Verhütungsverhaltens eingehender beleuchtet und in ihrem Zusammenhang dargestellt. Dafür werden die gängigen hormonellen und nicht-hormonellen kontrazeptiven Methoden für Frauen und Männer unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenzen zu Zuverlässigkeit, Risiken, Vorteilen und zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten analysiert. Dabei soll auch der Frage nachgegangen werden, wie in Zeiten von Social Media sexuell aktive Menschen bei ihrer Entscheidung hinsichtlich der Kontrazeption auf der Basis evidenzbasierter Informationen unterstützt werden können.

Die Stellungnahme soll in erster Linie der Information von Ärztinnen und Ärzten, aber auch der Politik und der interessierten Öffentlichkeit dienen. Sie kann Ausgangspunkt für eine wissenschaftsbasierte Diskussion sein und legt zudem Empfehlungen vor, wie eine zuverlässige Kontrazeption im Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit weiterentwickelt werden und eine qualitätsgesicherte Gesundheitskommunikation im Interesse sexueller Selbstbestimmung gelingen kann.

2 Verhütungsverhalten

2.1 Daten zur Anwendung von Verhütungsmitteln

2.1.1 Kontrazeptionsverhalten

In den letzten Jahren hat in Deutschland das Kondom die „Pille“ als wichtigste Verhütungsmethode sowohl bei Jugendlichen als auch Erwachsenen abgelöst. Aktuell geben 76 % der Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren an, beim ersten Sex ein Kondom genutzt zu haben. Die „Pille“ wird von 34 % der jungen Menschen genutzt [8, 9]. Die Daten legen auch nahe, dass mit zunehmender sexueller Erfahrung die „Pille“ häufiger genutzt wird und die Anwendung bei Jugendlichen auf 50 % steigt [8, 9]. Laut Daten der zuletzt durchgeführten Erhebungswelle der BIÖG-Studie „Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher 2024“ verhüten 51 % der Paare im Alter von 18 bis 49 Jahren mit einem Kondom und 31 % mit der „Pille“ [10]. Dieser Trend zeichnete sich bereits in vorangegangenen Erhebungszeitpunkten ab: Innerhalb dieser Wiederholungsbefragung haben sich die Linien für „Pille“ und Kondom bereits 2018 überkreuzt [10]. Weitere Studien zeigten dies ebenfalls: In der Studie „Thinking About Needs in Contraception“ (TANCO), in der 2015 über 18.000 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren zu ihrem Verhütungsverhalten und Wissen zu Verhütung befragt wurden, verhüteten 56 % der Teilnehmerinnen mit der „Pille“ und 12 % mit dem Kondom, letzteres lag 2015 bereits an zweiter Stelle [16, 17]. Die Contraceptive Counselling-Studie (CoCo-Studie) von 2019, also nur 4 Jahre später, befragte fast 3.000 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren zur Verhütungsberatung. Hier gaben die Befragten eine Pillennutzung mit 41 % und mit 17 % das Kondom als alleiniges Verhütungsmittel an [18]. Somit war eine Veränderung beim Gebrauch dieser Kontrazeptiva bereits erkennbar. Dies konnte auch für Jugendliche gezeigt werden [17, 18].

In Bezug auf die Anwendung anderer Verhütungsmethoden zeigen Daten des BIÖG auf, dass 2024 15 % der erwachsenen Befragten, die verhüten, ein Intrauterinpressar (Spirale) nutzten (8 % Hormonspirale, 7 % kupferhaltige Spiralen), 2018 waren es 10 % [10]. Die Vasektomie des Mannes sowie die Nutzung zyklusbasierter Methoden wurden von jeweils 6 % der Befragten als Verhütungsmethode angegeben. In den Erhebungsjahren zuvor kamen Methoden der natürlichen Familienplanung, z. B. Temperaturmessen, Kalendermethode oder Zervixschleimbeobachtung, bei nicht mehr als 4 % der befragten Paare zum Einsatz [10, 19]. 3 % der Verhütenden gaben 2024 die Sterilisation der Frau als Verhütungsmethode an [10]. Alle weiteren Verhütungsmethoden, wie Verhütungsring, spielten im Jahr 2024 für 18- bis 49-Jährige mit maximal 1 % eine untergeordnete Rolle [10].

Nachdem die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in den letzten Jahren rückläufig war, lässt sich seit 2022 eine Zunahme beobachten [2]. Ob ein direkter Zusammenhang zwischen Veränderungen der Verhütungsgewohnheiten und steigender Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen vorliegt, ist bisher nicht systematisch untersucht. Vor diesem Hintergrund sollten beide Entwicklungen ernst genommen, reevaluiert und hinterfragt werden.

2.1.1.1 Wahl der Verhütungsmethode: Ansprüche und Kriterien

Die Verhütungssicherheit ist auch der wichtigste Anspruch an eine Verhütungsmethode [16]. Während der Wunsch nach einer geringen Hormondosis bzw. nach Östrogenfreiheit in der TANCO-Studie von 2015 noch eine geringe Bedeutung hatte, wird in neueren Erhebungen das Kriterium „keine oder wenige Hormone“ als zweithäufigstes genannt. Als weitere Aspekte, werden keine Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und weniger schmerzhafte Blutungen angeführt [16–18].

Den Daten des BIÖG zufolge, bestimmten im Jahr 2024 neben einem zuverlässigen Verhütungsschutz (37 %) auch eine einfache und praktische Anwendung (25 %) und eine gute Verträglichkeit (26 %) bei Erwachsenen und Jugendlichen die Wahl des Verhütungsmittels [10]. Außerdem beeinflusst die ärztliche Empfehlung bei 12 % der Befragten die Entscheidung. Ein zusätzlicher Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) ist für 8 % der Männer und 6 % der Frauen wichtig [10]. Die Kosten für ein Verhütungsmittel sind nur für 9 % der 18- bis 49-Jährigen ein Entscheidungsfaktor [10]. Allerdings übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel für weibliche Versicherte bis zum 22. Lebensjahr [20]. Dennoch hat der Preis für verhütende Frauen (22 %) eine größere Bedeutung als für Männer (9 %) [10].

In den letzten Jahren ist eine zunehmend ablehnende Haltung gegenüber hormonellen Verhütungsmethoden zu beobachten. Bereits in der BIÖG-Studie „Jugendsexualität 9. Welle“ aus dem Jahr 2019 wurde deutlich: Ein Drittel der sexuell aktiven Mädchen unter 18 Jahren (33 %) gab an, dass sie der Aussage „Verhütung mit der Pille oder Hormonen in anderer Form hat negative Auswirkungen auf Körper und Seele“ zustimmen [21]. Diese Skepsis gegenüber hormonellen Verhütungsmitteln setzt sich in der 10. Befragungswelle 2025 unter Jugendlichen fort [8]. Ähnliche Ergebnisse liefert auch die BIÖG-Erhebung unter Erwachsenen zwischen 18 bis 49 Jahren [19]. Im Vergleich zu 2018, als nur 48 % der sexuell aktiven Befragten negative körperliche und seelische Begleiterscheinungen hormoneller Kontrazeptiva sahen, stimmten 2023 61 % der Äußerung über negative Auswirkungen zu.

Andere Begründungen für den Wunsch nach Hormonfreiheit sind eher emotionaler Natur. Es werden die Sorge vor Stimmungsschwankungen angegeben, der „Wunsch den eigenen Körper zu spüren“ sowie die eher unbestimmt wirkende Sorge vor einem negativen Einfluss der Hormone auf die Libido. Die objektivierbaren Themen Krebs- bzw. Thromboserisiko haben dagegen eine vergleichsweise geringe Bedeutung [16, 18].

Ein weiterer Grund für die ablehnende Haltung gegenüber hormoneller Kontrazeption (sog. Pillenmüdigkeit) kann durch mangelnde Aufklärung und Wissen über unterschiedliche Verhütungsmethoden [16, 17], durch Fehlinformationen zu Nebenwirkungen [18] und durch unzureichende Beratung und Einbeziehung der Anwenderin bei der Verordnung in der gynäkologischen Praxis anzunehmen sein [18].

2.1.2 Erfahrungen mit Notfallkontrazeption

Seit dem 15. März 2015 sind orale Notfallkontrazeptiva („Pille danach“) rezeptfrei in der Apotheke erhältlich [22]. Gesetzlich vorgeschrieben ist ein Beratungsgespräch mit dem pharmazeutischen Personal, u. a. um die Eignung der oralen Notfallkontrazeption zu klären und Fragen zu beantworten. Gemäß den Handlungsempfehlungen der Bundesapothekerkammer (BAK) sollte sich die Frau „bei weitergehenden Fragen, bei bestehender Unsicherheit über die Eigendiagnose oder Angemessenheit der Selbstbehandlung als auch bei über die Arzneimittelabgabe hinausgehenden Fragen (beispielsweise zur Kupferspirale, Kontrazeption, Sexualität oder sexuell übertragbaren Krankheiten) [...] durch einen Arzt/eine Ärztin bzw. einen Gynäkologen/eine Gynäkologin beraten lassen“ [23]. Seit Beginn der Freigabe der „Pille danach“ im Jahr 2015 ist der Absatz von Notfallkontrazeptiva in öffentlichen Apotheken zunächst auf 662.000 Packungen gestiegen [24]. Im Jahr 2024 wurden 895.000 Packungen abgege-

ben [4]. Die Einführung der Rezeptfreiheit der Notfallverhütung ging mit der Hoffnung einher, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren. Allerdings steigt in Deutschland die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche aktuell an [2], während parallel eine hohe Abgabehäufigkeit der „Pille danach“ dokumentiert ist (siehe auch Kapitel 1 Einleitung).

Notfallkontrazeptiva können bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr, bei vergessener Einnahme der „Pille“ oder bei Verhütungspannen zur Verhinderung einer ungewollten Schwangerschaft eingesetzt werden. Zur „Pille danach“ zählen Levonorgestrel (LNG), ein synthetisches Gestagen, und Ulipristalacetat (UPA), ein selektiver Progesteron-Rezeptormodulator. Daneben gehört das Kupfer-Intrauterinpressar (Cu-IUP) (modellabhängig) zur Notfallkontrazeption. Dieses muss jedoch von einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen eingesetzt werden. Zur Anwendungshäufigkeit von Cu-IUP zur Notfallkontrazeption liegen keine Daten vor.

In der BIÖG-Befragung zum Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher von 2024 berichteten 30 % der sexuell aktiven Frauen und Männer im Alter von 18 bis 49 Jahren, dass sie selbst oder ihre Partnerin bereits die „Pille danach“ genommen haben [10]. Davon gaben 58 % an, die „Pille danach“ lediglich einmal genutzt zu haben, 27 % zweimal, 9 % dreimal und 6 % mehr als dreimal [10]. Darüber hinaus geht aus den Ergebnissen hervor, dass Befragte mit einem höheren Bildungsniveau häufiger ein orales Notfallkontrazeptivum anwenden [10, 25].

Laut der Jugendsexualitätsstudie des BIÖG aus dem Jahr 2025 wissen 98 % der sexuell aktiven 14- bis 25-jährigen Mädchen und Frauen um die Möglichkeit der Notfallverhütung [8]. 29 % der sexuell erfahrenen Mädchen haben schon Gebrauch von der „Pille danach“ gemacht [8]. Weitere Details dazu liefert die Vorgängerstudie aus dem Jahr 2019 [26]. Unterschiede zeigten sich hier in Abhängigkeit von der Migrationsgeschichte: Demnach kennen unter den sexuell unerfahren jungen Frauen 81 % ohne Migrationsgeschichte und 68 % mit Migrationsgeschichte die „Pille danach“ [26]. Aber nur 67 % der sexuell erfahrenen und 61 % der sexuell unerfahrenen Mädchen und jungen Frauen ist die Möglichkeit der Rezeptfreiheit bekannt. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Mädchen, die bereits in einer gynäkologischen Praxis waren, zu 93 % über die Möglichkeit der Notfallverhütung informiert sind, im Vergleich zu 66 % derjenigen, die noch keine gynäkologische Praxis aufgesucht haben [26]. Dies zeigt, welcher Stellenwert der Beratung durch die Frauenärztin oder den Frauenarzt rund um die Kontrazeption für eine effiziente Aufklärung und Vermittlung von relevantem Wissen zukommt.

2.2 Männer und Verhütung

Frauen können zur Verhütung einer Schwangerschaft auf zahlreiche Methoden zurückgreifen. Männern hingegen stehen bisher das Kondom und die Vasektomie zur Verfügung.

In Deutschland ist das Kondom das meistgenutzte Verhütungsmittel [8, 10] (siehe auch Kapitel 2.1.1 Kontrazeptionsverhalten). Wenn es richtig angewendet wird, kann es zuverlässig vor einer Schwangerschaft und vor STI schützen [27] (siehe auch Kapitel 3.2.1.1 Kondom für den Mann).

Die effektivste Methode der Verhütung für Männer stellte die Vasektomie dar, die durch einen operativen Eingriff erfolgt [27] (siehe auch Kapitel 3.2.5.2 Vasektomie). Sie wird im europäischen Vergleich in Deutschland eher wenig genutzt. Weltweit verlassen sich nur rund 2,8 - 3 % der Männer auf die Vasektomie zur Verhütung [28, 29]. Da die Kosten einer Vasektomie in

Deutschland nicht von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden, liegen keine abrechnungsbezogenen Krankenkassendaten zur Häufigkeit vor. In einer bayerischen populationsbasierten prospektiven Studie zum Prostatakrebscreening waren von 5.425 Männern (mittleren Alters $50,6 \pm 0,8$ Jahre) insgesamt 12,5 % vasektomiert [30]. In einer deutschlandweiten BIÖG-Befragung unter 18- bis 49-Jährigen lag die Häufigkeit der Vasektomie mit 6 % deutlich niedriger [10]. Aktuelle französische Studien konnten jeweils in einem 8- und 12-Jahreszeitraum eine signifikante Zunahme des ambulanten Eingriffs um das 8- bis 15-fache zeigen [31, 32]. Neben den selbst zu tragenden Kosten und potenziellen Risiken des operativen Eingriffs kann die Annahme, dass eine Vasektomie nicht reversibel ist, für Männer eine mögliche Hürde sein, sich für diese Form der Verhütung zu entscheiden. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Vasektomie in der ärztlichen Aufklärung häufig als dauerhaft dargestellt wird.

Die gesellschaftliche Entwicklung im Hinblick auf Geschlechtergerechtigkeit berührt auch die gemeinsame Verantwortung für die Verhütung. Seit über 4 Jahrzehnten wird weltweit, auch unter Beteiligung der WHO, an der hormonellen Verhütung auf Seiten des Mannes gearbeitet. Eine repräsentative nationale Umfrage in den USA zur Familienplanung zwischen 2015 und 2017 zeigte, dass mindestens 13 % der Männer bereit wären, neue männliche Kontrazeptiva einzusetzen [33]. Dies bestätigt sich in einem aktuellen Review, das mehr als 30 Studien zusammenfasst und zeigt, dass sowohl Männer als auch Frauen bereit sind, neue männliche Kontrazeptionsmethoden anzuwenden [34]. Vielversprechende Ansätze zur hormonellen Kontrazeption beim Mann stagnieren, seitdem eine weltweite Studie an Paaren vorzeitig aufgrund von Nebenwirkungen beim Mann beendet werden musste [35]. Dieser Rückschritt für das Arbeitsgebiet scheint aktuell allerdings wieder überwunden zu sein, da neue Ansätze in den USA zur hormonellen Kontrazeption mit Kombinations-Gel-Präparaten in der Entwicklung sind [36, 37]. Darüber hinaus bestehen ernsthafte Bemühungen, die Hürden für die Zulassungsverfahren für männliche Kontrazeptiva zu reduzieren. So plant die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) noch im Jahr 2026 neue Richtlinien zu entwickeln, welche die Zulassung von männlichen Kontrazeptiva ermöglichen [38].

Jenseits dieser wissenschaftlich gut begleiteten Optionen ist in den europäischen Nachbarländern eine Zunahme von Verhütungsmaßnahmen auf thermischer Basis (Erwärmung der Hoden) zu verzeichnen, die wissenschaftlich nur wenig bis gar nicht geprüft sind, so dass keine Aussagen zur Sicherheit und Reversibilität gemacht werden können [39, 40]. Diese Versuche ungeprüfter Verhütungsmöglichkeiten spiegeln die Notwendigkeit der Intensivierung zur Aufklärung, aber insbesondere auch zur Erforschung hormoneller und nicht-hormoneller Verhütungsmethoden auf männlicher Seite wider.

3 Verhütungsmethoden – Überblick über gebräuchliche Methoden in Deutschland unter Berücksichtigung der medizinisch-wissenschaftlichen Evidenzlage

3.1 Hormonelle Verhütungsmethoden

3.1.1 Zuverlässigkeit

Hormonelle Kontrazeptiva gehören zu den zuverlässigsten reversiblen kontrazeptiven Methoden. Aus medizinisch-wissenschaftlicher Perspektive ist bei dem Thema „Verhütungssicherheit“ zu differenzieren zwischen der Methodensicherheit und

Gebrauchssicherheit. Methodensicherheit (auch angegeben als Pearl-Index) beschreibt dabei die in klinischen Studien erhobene Effektivität bei korrekter Anwendung einer Verhütungsmethode, die Gebrauchssicherheit die in der praktischen Anwendung erhobene Effektivität einschließlich der bei der Anwendung erhobenen Fehler.

Die kontrazeptive Effektivität hängt wesentlich von der Art des Präparats und der Anwender-Compliance ab. Jüngere Frauen (<21 Jahre) haben ein erhöhtes Risiko für eine Schwangerschaft bei Anwendung von kurz wirksamen hormonellen Methoden [41, 42]. Bei perfekter Anwendung (z. B. tägliche Einnahme der kombinierten oralen Kontrazeptiva 24 + 12 Stunden), korrekte Anwendung von Pflaster (1x wöchentlich, trockene Haut) oder Vaginalring (1x monatlich über 21 Tage) liegt die Anwendungssicherheit bei etwa 0,3 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr [43]. Im typischen Gebrauch, also unter Berücksichtigung von Anwendungsfehlern, sinkt die Anwendungssicherheit auf 6 - 7 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr für kombinierte orale Kontrazeptiva, Pflaster und Vaginalring [41–43]. Die Effektivität von Gestagenmonopräparaten wie Gestagenmonopille (korrekte Einnahme alle 24 Stunden) und Depot-Injektion liegt im Bereich von 2 - 6 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr bei typischer Anwendung [42, 43]. Die American Academy of Pediatrics gibt für die „typische Anwendung“ oraler Verhütungsmittel, Pflaster und Ring eine Anwendungssicherheit von 7 pro 100 Frauen pro Jahr an, während langwirksame reversible Methoden wie das Implantat oder das Levonorgestrel-haltige Intrauterinsystem (IUS) deutlich effektiver sind (0,3 - 0,4 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr) [43, 44].

3.1.2 Wirkungsweise

3.1.2.1 Kombinierte orale Kontrazeptiva

Die Wirkungsweise der kombinierten oralen Kontrazeptiva („combined oral contraceptives“, COC), der hormonellen vaginalen Kontrazeptiva (vaginaler Ring) sowie der hormonellen transdermalen Kontrazeptiva (kontrazeptive Pflaster) beruht auf mehreren synergistischen Mechanismen:

- **Ovulationshemmung:** Gestagene unterdrücken die Freisetzung der Gonadotropine, so dass es zur Hemmung des präovulatorischen LH-Gipfels und der Ovulation kommt [42, 45–47]. Östrogene hemmen das Follikelstimulierende Hormon (FSH) und damit die Selektion und Reifung des dominanten Follikels [48] und bei höheren Dosen auch das Luteinisierende Hormon (LH) [49].
- **Veränderung des Zervixschleims:** Gestagene führen zu einer Verdickung des Zervixschleims, wodurch die Penetration von Spermien im Genitaltrakt eingeschränkt wird [42, 45, 46, 50].
- **Beeinflussung des Endometriums:** Gestagene führen zu einer Transformation des Endometriums und reduzieren dadurch die Rezeptivität für eine Implantation. [42, 45, 46, 50].
- **Zusatzwirkung von Östrogenen:** In kombinierten Präparaten stabilisieren Östrogene den Zyklus, beeinträchtigen die Follikelreifung und reduzieren Durchbruchblutungen durch Aufrechterhaltung der minimalen endometrialen Proliferation [42, 46].

3.1.2.2 Gestagene Kontrazeptiva

Zu den gestagenen Kontrazeptiva gehören Gestagenmonopille mit Ovulationshemmdosis, Implantat, Depotspritze mit Medroxyprogesteronacetat und Norethisteronacetat. Die Wirkungsweise beruht auf:

- **Ovulationshemmung:** Gestagene unterdrücken die Freisetzung der Gonadotropine, so dass es zur Hemmung des präovulatorischen LH-Gipfels und der Ovulation kommt [42, 45–47].
- **Veränderung des Zervixschleims:** Gestagene führen zu einer Verdickung des Zervixschleims, wodurch die Penetration von Spermien im Genitaltrakt eingeschränkt wird [42, 45, 46, 50].
- **Beeinflussung des Endometriums:** Gestagene bewirken eine Transformation des Endometriums und reduzieren somit die Rezeptivität für eine Implantation [42, 45, 46, 50].

3.1.2.3 Levonorgestrel-haltige Intrauterinsysteme

Die Wirkungsweise der Levonorgestrel-haltigen Intrauterinsysteme (LNG-IUS) beruht neben der mechanischen Komponente auf:

- **Beeinflussung des Endometriums** (Atrophie der endometrialen Drüsen, Transformation des Endometriums) [51]
- **Veränderungen des Zervixschleims und Verringerung der Spermienmotilität** [52]

Ovulationen finden bei den meisten Anwenderinnen weiterhin statt. In Studien wurde jedoch auch eine Ovulationsblockade im ersten Jahr nach dem Einsetzen beobachtet [53, 54].

3.1.3 Anwendungsformen der hormonellen Kontrazeption

Die wichtigsten Anwendungsformen hormoneller Kontrazeptiva sind:

- **Orale Kontrazeptiva:** Tägliche Einnahme von kombiniertem Östrogen/Gestagen – 21 Tage Dauer/7 Tage Pause = 21/7 oder 24 Tage Verum/4 Tage Placebo = 24/4 oder 28 Tage Verum oder reinen Gestagen-Pillen 28 Tage = 28 [42, 55, 56]. Die COC sind als a) Einphasen-Mikropillen b) Zweistufen-Präparate c) Dreistufen-Präparate und d) Vierstufen-Präparate auf dem Markt.
- **Vaginalring:** Monatliche Anwendung eines Rings (21/7), der lokal Östrogen und Gestagen abgibt [42, 55, 56].
- **Transdermales Pflaster:** Wöchentliche Anwendung eines Pflasters (21/7), das Östrogen und Gestagen freisetzt [42, 55, 56].
- **Injektionen:** Depot-Medroxyprogesteronacetat (DMPA, 105 mg und 150 mg) oder 200 mg Norethisteronacetat als intramuskuläre oder subkutane Injektion alle 12 - 14 Wochen [42, 55].
- **Subdermales Implantat:** Langwirksames Gestagen-Implantat (z. B. Etonogestrel), Anwendungsdauer 3 Jahre. Studien zeigen eine Wirksamkeit bis zu 5 Jahre [55, 57, 58].
- **Levonorgestrel-haltige Intrauterinsysteme (LNG-IUS):** Kontinuierliche Gestagenfreisetzung (Levonorgestrel) über mehrere Jahre [55, 57, 58]. Es handelt sich um Systeme mit 13,5 mg bis 19,5 mg für 3 Jahre und 52 mg für 5 Jahre Levonorgestrel/Spirale [59]. Studien haben gezeigt, dass bei verlängerter Anwendung (6 - 8 Jahre) des 52 mg IUS die Schwangerschaftsrate weiterhin sehr niedrig bleibt [60, 61].

Alle genannten Formen sind reversibel und unterscheiden sich hinsichtlich Wirksamkeit, Nebenwirkungsprofil und Anwenderfreundlichkeit. Die Wahl der Anwendungsform sollte individuell nach medizinischer Indikation und Patientenpräferenz erfolgen.

3.1.4 Risiken der hormonellen Kontrazeption

Die Risiken hormoneller Kontrazeptiva sind abhängig von Dosis und Präparat. Bei kombinierten hormonellen Kontrazeptiva

(Östrogen + Gestagen) steht das erhöhte Risiko für venöse Thromboembolien (VTE) im Vordergrund. Die Inzidenz von VTE steigt von etwa 5 pro 10.000 Frauenjahre um den Faktor 2 - 4 unter Anwendung kombinierter hormoneller Präparate, wobei das Risiko für solche Ereignisse in der Schwangerschaft und im Wochenbett deutlich höher ist [42, 62, 63]. Das Risiko für arterielle Ereignisse wie ischämischer Schlaganfall und Myokardinfarkt ist ebenfalls erhöht, insbesondere bei Frauen mit zusätzlichen Risikofaktoren (Alter >35, Rauchen, Adipositas, Migräne) [62, 64, 65]. Gestagenmonopräparate (Minipille, Implantat, IUS) haben kein erhöhtes Thromboserisiko, mit Ausnahme von Depot-Medroxyprogesteronacetat [62, 66].

Ein geringfügig erhöhtes Risiko für Brustkrebs besteht bei aktueller oder kürzlicher Anwendung sowohl von kombinierten als auch von Gestagenmonopräparaten (Odds Ratio ca. 1,2 - 1,3), wobei das absolute Risiko altersabhängig ist und nach Absetzen wieder auf das Ausgangsniveau sinkt [63, 67]. Das Zervixkarzinomrisiko ist bei HPV-positiven Frauen unter kombinierter hormoneller Kontrazeption ebenfalls leicht erhöht, insbesondere bei längerer Anwendung (>5 Jahre), und normalisiert sich nach Absetzen [63, 68].

Depot-Medroxyprogesteronacetat kann zu Knochendichteverlust führen, der nach Absetzen reversibel ist; die klinische Relevanz für ein Frakturrisiko im späteren Leben ist unklar [69]. Dennoch sollte der Einsatz nach 2 Jahren kritisch reevaluiert werden [70].

Kohortenstudien konnten eine Assoziation zwischen Anwendung hormoneller Kontrazeptiva und depressiver Verstimmung und auch Suizidrisiko beobachten, wobei die Evidenz hierzu limitiert ist [63, 71, 72].

Die Nutzen-Risiko-Abwägung sollte individuell erfolgen, insbesondere bei Frauen mit kardiovaskulären Risikofaktoren oder familiärer Belastung für Thrombosen oder Karzinome.

3.1.5 Weitere Effekte der hormonellen Kontrazeption

Zusätzlich zu ihrer kontrazeptiven Wirkung bieten hormonelle Kontrazeptiva zahlreiche Zusatznutzen.

Sie regulieren den Zyklus, reduzieren die Menstruationsstärke und -schmerzen, was insbesondere bei Patientinnen mit Menorrhagie, Dysmenorrhoe oder Endometriose klinisch relevant ist [42, 73–76]. Das LNG-IUS schützt zusätzlich vor Endometriumhyperplasien [63, 75].

Ein weiterer Vorteil ist die signifikante Senkung des Risikos für Endometrium- und Ovarialkarzinome [77], wobei dieser protektive Effekt mit der Dauer der Anwendung zunimmt und nach Absetzen über Jahre persistiert [69, 75, 78]. Davon profitieren u. a. auch Patientinnen mit der Diagnose eines polyzystischen Ovarsyndroms (PCOS).

Auch das Risiko für kolorektale Karzinome ist reduziert [63, 75].

Hormonelle Kontrazeptiva können abhängig von dem verwendeten Präparat und dessen Zusammensetzung neben ihrer verhütenden Wirkung zusätzliche therapeutische Effekte aufweisen. Hierzu zählen z. B. die Verbesserung androgenisierungsbedingter Symptome wie Akne und Hirsutismus sowie Linderung von Beschwerden des prämenstruellen Syndroms (PMS) und der prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS). Auch der Einfluss auf menstruationsassoziierte Kopfschmerzen kann je nach Präparat und individueller Situation günstig sein [42, 74, 79]. Die nicht kontrazeptiven Wirkungen hormoneller Kontrazeptiva gehen über die hier dargestellten Aspekte hinaus und werden daher nicht vertieft besprochen.

3.2 Nicht-hormonelle kontrazeptive Methoden

Nicht-hormonelle Methoden wirken entweder durch physikalische Barrieren, chemische Wirkstoffe oder Verhaltensmethoden oder werden durch operative Maßnahmen induziert. Die Effektivität der nicht-hormonellen Methoden variiert stark. Methoden, die unabhängig von der konsistenten und korrekten Anwendung sind (z. B. Intrauterinpeessar, IUP; Tubensterilisation/Vasektomie) verfügen dabei über eine sehr hohe Effektivität [80–82].

3.2.1 Barrieremethoden

Zu den Barrieremethoden gehören das Kondom für den Mann und die Frau, das Diaphragma und die Portiokappe. Diese verhindern mechanisch das Eindringen von Spermien in den oberen Genitaltrakt.

3.2.1.1 Kondom für den Mann

Die kontrazeptive Effektivität der Kondome ist stark von der Anwendung abhängig. Während bei perfekter Anwendung nur etwa 2 Schwangerschaften pro 100 Frauen im ersten Jahr auftreten, sind es bei typischer Anwendung im Alltag mit Anwendungsfehlern rund 13 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr [81, 83]. Die richtige Größe spielt für die Sicherheit eine zentrale Rolle. Beim Kauf sollte auf die passende Größe, das CE-Prüfzeichen und das Haltbarkeitsdatum geachtet werden. Kondome müssen sachgerecht gelagert werden – Hitze, direkte Sonneneinstrahlung und Reibung, etwa in der Hosentasche, können das Material schädigen. Ein Nachteil ist die mögliche Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens [84]. Vorteile der Kondome sind, dass sie preisgünstig und einfach erhältlich sind sowie das Risiko für die Übertragung sexuell übertragbarer Erkrankungen reduzieren [85].

Wenn Kondome sachgerecht und konsequent angewendet werden, können sie das Risiko für die Übertragung von Infektionen wie mit dem Humanen Immundefizienzvirus (HIV), Hepatitis-B-Virus (HBV), Humanen Papillomvirus (HPV) und Syphilis sowie weitere Infektionen, die das HIV-Risiko erhöhen – z. B. Genitalherpes oder Ulcus molle durch *Haemophilus ducreyi* – reduzieren [86, 87]. Der Gebrauch von Kondomen kann in heterosexuellen HIV-serodiskordanten Partnerschaften das HIV-Infektionsrisiko der HIV-negativen Person um etwa 70 - 80 % im Vergleich zu fehlender Kondomnutzung reduzieren [85, 88, 89]. Trotz Kondomnutzung kann es infolge inkonsequenter oder fehlerhafter Gebrauchs oder einem Materialfehler zur Übertragung sexuell übertragbarer Infektionen kommen [90].

Darüber hinaus gibt es keine gesicherten Belege für einen Nutzen einer zusätzlichen Spermizidbeschichtung, dafür aber Hinweise auf reaktive vaginale Veränderungen bei Nonoxynol-9 Beschichtung mit erhöhten Raten an weiblichen Harnwegsinfekten und erhöhtem Übertragungsrisiko für sexuell übertragbare Infektionen. Daher werden Kondome ohne Beschichtung zum Einsatz empfohlen [27].

3.2.1.2 Kondom für die Frau

Das Frauenkondom stellt – neben dem Kondom für Männer – das einzige Verhütungsmittel dar, welches das Risiko der Übertragung sexuell übertragbarer Infektionen reduziert [91, 92]. Das Frauenkondom ist ein Einmalprodukt und darf nicht gleichzeitig mit einem Männerkondom genutzt werden, da dies das Risiko eines Reißens deutlich erhöht. Es kann bis zu 8 Stunden vor dem Geschlechtsverkehr eingeführt werden; hierfür ist jedoch etwas Übung erforderlich. Aufgrund der anspruchsvolleren

Handhabung liegt die Gebrauchssicherheit bei typischer Anwendung bei etwa 21 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr [80, 81].

3.2.1.3 Diaphragma und Portiokappe

Beide Methoden wirken, indem sie zusammen mit einem spermiziden oder motilitätshemmenden Gel (meist auf Milchsäurebasis) eine mechanisch-chemische Barriere vor dem Muttermund bilden und damit verhindern, dass Spermien in die Zervix eindringen. Die korrekte Größe beider Barrieremethoden ist entscheidend: Ein passendes Diaphragma sitzt sicher in der retropubischen Nische, ohne Beschwerden zu verursachen oder bei Bewegung zu verrutschen. Eine korrekt angepasste Portiokappe umschließt die Zervix und hält durch Unterdruck. Das Diaphragma sollte nach dem Geschlechtsverkehr mindestens 6 bis höchstens 24 Stunden, die Portiokappe bis zu 48 Stunden in der Vagina verbleiben [93]. Daten zum Einfluss auf das sexuelle Empfinden liegen bislang nicht vor. Voraussetzung für die Anwendung ist die Bereitschaft und Fähigkeit, die eigene Zervix zu ertasten und eine vaginale Selbstuntersuchung durchzuführen. Der Vorteil dieser Methoden besteht darin, dass sie nur bei Bedarf – also im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr – angewendet werden. Beide sind hormon- und latexfrei und relativ kostengünstig. Ein häufiger Nachteil liegt in der fehlerhaften Anpassung, insbesondere des Diaphragmas. Daher wird empfohlen, die Anpassung durch geschultes Fachpersonal durchführen zu lassen [81]. Die Portiokappe weist nach vaginalen Geburten eine erhöhte Versagerrate auf, da durch die veränderte Form der Zervix der erforderliche Sog schlechter entsteht und sie häufiger verrutscht – ein Problem, das bis zu 30 % der Anwenderinnen betrifft. In der kontrazeptiven Wirksamkeit schneidet das Diaphragma mit einer typischen Anwendungssicherheit von 17 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr besser ab als die Portiokappe mit etwa 22 - 23 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr [43, 81, 94]. Beide Methoden schützen jedoch nicht vor sexuell übertragbaren Erkrankungen.

3.2.2 Natürliche Familienplanung

Bei der natürlichen Familienplanung werden körpereigene, hormonabhängige Vorgänge beobachtet oder gemessen, um eine Schwangerschaft gezielt zu vermeiden oder herbeizuführen. Dabei bleibt der natürliche Zyklus unverändert. Durch die Auswertung der Basaltemperatur, der Beschaffenheit des Zervixschleims oder der Kombination beider Merkmale lässt sich das fruchtbare Zeitfenster bestimmen. Es existieren verschiedene Verfahren mit unterschiedlicher Zuverlässigkeit und Anwendungssicherheit. Die Beobachtung des Zervixschleims, bekannt als Billings-Methode, stellt eine sogenannte Einzeilmethode dar und gilt als vergleichsweise unsicher. Ebenfalls eine wenig verlässliche Methode ist die Standard Days Method (Kalendermethode), bei der an bestimmten, berechneten Zyklostagen auf ungeschützten Geschlechtsverkehr verzichtet wird.

Während die Anwendungssicherheit bei Einzeilmethoden wie der Billings-Methode bei 23 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr liegt, kann im Rahmen der sympto-thermalen Methode (Mehrzeichenmethode, d. h. Beobachtung von zwei oder mehreren Körperzeichen) eine Anwendungssicherheit von 2 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr beobachtet werden [43, 81]. Bei der sympto-thermalen Methode wird das fruchtbare Zeitfenster anhand mehrerer Körperzeichen bestimmt, darunter Basaltemperatur, Zervixschleim, Veränderungen am Muttermund, Mittelschmerz, Brustsymptomen und dem indivi-

duellen Blutungsmuster [95]. Die Aufklärung und Schulung erfolgen durch speziell ausgebildete Beratende mit zertifizierter, standardisierter Ausbildung und regelmäßigen Fortbildungen. Diese Methode trägt neben der Verhütung auch dazu bei, das Körperbewusstsein zu stärken und die gemeinsame Verantwortung beider Partner für die Familienplanung zu fördern. Voraussetzung für eine verlässliche Anwendung ist jedoch, dass die Methode sorgfältig erlernt und konsequent durchgeführt wird. Eine hohe Compliance, regelmäßige Menstruationszyklen und ein strukturierter Lebensrhythmus sind dabei besonders wichtig.

Methoden der natürlichen Familienplanung können in bestimmten Lebensphasen oder bei medizinischen Voraussetzungen eingeschränkt oder erschwert sein. In der Stillzeit, in der Zeit nach der Geburt sowie in der Perimenopause kann der Zyklus unregelmäßig verlaufen und dadurch an Verlässlichkeit verlieren [96]. Ebenso ist die Anwendung bei hormonellen Störungen nur eingeschränkt möglich, da die Zyklusparameter nicht zuverlässig erfasst werden können [97]. Operative Eingriffe an der Zervix, etwa eine Konisation, können zusätzlich die Beschaffenheit des Zervixschleims verändern und die Beurteilung erschweren [81].

Als Verhütungsmethode kann auch die Laktationsamenorrhoe angewandt werden. Allerdings sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein, um eine gute kontrazeptive Effektivität zu erreichen: Amenorrhoe, volles Stillen ohne Zufüttern mit Intervallen zwischen 4 und 6 Stunden, und die stillenden Frauen sind weniger als 6 Monate postpartal [81]. Sind diese Kriterien erfüllt, kann eine Anwendungssicherheit von bis zu 2,45 Schwangerschaften von 100 Frauen pro Jahr erreicht werden [98].

3.2.2.1 Exkurs: Zyklus Apps

Prognose-Apps berechnen das fruchtbare Zeitfenster mithilfe von Algorithmen, die auf den Durchschnittswerten vorheriger Zyklen basieren. Bei unregelmäßigen Zyklen ist diese Berechnung jedoch unzuverlässig [99]. Selbst wenn einige Apps zusätzliche Zyklusparameter wie die Basaltemperatur einbeziehen, sind die Messverfahren nicht standardisiert und methodisch fehleranfällig. Bislang sind Zyklus-Apps weder zur Empfängnisverhütung zugelassen noch medizinisch zertifiziert. Daher können Zyklus-Apps derzeit nicht als sichere Methode der Kontrazeption empfohlen werden [81]. Darüber hinaus gibt es weitere digitale Systeme und Messverfahren, die zusätzliche Parameter erfassen, etwa die periphere Körpertemperatur über Armbänder oder Fingerringe, die nächtliche Pulsfrequenz, den CO₂-Gehalt der Atemluft, Hormonkonzentrationen oder elektrische Widerstände sowie Kristallisationsmuster im Speichel. Diese Technologien befinden sich jedoch noch in der Entwicklungsphase und belastbare Studien zur kontrazeptiven Wirksamkeit liegen bislang nicht vor. Aus diesem Grund gelten sie derzeit als experimentell und sind zur sicheren Verhütung noch nicht geeignet [81].

3.2.3 Coitus interruptus

Der Coitus interruptus bezeichnet das rechtzeitige Zurückziehen des Penis aus der Vagina, bevor die Ejakulation erfolgt, sodass diese außerhalb der Vagina beziehungsweise des Introitus stattfindet. Gemäß den Ergebnissen der Studie „frauen leben 4“, welche 20- bis 44-jährige Frauen aus vier Bundesländern eingeschlossen hat, verhüten zwischen 5 % und 7 % der Teilnehmerinnen per Coitus interruptus [11–14]. Im Jahr 2025 haben sich 3 % der 14- bis 17-Jährigen und 3 % der 18- bis 25-Jährigen beim ersten heterosexuellen Sex auf den Coitus interruptus verlas-

sen [8]. Vermutlich liegt die Dunkelziffer für die Anwendung dieser Verhütungsmethode deutlich höher [100]. Der Hauptgrund für die Anwendung dieser Methode liegt vermutlich in ihrer sofortigen Verfügbarkeit und der Tatsache, dass eine Vorbereitung nicht nötig ist [27]. Zu den Nachteilen zählen insbesondere bei regelmäßiger Anwendung die ständige Angst vor einem Versagen der Methode, eine mögliche psychische Belastung und die Beeinträchtigung des sexuellen Erlebens durch die erforderliche Selbstkontrolle des Mannes [27]. In Bezug auf die kontrazeptive Sicherheit zeigen Daten aus den USA 20 Schwangerschaften von 100 Frauen pro Jahr bei typischer Anwendung („typical use“, sogenannte Gebrauchssicherheit) [83]. Studien zur „perfect use“ liegen nicht vor [27], auf Grundlage von Analysen zum Spermiengehalt in der präejakulatorischen Flüssigkeit wird die Schwangerschaftsrate bei optimaler Anwendung jedoch auf etwa 4 % geschätzt (4 Schwangerschaften pro 100 Frauen pro Jahr) [80].

Der Coitus interruptus soll nicht als Verhütungsmethode empfohlen werden [81].

3.2.4 Intrauterine Pessare (Kupfer Intrauterin System, IUP)

Zu den nicht-hormonellen Verhütungsmethoden zählen auch Kupfer-freisetzende Intrauterin-pessare (IUP), die völlig hormonfrei wirken. Sie können in unterschiedlichen Formen wie T-, Anker-, Ball- oder Kettenform vorliegen und bestehen teils aus Legierungen mit Silber oder Gold. Je nach Modell können sie zwischen 3 und 10 Jahren im Uterus verbleiben. Der große Vorteil dieser Methode liegt in ihrer hohen kontrazeptiven Sicherheit (Gebrauchssicherheit: 1 Schwangerschaft pro 100 Frauen pro Jahr) [43, 101]. Dennoch sind mögliche Komplikationen zu beachten. Dazu zählen ein geringes Risiko für eine Uterusperforation, das insbesondere von der Erfahrung der behandelnden Gynäkologin oder des Gynäkologen sowie von der Lebenssituation (z. B. Stillzeit oder im Wochenbett) abhängt [102]. In den ersten 12 Monaten nach der Einlage besteht zudem ein erhöhtes Risiko einer spontanen Ausstoßung (Expulsion), vor allem bei Einlage direkt nach der Geburt oder bei Hypermenorrhoe [103]. Nach einer ersten Expulsion kann es bei bis zu 34 % der Anwenderinnen erneut zu einer Ausstoßung kommen [104, 105].

Ein weiteres relevantes Risiko ist das Auftreten von Infektionen, insbesondere in den ersten Wochen nach der Einlage [106]. Eine sofortige Entfernung des IUP ist in solchen Fällen nicht zwingend erforderlich, da zunächst eine antibiotische Behandlung erfolgen kann [82, 107]. Ein Screening auf STI ist nur bei Risikofaktoren oder Symptomen empfohlen. Zu den Risikofaktoren zählen ein neuer Sexualpartner oder mehrere Partner innerhalb der letzten 3 Monate, eine bekannte STI in der Vorgeschichte sowie Alkohol- oder Drogenkonsum [101]. In solchen Fällen sollte insbesondere auf Chlamydien und gegebenenfalls auf Gonokokken getestet werden.

Vor der Einlage sollte eine sonographische Untersuchung erfolgen, um den Uterus zu beurteilen. Bei bestimmten Fehlbildungen wie einem Uterus bicornis oder einem stark septierten Uterus ist die Anwendung eines IUP nicht geeignet. Eine Lagekontrolle sollte direkt nach der Einlage, nach etwa 4 bis 6 Wochen sowie anschließend einmal jährlich erfolgen. Eine routinemäßige antibiotische Prophylaxe nach der Einlage ist nicht notwendig. Dagegen kann die Gabe von Schmerzmitteln, insbesondere Lokalanästhetika (z. B. Lidocain) oder NSAR, die Einlage erleichtern.

Nach einer MRT-Untersuchung ist keine zusätzliche Kontrolle erforderlich [108].

Bei Frauen mit ausgeprägter Dysmenorrhoe kann sich die Schmerzsymptomatik durch ein Kupfer-IUP verstärken [109]. Kommt es bei liegendem IUP zum Eintritt einer Schwangerschaft, ist das Risiko für eine Extrauterin-gravidität erhöht [110].

Kupfer-IUP können auch als Notfallverhütung bis zu 5 Tage nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr eingesetzt werden [110].

3.2.5 Operative Verfahren

Zu den nicht-hormonellen Verhütungsmethoden gehören auch operative Eingriffe wie die Tubensterilisation bei der Frau und die Vasektomie beim Mann. Beide Verfahren sind invasiv, erfordern eine Anästhesie und sind mit höheren Kosten verbunden, die in der Regel von den Betroffenen selbst getragen werden müssen. Die dauerhafte Wirkung dieser Methoden kann sowohl als Vorteil – durch die langfristige Sicherheit – als auch als Nachteil empfunden werden, da der Eingriff nur mit einem erheblichen operativen und finanziellen Aufwand reversibel ist.

Rund 3 - 6 % der Männer, die sich für eine Vasektomie entschieden haben, bedauern diese Entscheidung im weiteren Verlauf ihres Lebens [111], insbesondere wenn ein erneuter Kinderwunsch evident wird [112]. Gut 82 % erleben einen erneuten Kinderwunsch in anderer, rund 8 % in derselben Partnerschaft; 5 % der Männer mit Kinderwunsch waren zum Zeitpunkt der Vasektomie noch keine Väter [112, 113]. Auch bei Frauen besteht ein erhöhtes Risiko, eine Sterilisation zu bereuen, insbesondere wenn der Eingriff vor dem 30. Lebensjahr erfolgt, keine Kinder vorhanden sind und/oder die Frau sich in keiner stabilen bzw. in einer belasteten Partnerschaft befindet [114].

3.2.5.1 Tubensterilisation

Für die Sterilisation der Frau stehen verschiedene operative Verfahren zur Verfügung, von denen nach aktuellem Kenntnisstand keines den anderen eindeutig überlegen ist und daher keine Methode grundsätzlich bevorzugt empfohlen werden sollte [115, 116]. Der Eingriff sollte idealerweise in der ersten Hälfte des Menstruationszyklus erfolgen. Im Falle eines Methodenversagens besteht ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Extrauterin-gravidität [117]. Positiv zu bewerten ist, dass eine Sterilisation das Risiko für Ovarial-, Tuben- und Peritonealkarzinome senken kann [118, 119]. Wie bei jedem operativen Eingriff bestehen jedoch allgemeine Operationsrisiken, darunter mögliche Verletzungen von Organen, Gefäßen oder Nerven, Blutungen, die Bildung von Adhäsionen, Infektionen sowie Störungen der Wundheilung.

Besteht zu einem späteren Zeitpunkt ein Kinderwunsch, ist die Bedeutung einer Refertilisierung in mikrochirurgischer Technik angesichts der Möglichkeiten assistierter Reproduktion mit IVF/ICSI in den Hintergrund getreten.

3.2.5.2 Vasektomie

Bei der Vasektomie beim Mann werden die Samenleiter operativ durchtrennt und mit unterschiedlichen Verfahren verschlossen, um eine dauerhafte Zeugungsunfähigkeit zu erreichen. Der Eingriff kann entweder in Lokalanästhesie oder auch (seltener) in einer kurzen Vollnarkose durchgeführt werden. Es existieren verschiedene operative Techniken. Die „Non-Scalpel“ Vasektomie scheint mit geringeren Komplikationsraten und Operationszeiten einherzugehen [120], gute vergleichende Studien fehlen jedoch. Entscheidend für den Erfolg des Eingriffs ist vor allem die Erfahrung der Operateurin oder des Operateurs. Die Sicherheit der Vasektomie liegt mit einer Gebrauchssicherheit von 0,15 Schwangerschaften von 100 Frauen pro Jahr und einer Methodensicherheit von 0,1 Schwangerschaften von 100 Frauen

pro Jahr bei korrekter Durchführung sehr hoch, d. h. eine Azoospermie wird in über 99 % als Voraussetzung für eine sichere Verhütung erreicht [27]. Die Vasektomie zählt zu den zuverlässigsten Verhütungsformen [27].

Wie bei anderen operativen Verfahren können Komplikationen auftreten, insbesondere Blutungen, Hämatome oder Infektionen [121]. Spermagranulome sind häufige, aber meist harmlose Phänomene nach einer Vasektomie (bis 70 %) [122, 123]. Seltener sind chronische Skrotalschmerzen (1 - 14 %) [124].

Besteht zu einem späteren Zeitpunkt ein Kinderwunsch, kann eine Refertilisierung in mikrochirurgischer Technik durchgeführt werden, die in maximal 85 - 90% der Fälle eine Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Samenleiter erreicht [112]. Alternativ kann mittels testikulärer Spermienextraktion (TESE), d. h. der operativen Entnahme von Spermien aus dem Hoden, und einer nachfolgenden medizinisch assistierten Reproduktion mittels der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion das Herbeiführen einer Schwangerschaft versucht werden.

Trotz der hohen Sicherheit der Vasektomie bleibt ein minimales Restrisiko für eine Schwangerschaft bestehen. Zum Nachweis einer erfolgreichen Unterbindung werden ca. 8 Wochen nach dem Eingriff Kontrollspermiogramme nach WHO-Standard empfohlen, um das Fehlen von Spermien im Ejakulat (Azoospermie) nachzuweisen [125, 126]. Regelmäßige Ejakula-

tionen nach dem Eingriff können dabei helfen, schneller eine Azoospermie zu erreichen.

Die Vasektomie hat weder Einfluss auf die Hormonproduktion [127], noch erhöht sie nach aktuellem Wissensstand das Risiko für ein Hodenkarzinom [128]. Ein Zusammenhang mit der Entstehung von Prostatakarzinomen wird in der wissenschaftlichen Literatur weiterhin kontrovers diskutiert [129, 130]. Vermutet wird u. a., dass durch die engmaschigen Nachkontrollen nach einer Vasektomie häufiger Prostatakarzinome diagnostiziert werden [131] bzw. Männer, die sich einer Vasektomie unterziehen, mehr Selbstverantwortung übernehmen und somit auch eher Früherkennungsuntersuchungen durchführen lassen. Dafür sprechen die Daten der bayerischen Prostata-screening-Studie [30]. Diese Studie konnte ferner zeigen, dass die Vasektomie die Sexualität nicht negativ beeinflusst, weder im Hinblick auf die Libido, noch auf die Potenz [30].

3.3. Überblick der Verhütungsmethoden: Gebrauchssicherheit, Vor- und Nachteile

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über ausgewählte Verhütungsmethoden. Die Reihenfolge der Darstellung erfolgt auf Grundlage der kontrazeptiven Effektivität und nicht nach klinischer Anwendung. Die dargestellten Informationen beruhen auf verschiedenen Quellen [27, 43, 98, 101, 132–136].

Methode	Verhütungsform	Gebrauchssicherheit (Schwangerschaften von 100 Frauen in einem Jahr bei typischer Anwendung)	Vorteile	Nachteile
Vasektomie	Nicht-hormonelle Kontrazeption, Langzeitkontrazeption, operatives Verfahren	0,15	Hohe kontrazeptive Effektivität Anwender-Unabhängigkeit	Nach dem Eingriff können Wundinfekte (0,2 - 1,5 %) Nachblutungen oder Blutergüsse (4 - 22 %) auftreten Nach einigen Monaten können sich an den Stellen, an denen die Samenleiter durchtrennt wurden, kleine Knötchen (Spermagranulome) bilden (2 - 70 %) Bis 6 von 100 Männern bereuen ihre Entscheidung. Die Reversibilität ist bei 80 - 90% der Männer, die sich einer Refertilisierungsoperation unterziehen, gegeben. Kosten der Vasektomie sowie alle Folgekosten müssen selbst getragen werden
Implantat	Hormonelle Kontrazeption (LARC: longacting reversible contraceptive)	0,3	Nicht von einer täglichen Einnahme abhängig Verhütungsschutz über längeren Zeitraum (3 Jahre)	Risiken beim Einsetzen des Implantats, z. B. Blutergüsse, Schmerzen oder Infektionen Mögliche Kontraindikationen, z. B. Allergie gegen Etonogestrel Mögliche Nebenwirkungen, z. B. Akne, Kopfschmerzen oder Brustspannen Risiko einer AUB Risiko für Verrutschen, Biegen oder Brechen des Implantats Mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten Bei Frauen mit KG >80 kg kann die Wirksamkeit im dritten Anwendungsjahr vermindert sein
Levonorgestrelhaltiges Intrauterinsystem (LNG-IUS)	Hormonelle Kontrazeption (LARC: longacting reversible contraceptive)	0,4	Nicht von einer täglichen Einnahme abhängig Verhütungsschutz über längeren Zeitraum Medizinische Wirkungen, z. B. Adenomyosis uteri, Hypermenorrhoe Kürzere und schwächere Monatsblutungen möglich, ggf. Amenorrhoe	Risiko für Verletzungen der Gebärmutter beim Einsetzen Risiko für genitale Infektionen in den ersten Wochen Risiko für Verrutschen oder Ausstoßen des IUS Mögliche Kontraindikationen, z. B. Fehlbildungen der Gebärmutter Mögliche Nebenwirkungen, z. B. Akne, Haarausfall, Kopfschmerzen oder Brustspannen Risiko einer AUB Risiko von Eileiterschwangerschaften Mögliche Beschwerden bei der Einlage Kosten für Kontrolluntersuchungen

Methode	Verhütungsform	Gebrauchs-sicherheit (Schwangerschaften von 100 Frauen in einem Jahr bei typischer Anwendung)	Vorteile	Nachteile
Tuben-sterilisation	Nicht-hormonelle Kontrazeption, Langzeitkontrazeption, operatives Verfahren	0,5	Hohe kontrazeptive Effektivität Anwender-Unabhängigkeit Keine hormonellen Veränderungen oder Zyklusstörungen Kann das Risiko für Ovarial-, Tuben- und Peritonealkarzinome senken	Sehr selten kommt es bei der Operation zu Verletzungen von Darm, Blase oder Blutgefäßen Sehr selten sind Infektionen der Hautwunde oder im Bauchraum Erfolgt die Sterilisation nach dem Eisprung, kann es zur Schwangerschaft kommen Einige Frauen (zwischen 2 und 13 von 100 Frauen) bereuen die Sterilisation später Kosten der Tubensterilisation sowie alle Folgekosten müssen selbst getragen werden
Kupfer-Intrauterin-pessar (Cu-IUP)	Nicht-hormonelle Kontrazeption (LARC: long-acting reversible contraceptive)	1	Nicht von einer täglichen Einnahme abhängig Verhütungsschutz über längeren Zeitraum Keine hormonbedingten Nebenwirkungen; kann verwendet werden, wenn Hormone kontraindiziert sind Kann das Risiko für Zervixkarzinome senken	Kosten für Kontrolluntersuchungen Risiko für Verletzungen der Gebärmutter beim Einsetzen Risiko für genitale Infektionen in den ersten Wochen Risiko für Verrutschen oder Ausstoßen des IUP Risiko von Blutungsstörungen (AUB) Risiko von Eileiterschwangerschaften Mögliche Kontraindikationen, z. B. Fehlbildungen der Gebärmutter oder Kupferallergie Allergische Reaktion auf Nickel Mögliche Beschwerden bei der Einlage
Depotmedroxy-progesteron-actetat	Hormonelle Kontrazeption	2	Nicht von einer täglichen Einnahme abhängig Verhütungsschutz über längeren Zeitraum	Mögliche Nebenwirkungen, z. B. Kopfschmerzen oder Brustspannen Risiko einer AUB Risiko der Gewichtszunahme Risiko der Abnahme der Knochendichte
Symptothermale Methode	Nicht-hormonelle Kontrazeption (Natürliche Familienplanung)	2	Gesamtzufriedenheitsrate >90 % Geringe Kosten Keine Medikamente Keine hormonbedingten Nebenwirkungen Frauen können eine bessere Körperwahrnehmung erlernen Sicherste Methode zur natürlichen Familienplanung	Die Anwendung sollte gelernt sein, z. B. durch Schulung und Beratung. Die Lernphase kann lang sein – während dieser Zeit besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft. Menstruationsunregelmäßigkeiten können die Anwendung erschweren Zusätzliche Verhütung an fruchtbaren Tagen notwendig Operationen am Gebärmutterhals (z. B. eine Konisation) können die Möglichkeit, den Zervixschleim zu beobachten, einschränken
Laktations-amenorrhoe	Nicht-hormonelle Kontrazeption	0,45 - 2,45	Keine Kosten Keine Medikamente Keine hormonbedingten Nebenwirkungen	Zeitlich begrenzt (6 Monate) Voraussetzungen: – Amenorrhoe – innerhalb der ersten 6 Monate – volles Stillen
Kombinierte orale hormonelle Kontrazeptiva (KOK)	Hormonelle Kontrazeption	6	Einfache Anwendung Medizinische Wirkungen, z. B. Endometriose, Blutungsstörungen, prämenstruelle Beschwerden oder Hyperandrogenismus Können das Risiko für Ovarial- und Endometriumkarzinom und kolorektale Krebsarten senken	Tägliche Einnahme kann vergessen werden Alter und sozioökonomischer Status können die Versagerquote beeinflussen Mögliche Östrogen-bedingte Nebenwirkungen, z. B. erhöhtes VTE-Risiko, kardiovaskuläres Risiko, Dyslipidämie oder Stimmungsschwankungen Mögliche Kontraindikationen Mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten Wirksamkeit kann durch Erbrechen oder Durchfall eingeschränkt werden

Methode	Verhütungsform	Gebrauchssicherheit (Schwangerschaften von 100 Frauen in einem Jahr bei typischer Anwendung)	Vorteile	Nachteile
Gestagen-monopille mit Ovulationshemmdosis	Hormonelle Kontrazeption	6	Einfache Anwendung Medizinische Wirkungen, z. B. Endometriose, Blutungsstörungen, prämenstruelle Beschwerden Keine Östrogen-bedingten Nebeneffekte In der Stillzeit geeignet	Tägliche Einnahme kann vergessen werden Alter und sozioökonomischer Status können die Versagerquote beeinflussen Mögliche Kontraindikationen Mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten Mögliche Nebenwirkungen, z. B. Kopfschmerzen oder Brustspannen Risiko einer AUB Wirksamkeit kann durch Erbrechen oder Durchfall eingeschränkt werden
Vaginalring	Hormonelle Kontrazeption	7	Medizinische Wirkungen, z. B. Endometriose, Blutungsstörungen, prämenstruelle Beschwerden oder Hyperandrogenismus Können das Risiko für Ovarial- und Endometriumkarzinom und kolorektale Krebsarten senken Wirksamkeit ist durch Erbrechen und Durchfall nicht eingeschränkt	Alter und sozioökonomischer Status können die Versagerquote beeinflussen Mögliche Östrogen-bedingte Nebenwirkungen, z. B. erhöhtes VTE-Risiko, kardiovaskuläres Risiko, Dyslipidämie oder Stimmungsschwankungen Scheidenentzündungen möglich Spontane Expulsion Mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
Verhütungspflaster	Hormonelle Kontrazeption	7	Medizinische Wirkungen, z. B. Endometriose, Blutungsstörungen, prämenstruelle Beschwerden oder Hyperandrogenismus Können das Risiko für Ovarial- und Endometriumkarzinom und kolorektale Krebsarten senken Wirksamkeit ist durch Erbrechen und Durchfall nicht eingeschränkt	Alter und sozioökonomischer Status können die Versagerquote beeinflussen Mögliche Östrogen-bedingte Nebenwirkungen, z. B. erhöhtes VTE-Risiko, kardiovaskuläres Risiko, Dyslipidämie oder Stimmungsschwankungen Leichte Hautreizungen an der Klebestelle möglich Mögliche Kontraindikationen Mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
Kondom	Nicht-hormonelle Kontrazeption (Barrieremethode)	13	Senkt das Übertragungsrisiko von sexuell übertragbaren Krankheiten Leicht verfügbar Geringe Kosten Keine Medikamente Keine hormonbedingten Nebenwirkungen Anwendung nur bei Bedarf	Zuverlässigkeit hängt u. a. von Qualität (CE-Kennzeichnung), Lagerung und Haltbarkeit ab Mögliche Probleme bei schlecht sitzenden Kondomen, z. B. Reißen oder sexuelle Beeinträchtigungen
Diaphragma	Nicht-hormonelle Kontrazeption (Barrieremethode)	17	Kombination mit Methoden der natürlichen Familienplanung möglich Kein Rezept notwendig	Niedrige kontrazeptive Effektivität Anleitung und Anpassung/Überprüfung des Sitzes durch Fachkraft sinnvoll, Handhabung muss geübt werden Keine ausreichenden Belege für den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten Manche Paare fühlen sich in der Sexualität beeinträchtigt Kosten müssen selbst getragen werden
Kalendermethode	Nicht-hormonelle Kontrazeption (Natürliche Familienplanung)	19	Kombination mit Barrieremethoden möglich	Hohe Misserfolgsrate Die Anwendung sollte gelernt sein. Die Lernphase kann lang sein – während dieser Zeit besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft. Menstruationsunregelmäßigkeiten können die Anwendung erschweren Zusätzliche Verhütung an fruchtbaren Tagen notwendig

Methode	Verhütungsform	Gebrauchs-sicherheit (Schwangerschaften von 100 Frauen in einem Jahr bei typischer Anwendung)	Vorteile	Nachteile
Coitus interruptus	Nicht-hormonelle Kontrazeption	>20	Einsatz möglich, wenn keine andere Verhütungsmethode verfügbar	Geringe kontrazeptive Effektivität Manche Paare fühlen sich in der Sexualität beeinträchtigt. Nicht empfohlen für die natürliche Familienplanung
Kondom für die Frau	Nicht-hormonelle Kontrazeption (Barrieremethode)	21	Kombination mit Methoden der natürlichen Familienplanung möglich Senkt das Übertragungsrisiko vor sexuell übertragbaren Infektionen Auch latexfrei verfügbar und während der Menstruation anwendbar Kein Rezept notwendig	Geringe kontrazeptive Effektivität Nur einmalig verwendbar Gleichzeitige Verwendung mit einem Männerkondom sollte vermieden werden, da dann ein erhöhtes Reißenrisiko besteht. Die Einlage sollte bis zu 8 Stunden vor dem Geschlechtsverkehr erfolgen Die Handhabung muss geübt werden
Billings-Methode	Nicht-hormonelle Kontrazeption (Natürliche Familienplanung)	23	Keine Kosten Keine Medikamente Keine hormonbedingten Nebenwirkungen Frauen können eine bessere Körperwahrnehmung erlernen	Hohe Misserfolgsrate Die Anwendung sollte gelernt sein. Die Lernphase kann lang sein – während dieser Zeit besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft. Menstruationsunregelmäßigkeiten können die Anwendung erschweren Zusätzliche Verhütung an fruchtbaren Tagen notwendig Operationen am Gebärmutterhals (z. B. eine Konisation) können die Möglichkeit, den Zervixschleim zu beobachten, einschränken.
Portiokappe	Nicht-hormonelle Kontrazeption (Barrieremethode)	23	Kombination mit Methoden der natürlichen Familienplanung möglich Kein Rezept notwendig	Geringe kontrazeptive Effektivität Anleitung und Anpassung/Überprüfung des Sitzes durch Fachkraft sinnvoll, Handhabung muss geübt werden Keine ausreichenden Belege für den Schutz vor STI Manche Paare fühlen sich in der Sexualität beeinträchtigt Kosten müssen selbst getragen werden, Verfügbarkeit der Portiokappe ist eingeschränkt

AUB = abnorme uterine Blutung; IUS = Intrauterinsystem; IUP = Intrauterinpressar; KG = Körpergewicht; KOK = Kombinierte orale hormonelle Kontrazeptiva; STI = sexuell übertragbare Infektionen; VTE = venöse Thromboembolie

4 Wissensstand und Informationsquellen

4.1 Selbsteinschätzung des Informationsstands und Informationsbedarfs

Ein fundiertes Wissen über Nutzen und Risiken der verschiedenen Verhütungsmethoden und das Verständnis für biologische Grundlagen des weiblichen Zyklus und der Schwangerschaft stellen eine zentrale Voraussetzung dar, damit Frauen und Männer eine für sich geeignete Methode für ihre aktuelle Lebenssituation auswählen können. Vor diesem Hintergrund sind Untersuchungen von Interesse, die Aufschluss über den Wissensstand sowie die spezifischen Informationsbedürfnisse in der Bevölkerung geben.

Die BIÖG-Studienreihe „Verhütungsverhalten Jugendlicher und Erwachsener 2024“ gibt auch Aufschluss über den subjektiven Informationsstand zu Verhütungsmethoden. Demnach fühlt sich ein Großteil (93 %) der verhütenden Frauen und Männer im Alter von 16 bis 49 Jahren „gut“ oder „sehr gut“ über das von ihnen verwendete Verhütungsmittel informiert [25, 137]. Jedoch zeigen frühere Erhebungen, dass der Anteil der Befragten, die sich als „sehr gut informiert“ beschrieben, von 2003 bis 2018 kontinuierlich angestiegen ist, aber um 2023 wieder zu sinken

beginnt [19]. Eine detaillierte Analyse der Befragung aus 2023 stellte zudem geschlechts- und altersspezifische Unterschiede hinsichtlich des selbsteingeschätzten Wissensstands fest [19]. So schätzten sich über die Hälfte der befragten Frauen (67 %) als „sehr gut informiert“ ein, während dies lediglich 43 % der Männer angaben. Ferner geht aus den Daten hervor, dass Befragte bis 29 Jahre sich seltener als „sehr gut informiert“ (40 %) bezeichneten als Befragte ab 30 Jahren (62 %). Auch fühlten sich Personen, die mit der „Pille“ verhüten, oft weniger „sehr gut informiert“ (42 %) als Personen, die auf Kondome zurückgreifen (57 %) oder hormonelle Verhütungsmittel und „Pille“ ablehnen (67 %) [19].

Ergänzend zeigt eine Online-Umfrage, dass 67 % der Frauen gerne besser über die „Pille“ informiert wären [138]. Besonders unzureichend fühlten sich die Frauen über Nebenwirkungen der „Pille“ aufgeklärt. Für diese Untersuchungen wurden 2.470 Frauen zwischen 18 und 29 Jahren von September 2020 bis April 2021 befragt, wobei es sich um eine sogenannte „Gelegenheitsstichprobe“ („Convenience-Sample“) handelt.

Es gibt auch Hinweise, dass sich der Informationsbedarf nicht nur auf orale Kontrazeptiva, sondern auch auf biologische

Abläufe der weiblichen Fortpflanzung bezieht. So berichteten mehr als 90 % der 605 teilnehmenden Frauen an einer Fragebogenerhebung in Österreich, Schweiz und Deutschland, dass sie „interessiert“ oder „sehr interessiert“ sind, die physiologischen Grundlagen der weiblichen Fortpflanzung zu verstehen [139]. Insgesamt schätzten jedoch nur 12,7 % der Frauen ihr Wissen über die weibliche Anatomie und Physiologie als „sehr gut“ ein. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen unbeachteten Schwangerschaften und geringerem Wissen über Kontrazeption. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass ein mögliches Verzerrungsrisiko bei der Studie besteht [139].

4.2 Häufig genutzte Informationsquellen

Frauen und Männer nutzen verschiedene Möglichkeiten und Anlaufstellen, um sich über Sexualität, Fortpflanzung und Verhütung zu informieren.

Ersten Ergebnissen der 10. Welle der BIÖG-Repräsentativstudie „Jugendsexualität“ aus 2025 zufolge, stellt der Schulunterricht (78 %) für 14- bis 17-jährige Jugendliche die wichtigste Quelle der Sexuaufklärung dar, gefolgt von Gesprächen (66 %) und dem Internet (53 %) [9]. Jugendzeitschriften (31 %), TV-/Radiosendungen oder Filme (28 %) und Bücher (20 %) zählen ebenfalls zu den genutzten Informationsquellen [9]. Die aktuellen Daten deuten auch auf Änderungen im Informationsverhalten hin: Im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahr 2019 hat die Bedeutung des Schulunterrichts (2019: 69 % und 2025: 78 %) zugenommen. Als Quelle wurde das Internet 2019 von 59 % und 2025 von 53 % der Befragten genannt [9].

Trotz der Relevanz des Internets als Informationskanal wird in den aktuellen Wiederholungsbefragungen des BIÖG deutlich, dass persönliche Gespräche und traditionelle Aufklärungswege nach wie vor eine zentrale Rolle spielen [9, 137].

In Deutschland ist die Sexuaufklärung für alle Schulformen verpflichtend [140]. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass die Mehrheit der Jungen und Mädchen ihr Wissen über Sexualität und Verhütung aus dem Schulunterricht bezieht [9, 140]. Im Jahr 2019 zählten u. a. Anatomie, körperliche Entwicklung und Empfängnisverhütung zu den häufigsten Themen [140]. Zugleich gaben Jugendliche, welche einen einfacheren Schulabschluss anstreben oder aus einem muslimischen Elternhaus stammen, seltener an, Sexualkundeunterricht erhalten zu haben [140].

Schule als Informationsquelle kann somit Begegnungsräume schaffen, die Mädchen und Jungen durch die Nutzung von sozialen Medien fehlen, und sie kann flexibel auf das reagieren, was junge Menschen in der digitalen Welt erleben [141]. Dazu gehört auch das Wissen, dass sexuelle Freiheit bedeutet, Sexualität selbstbestimmt und informiert leben zu können – und sich auch zu trauen, Grenzen zu setzen. Information und Aufklärung schützen in diesem Kontext sowohl vor ungewollten Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten als auch vor sexuellen Übergriffen und sexuellem Missbrauch [141]. Beides kann ferner zur Gewährleistung von sexueller Gesundheit beitragen.

Daneben sind Lehrkräfte relevante Personen bei der Aufklärung, wie die aktuelle „10. Jugendsexualitätsstudie“ aus 2025 ebenfalls verdeutlicht [9]. Während 36 % der Teilnehmenden im Jahr 2019 Lehrkräfte als wichtigste Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge angaben, lag dieser Anteil im Jahr 2025 bei 45 % [9, 142].

Daneben gehören Gleichaltrige (54 %) und Eltern (64 %) zu den häufig genannten Aufklärungspersonen im Jahr 2025 [142]. In Bezug auf das Elternhaus zeigte eine differenzierte Analyse der repräsentativen Erhebung „Jugendsexualität“ aus 2019, dass über die Hälfte der Jungen und Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren (53 %) schon einmal von ihren Eltern oder Erziehungsberechtigten ausführlich über die Möglichkeiten der Empfängnisverhütung beraten wurden [143]. Die Verhütungsberatung im Elternhaus hängt jedoch u. a. mit dem religiös-kulturellen Hintergrund oder der Schulbildung zusammen. So findet dies z. B. in Familien mit Einwanderungsgeschichte oder enger religiöser Bindung seltener statt. Die Schule kann somit Wissenslücken von jungen Frauen und Männern schließen, wenn Eltern nicht oder nur eingeschränkt über Sexualität und Verhütung sprechen oder das Thema im sozialen Umfeld tabuisiert wird.

Die primäre Informationsquelle ist für Frauen die Gynäkologie oder der Gynäkologe. 2024 gaben in einer BIÖG-Studie 73 % der befragten Frauen, die verhüten, im Alter von 16 bis 49 Jahren an, dass die frauenärztliche Beratung die wichtigste Quelle über die aktuelle Verhütungsmethode ist [137]. Dies ist besonders durch die Verschreibung hormoneller Kontrazeptiva zu erklären. Aus einer älteren BIÖG-Befragung mit Mädchen und jungen Frauen ist ferner bekannt, dass Verhütungsfragen zu den wichtigsten Anlässen für den ersten Besuch in einer gynäkologischen Praxis gehören [144]. Aus diesen Erkenntnissen lässt sich ableiten, dass Gynäkologinnen oder Gynäkologen eine wesentliche Rolle bei der Verhütungsberatung zukommt. Sie können Mädchen und Frauen bei der informierten Entscheidung unterstützen, indem sie objektiv und wissenschaftlich fundiert aufklären, z. B. über die Unterschiede der nicht-hormonellen und hormonellen Verhütungsmethoden. Eine solche frauenärztliche Beratung könnte u. a. in der sogenannten „Mädchensprechstunde M1“ erfolgen. Dies ist ein niedrigschwelliges Beratungsangebot für Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren, welche Mitglied einer teilnehmenden Betriebskrankenkasse sind [145].

Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte aus anderen medizinischen Fachrichtungen an der Beratung beteiligt sein, z. B. Hausärztinnen und Hausärzte sowie Ärztinnen und Ärzte aus der Kinder- und Jugendmedizin, Urologie, Andrologie oder Endokrinologie. So können bspw. Kinder- und Jugendärztinnen oder Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der Jugendgesundheitsuntersuchungen oder anlässlich der HPV-Impfung zur Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten und zu Verhütungsthemen informieren. Auf die Früherkennungsuntersuchung J1 haben Versicherte zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr Anspruch [146]. Im Gegensatz dazu ist die J2, welche im Alter von 16 bis 17 Jahren durchgeführt werden kann, eine freiwillige Leistung vieler gesetzlicher Krankenkassen.

Auch in der Urologie wurde dieses Thema mit der „Jungensprechstunde“ erstmals 2014 aktiv in Kooperation mit der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. (ÄGGF), Hamburg, Deutschland, aufgegriffen [147], hat sich aber aufgrund fehlender politischer Unterstützung nicht flächendeckend etablieren lassen. In Kooperation mit der ÄGGF und der Unterstützung durch die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) wurden Lehrmodelle und Aufklärungsbroschüren für die Jungen unterschiedlicher Alterskohorten entwickelt, um spezifisch die Jungen zu adressieren, Informationsangebote bereitzustellen und die Aufklärung weiterzuentwickeln [148]. Aktuelle Ansatzpunkte und die Identifizierung von Informationsdefiziten bieten Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung [149, 150].

Zudem sind hausärztliche Praxen für zahlreiche Menschen bei Gesundheitsfragen die erste Anlaufstelle. Sie können auch die Jugenduntersuchungen übernehmen. Bisher zählen Hausärztinnen und Hausärzte noch nicht zu den wichtigsten Informationsquellen zu Verhütungsmethoden [137]. Dennoch können sie als Vertrauensinstanz eine Säule der Informationsvermittlung zum Thema Verhütung darstellen.

4.3 Rolle von Internet und sozialen Medien

Das Internet und die sozialen Medien sind ein bedeutsames Kommunikationsmittel des modernen Lebens, zur Vernetzung, zum Informationsaustausch und zum Diskurs im privaten und geschäftlichen Umfeld. Sie werden auch als Informationsquelle zum Thema Verhütung und sexuelle Gesundheit genutzt – insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Die Ergebnisse der „Jugendsexualitätsstudie – 10. Welle“ aus dem Jahr 2025 zeigen, dass das Internet für 14- bis 17-jährige Jugendliche eine wichtige Informationsressource für die Sexualaufklärung ist [9] (siehe auch Kapitel 4.2 Häufig genutzte Informationsquellen). Dafür werden insbesondere Suchmaschinen, Youtube sowie Aufklärungs- und Beratungsseiten genutzt. Im Nutzungsverhalten sind geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar: Mädchen, die das Internet als Aufklärungsquelle genannt haben, verwenden bspw. häufiger Aufklärungs- und Beratungsseiten als Jungen (Mädchen: 39 % und Jungen 25 %) sowie Internetforen von Expertinnen und Experten (Mädchen: 29 % und Jungen: 19 %), während Jungen ihre Informationen ebenfalls aus Pornos beziehen (Mädchen: 7 % und Jungen 27 %) [9]. Die Befragung ergab auch, dass 28 % der Mädchen und 26 % der Jungen Instagram als vertrauenswürdige Informationsquelle über Sexualität betrachten. TikTok wird von 19 % der Mädchen und 21 % der Jungen als zuverlässig eingeschätzt [9].

Dass das Internet ein wichtiger Informationskanal ist, spiegelt sich ebenfalls in der BIÖG-Studie „Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher 2024“ wider, welche eine breitere Altersgruppe von 16- bis 49-Jährigen einbezog [137].

Allerdings gibt es Anhaltspunkte, dass Social-Media-Nutzen der verhütungsbezogene Beiträge überwiegend von Plattformalgorithmen „zugespielt“ bekommen, statt diese selbst gezielt zu suchen, wie aus einer qualitativen Interviewstudie mit 12 Jugendlichen und jungen Erwachsenen hervorgeht [151]. Der explorative Ansatz und die geringe Stichprobe stellen mögliche Einschränkungen dieser Studie dar [151].

Zusammenfassend zeigt sich nicht nur ein verändertes Verhütungsverhalten (siehe Kapitel 2.1.1 Kontrazeptionsverhalten), sondern auch ein Wandel in der Verbreitung und dem Konsum von Informationen.

4.3.1 Chancen, Risiken und Herausforderungen

Der Trend zur Nutzung anonymer Informationsquellen birgt sowohl Chancen als auch Risiken und kann Nutzende vor Herausforderungen stellen.

Das Internet und soziale Medien ermöglichen einen niedrigschwelligen Zugang zu Verhütungsinformationen, die jederzeit und ortsunabhängig abrufbar sind. Zudem können digitale Formate wie Kurzvideos oder Stories dazu beitragen, komplexe Inhalte zielgruppengerecht und zeitgemäß zu vermitteln. Darüber hinaus bieten digitale Plattformen die Möglichkeit, sich anonym über schambesetzte oder tabuisierte Themen zu informieren und auszutauschen. Ärztinnen und Ärzte können digitale Medien nutzen, um faktenbasiert über Gesundheitsthemen aufzuklären [152]. Besonders junge Menschen wünschen sich Verhütungsvi-

deos von Fachleuten, z. B. aus der Gynäkologie oder Urologie, welche die verschiedenen Methoden vergleichen und sowohl Sachinformationen als auch Erfahrungsberichte enthalten [151].

Zu den möglichen Risiken gehören u. a. die Verbreitung von Mythen, Fehlinformationen, werblichen Inhalten, unausgewogenen Darstellungen sowie Meinungen und Erfahrungswissen zu Verhütungsmethoden durch Influencerinnen und Influencer ohne Fachwissen. Eine qualitative Bewertung der in sozialen Medien eingestellten Inhalte im Sinne eines „Qualitätssiegels“ existiert bisher nicht.

Es gibt Hinweise, dass Videos auf sozialen Netzwerken überwiegend von Gesundheitslaien erstellt werden, was mit einem höheren Risiko für Fehlinformationen einhergehen kann [153]. Gleichzeitig sprechen diese Inhalte die Nutzenden an, die sich damit identifizieren. Auch im vom BIÖG geförderten Forschungsprojekt „Verhütung in Sozialen Medien – eine kommunikationswissenschaftliche Analyse“ wird deutlich, dass über die Hälfte der Beiträge auf YouTube, Instagram und TikTok von Gesundheitslaien (52 %) stammen. Diese Inhalte basieren häufig auf Erfahrungswissen. Daneben bieten u. a. Gesundheitsprofis wie Ärztinnen und Ärzte (17 %) oder Unternehmen (10 %) Verhütungsbeiträge in den sozialen Medien an [154, 155]. Zu den Unternehmen gehören z. B. Kondomhersteller, die ihre Produkte auf den Plattformen bewerben.

Dieses Forschungsprojekt zu Social-Media-Plattformen [154, 155] ergab ebenfalls, dass sich die Inhalte von deutschsprachigen Verhütungsbeiträgen vorrangig auf die „Pille“ (59 %), das Kondom (40 %), die Kupferspirale (27 %), die Hormonspirale (19 %) und Methoden der natürlichen Familienplanung (16 %) fokussieren. Dabei zeigte sich, dass in etwa der Hälfte der Beiträge reines Faktenwissen (54 %) präsentiert wird. Je ein Viertel der Beiträge enthält Fakten- und Erfahrungswissen (23 %) bzw. ausschließlich Erfahrungswissen (24 %) [154]. Darüber hinaus weisen die meisten Verhütungsbeiträge eine geringe Informationsqualität auf [154, 155]. Es wurde auch ersichtlich, dass qualitativ hochwertige Verhütungsinformationen hauptsächlich auf YouTube zu finden sind. Zugleich zeigte sich, dass viele Aussagen auf Instagram und TikTok nicht durch Quellenangaben gestützt oder Beiträge unvollständig sind [155]. Hinsichtlich der Vollständigkeit weist die Analyse drauf hin, dass als zentrale Aspekte von Verhütungsmethoden die Nachteile (48 %) häufiger thematisiert werden als deren Anwendung (44 %), Vorteile (38 %) oder Sicherheit (28 %). Insbesondere auf Instagram werden Nebenwirkungen der „Pille“ hervorgehoben [154, 155].

Häufig diskutierte Gründe für die Ablehnung hormoneller Verhütung in den sozialen Medien sind z. B. Nebenwirkungen der physischen Gesundheit, veränderte psychische Gesundheit, negative Auswirkungen auf die Sexualität, Sorgen um die zukünftige Fruchtbarkeit oder Bedenken bezüglich der Menstruation [15].

Auch vor diesem Hintergrund gewinnt Medienerziehung zu einem informierten und bewussten Umgang mit sozialen Medien an Bedeutung; es erscheint unerlässlich, Kinder und Jugendliche frühzeitig auf die unterschiedlichen Evidenzlevel von Informationsquellen hinzuweisen und sie im Umgang mit qualitativ hochwertigen Quellen in sozialen Medien zu schulen.

Aus den wenigen Studien hierzu ist herauszulesen, dass sich Anwenderinnen, die sich in den gynäkologischen Praxen im Rahmen einer Verhütungsberatung nicht wahrgenommen und nicht ausreichend in den Entscheidungsprozess eingebunden fühlen, sich anderweitig Information einholen, hier v. a. aus dem Internet oder den sozialen Medien.

In der CoCo-Studie von 2019 konnte gezeigt werden, dass sich Frauen, die allumfassend und individuell über Verhütungsmethoden und in den Entscheidungsprozess eingebunden wurden, für sichere Verhütungsmethoden entscheiden oder von unsicheren Methoden auf sichere Methoden wechseln [18]. Weiterhin wird diskutiert, dass soziale Medien unsachliche Debatten über Verhütung beeinflussen oder auslösen und somit einen Einfluss auf die Anwendung von Verhütungsmethoden haben können. Weitere Studien sind hier nötig.

4.4 Evidenzbasierte Informationsquellen und seriöse Aufklärungsangebote

Es gibt zahlreiche Informationsquellen zum Thema Verhütung. Viele Angebote, insbesondere im Internet und in den sozialen Medien, basieren jedoch nicht auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (siehe Kapitel 4.3.1 Chancen, Risiken und Herausforderungen). Ärztinnen und Ärzte, Lehrkräfte und Eltern ebenso wie Kinder, Jugendliche und Erwachsene benötigen evidenzbasierte Fachinformationen und hochwertige verständliche Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen, um sich selbständig informieren bzw. andere Mädchen, Jungen oder Erwachsene beraten zu können. Diese sollten darüber hinaus aktuell, unabhängig, werbefrei und qualitätsgesichert sein. Im Folgenden ist eine Auswahl an verlässlichen Informationsplattformen und Anlaufstellen zusammengestellt.

Beispiele für laienverständliche Informationsquellen, Anlaufstellen und Angebote:

- Das BIÖG betreibt mehrere Webseiten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, für verschiedene Zielgruppen. Dazu gehören z. B. das Portal <http://www.familienplanung.de> für Erwachsene, das Jugendportal <http://www.loveline.de>, die Webseite <https://herzfrohe.loveline.de/> in Leichter Sprache für Jugendliche und junge Erwachsene mit Lernschwierigkeiten oder das Portal <http://www.zan.zu.de>, welche Informationen in 14 Sprachen anbietet.
- Auf der Webseite <http://www.gesundheitsinformation.de> stellt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen zur Verfügung, u. a. zum Thema Verhütungsmittel.
- Die Patientenleitlinie „Nicht-hormonelle Empfängnisverhütung“ fasst Empfehlungen und Inhalte der zugrundeliegenden S2k-Leitlinie verständlich zusammen: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-095>.
- Verschiedene Organisationen und Wohlfahrtsverbände betreiben Beratungsstellen, wie Pro Familia <http://www.profamilia.de> oder die Unabhängige Patientenberatung (UPD) Deutschland <https://patientenberatung.de/>.

Wissensquellen und fachspezifische Angebote für Ärztinnen, Ärzte und Lehrkräfte:

- Im Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) sind Leitlinien zur hormonellen und nicht-hormonellen Empfängnisverhütung verzeichnet: <https://register.awmf.org/de/start>.
- Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums hat ein Angebot für Fachkreise, einschließlich Nachrichten, in denen u. a. Informationen zur Verhütung bei Brustkrebs zu finden sind. Im Internet unter: <http://www.krebsinformationsdienst.de/fachkreise>.
- Die BIÖG-Webseite <https://bildung.loveline.de/> richtet sich an Lehrkräfte und an Eltern. Sie finden dort Materialien und Methoden zur Sexuaufklärung.

- Die ÄGGF (<http://www.aeggf.de>) bietet ärztliche Informationsstunden in Schulen an, z. B. über die verschiedenen Verhütungsmethoden.

5 Bewertung und Fazit

Evidenzbasiertes Wissen über und die sichere Anwendung von Kontrazeptiva sind wesentliche Voraussetzungen für reproduktive Selbstbestimmung und reproduktive Gesundheit. Auch vor diesem Hintergrund befasst sich die vorliegende Stellungnahme mit den verschiedenen Mitteln und Methoden, die für Frauen und Männer zur Verfügung stehen, um ungewollte Schwangerschaften zu verhindern.

Die verfügbaren Verhütungsmethoden unterscheiden sich deutlich in ihrer kontrazeptiven Sicherheit. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die Herausforderung nicht an einer mangelnden Verhütungsbereitschaft liegt, sondern in der Wahl der Methode und ihrer tatsächlichen Sicherheit im Alltag (Anwendungssicherheit). Daher ist es entscheidend, das Wissen über Verhütungssicherheit zu stärken, die Beratung zu verbessern und strukturelle Hürden abzubauen. Verlässliche Informationen zu den biologischen Grundlagen der Fortpflanzung (nicht nur die faktenbasierte Beratung zu den Vor- und Nachteilen der einzelnen Verhütungsmethoden) sind wichtige Bausteine, um das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung umsetzen zu können. Die Wahl des Verhütungsmittels hängt zwar vorrangig von der Zuverlässigkeit der Methode ab, allerdings können weitere Faktoren für Frauen und Männer eine Rolle spielen. Daher sollten auch Aspekte vermittelt werden, die über die rein medizinische Bewertung der Verhütungsoptionen hinausgehen, wie bspw. richtige Anwendung, Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten (STI), Reversibilität oder Kosten. Nur so können Frauen und Männer eine informierte Entscheidung treffen, die ihre persönliche Lebenssituation, Lebensphase und Präferenzen berücksichtigt.

Gynäkologinnen und Gynäkologen nehmen bei der Verhütungsberatung aufgrund ihrer fachlichen Expertise eine besondere Rolle ein. Aber auch Ärztinnen und Ärzte anderer medizinischer Fachrichtungen, bspw. Urologinnen und Urologen, Hausärztinnen und Hausärzte oder Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, können mit Verhütungsfragen und mit einer ablehnenden Haltung gegenüber hormonellen Verhütungsmitteln und Fehlinformationen von Patientinnen und Patienten konfrontiert sein. Die verstärkte Wissensvermittlung hinsichtlich der Empfängnisverhütung insbesondere im Medizinstudium und die schnelle Verfügbarkeit von aktuellen evidenzbasierten Informationen und Entscheidungshilfen, z. B. Leitlinien, ist daher für alle betroffenen ärztlichen Fachdisziplinen von Relevanz.

Die Verhütungsberatung dient der verständlichen Aufklärung über die kontrazeptive Zuverlässigkeit von Verhütungsmethoden und das zu erwartende Nebenwirkungsprofil. Hierbei können z. B. Unterschiede in der Gebrauchs- und Methodensicherheit der Verhütungsoptionen und die Grenzen anwendungsabhängiger Methoden (z. B. Einnahme- oder Anwendungsfehler) berücksichtigt werden. Ziel sollte sein, dass die Betroffenen nachvollziehen können, welche Methoden im Alltag die höchste Sicherheit bieten, und ggf. bestehende Vorbehalte gegenüber einzelnen Methoden einordnen können. Im Rahmen der „Mädchensprechstunde M1“ und der kinder- und jugendmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen können Ärztinnen und Ärzte Mädchen und Jungen bspw. niedrigschwellig auf Verhütungsthemen ansprechen und Fragen beantworten. Während die im Rahmen der „Mädchensprechstunde M1“ enthalte-

ne Verhütungsberatung bereits honoriert wird, sollte darüber hinaus auch die ausführliche Verhütungsberatung bspw. in anderen Altersstufen sowie für Jungen und Männer im Vergütungssystem adäquat abgebildet werden.

Konsistente Daten zu der Frage, ob Schwangerschaftskonflikte dadurch vermieden werden können, dass insbesondere die Information und Aufklärung über wirksame und regelhafte Kontrazeption gestärkt und der Zugang zu Kontrazeptiva erleichtert wird, liegen nicht vor [156]. Der weitaus größte Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland entfällt aber auf die sog. Fristenlösung gemäß § 218a Abs. 1 StGB (99.968 von insgesamt 103.927 Schwangerschaftsabbrüchen im Jahr 2022). Es ist zu vermuten, dass neben einer Versachlichung der Diskussion zu Verhütung, insbesondere über die Nebenwirkungen hormoneller Kontrazeption, auch eine Verbesserung des Zugangs zu Verhütung zu einer Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung und zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften beitragen würde. Diesbezüglich sollte u. a. eine weitere Anhebung der Altersgrenze für den Anspruch gesetzlich Krankenversicherter auf eine Versorgung mit verschreibungspflichtigen Kontrazeptiva diskutiert werden (die obere Altersgrenze gemäß § 24a SGB V wurde Ende März 2019 auf das vollendete 22. Lebensjahr hinaufgesetzt) ebenso wie eine Kostenübernahme der operativen Verhütungsmethoden. Um Frauen bei der Entscheidung für ein oder ein weiteres Kind zu unterstützen, bedarf es zudem auch geeigneter Rahmenbedingungen. Dies berührt bspw. die Verfügbarkeit von finanzierbarem Wohnraum und von Kitaplätzen. Diese Aspekte stehen nicht im Fokus dieser Stellungnahme, sind aber im Kontext der Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung durchaus von Relevanz.

Verhütung wird auch heute noch überwiegend als Aufgabe von Frauen wahrgenommen und im Kontext von Frauengesundheit diskutiert. Die Themen reproduktive Selbstbestimmung und Gesundheit betreffen aber alle Menschen. Eine stärkere Einbindung und die Aufklärung von Jungen und Männern ist essenziell, um die Anwendung sicherer Verhütungsmethoden zu fördern. Damit Männer bei der Verhütung mehr Kompetenz entwickeln und mehr Verantwortung übernehmen können, ist die Bereitstellung entsprechender Beratungs- und Informationsangebote erforderlich. Zudem sind die Erforschung und Entwicklung neuer Verhütungsmittel auch für den Mann notwendig. Neben einer entsprechenden Forschungsförderung kommt der Schaffung passender Strukturen und Rahmenbedingungen eine große Bedeutung zu. Die Förderinitiativen bspw. des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) sind erste Schritte in diese Richtung.

Angesichts der zunehmenden Digitalisierung und Informationsflut kann es Jugendlichen, Frauen und Männern schwerfallen, Informationen aus dem Internet und sozialen Medien einzuordnen und bezüglich ihrer Aussagekraft und fachlichen Korrektheit zu beurteilen. Besonders Verhütungsinformationen in den sozialen Medien unterscheiden sich hinsichtlich ihrer fachlichen Qualität. Auch können die Absichten der Webseiten- und Informationsanbietenden für medizinische Laien auf den ersten Blick oft nicht erkennbar sein. Um die Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern speziell zu dem Thema Fortpflanzung und Verhütung zu fördern, sind verständliche Informations- und Beratungsangebote, welche auf dem aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse basieren, erforderlich. In diesem Zusammenhang kommt besonders dem BiÖG und den von ihm erstellten Materialien und durch-

geführten Aufklärungskampagnen eine zentrale Bedeutung zu. Die Erstellung und Weiterentwicklung evidenzbasierter, adressatengerechter Angebote zu Fortpflanzungs- und Verhütungsthemen und die Verbreitung auch unter Berücksichtigung der Mediennutzung der Zielgruppen ist zu fördern und auszubauen. Bspw. könnten Ärztinnen und Ärzte über ihre Webseiten, Social-Media-Kanäle oder digitale Informationsplattformen auf diese Informations- und Beratungsangebote verweisen, um Desinformationen zu begegnen und die Verbreitung von „Verhütungsmythen“ einzudämmen.

Um gerade für Jugendliche einen offenen Umgang mit dem häufig schambesetzten und zum Teil weiterhin tabuisierten Thema Sexualität und Verhütung zu ermöglichen, kommt der Sexual- und Verhütungsaufklärung in den Schulen eine besondere Bedeutung zu. Die Weiterentwicklung und Stärkung von schulischen Inhalten zur Empfängnisverhütung sind daher von besonderer Relevanz, um das Basiswissen zu stärken und über die in dieser Stellungnahme dargestellten vertieften Beratungsangebote zu informieren. Bspw. könnten Verhütungsaspekte wie Unterschiede in der Zuverlässigkeit hormoneller und nicht-hormoneller Verhütungsmethoden und deren richtige Anwendung im Unterricht stärker adressiert werden. Schulen bieten die Möglichkeit, die Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern zu stärken und sie zu befähigen, sich kritisch mit Informationen im Internet und den Social-Media-Kanälen auseinanderzusetzen. Hier obliegt es insbesondere der Bildungsministerkonferenz (KMK), entsprechende Themen aufzugreifen und in den Bildungsstandards abzubilden.

Die in dieser Stellungnahme dargestellten Daten zeigen, dass sich nicht nur ein Wandel im Verhütungsverhalten, sondern auch im Informationsverhalten junger Frauen und Männer vollzieht. Angesichts der damit verbundenen Herausforderungen soll diese Stellungnahme einen Beitrag leisten, um Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie interessierte Frauen und Männer über Verhütungsthemen aktuell und wissenschaftlich fundiert zu informieren. Im Interesse eines offenen und evidenzbasierten Umgangs mit dem Thema Verhütung sind neben Ärztinnen und Ärzten verschiedene Akteure aufgerufen, einen Beitrag zu leisten. Die Stellungnahme soll daher auch ein erster Anstoß sein, sich tiefgreifender mit der Thematik auseinanderzusetzen und erforderliche Maßnahmen abzuleiten.

6 Literaturverzeichnis

1. World Health Organization (WHO): Sexual Health. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 (last accessed on 9 March 2026).
2. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Schwangerschaftsabbrüche: Deutschland, Jahre – Tabelle (1996–2024). <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23311/table/23311-0001> (last accessed on 30 March 2026).
3. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Lebendgeborene und Gestorbene, Geburten-/Sterbeüberschuss (ab 1950) Deutschland. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/Irbev04.html#242408> (last accessed on 14 April 2026).
4. Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten: Versorgung mit Verhütungsmitteln. https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Jahrbuch-ZDF-2025/ZDF_2025_93_Versorgung_mit_Verhuetungsmitteln.pdf (last accessed on 24 March 2026).
5. Statista: Absatz von Notfallkontrazeptiva in deutschen Apotheken nach Versicherungsstatus in den Jahren 2014 bis 2024. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/748424/umfrage/absatz-von-notfallkontrazeptiva-in-deutschen-apotheken/> (last accessed on 28 May 2026).
6. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BiÖG): Wiederholungsbefragung Jugendsexualität. <https://www.sexualaufklaerung.de/jugendsexualitaet/> (last accessed on 30 March 2026).
7. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BiÖG): Wiederholungsbefragung Verhütungsverhalten. <https://www.sexualaufklaerung.de/verhuetungsverhalten/> (last accessed on 30 March 2026).

8. Scharmski S, Dinger L: Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Aktuelle Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität“. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2026; 69: 391–9.
9. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG): Jugendsexualitätsstudie – 10. Welle. Infoblatt. https://www.sexualaufklaerung.de/fileadmin/user_upload/PM_Infoblatt_Jugendsexualitaet_C3%4Atsstudie_10.pdf (last accessed on 11 February 2026).
10. Scharmski S, Hessling A: Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher 2024. Im Fokus: 18– bis 49-Jährige. BIOG-Faktenblatt. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:fb_verhuetung2024-trend (last accessed on 27 March 2026).
11. Knittel T, Olejniczak L: Baden-Württemberg. Repräsentativbefragung frauen leben 4 – Familienplanung im Lebenslauf. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:st_fil4_bawue (last accessed on 30 March 2026).
12. Knittel T, Olejniczak L: Berlin. Repräsentativbefragung frauen leben 4 – Familienplanung im Lebenslauf. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:st_fil4_ber (last accessed on 30 March 2026).
13. Knittel T, Olejniczak L: Niedersachsen. Repräsentativbefragung frauen leben 4 – Familienplanung im Lebenslauf. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:st_fil4_ni (last accessed on 30 March 2026).
14. Knittel T, Olejniczak L: Sachsen. Repräsentativbefragung frauen leben 4 – Familienplanung im Lebenslauf. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:st_fil4_sn (last accessed on 30 March 2026).
15. Le Guen M, Schantz C, Régner-Lolier A, La Rochebrochard E de: Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. Soc Sci Med 2021; 284: 114247.
16. Oppelt PG, Baier F, Fahlbusch C, et al.: What do patients want to know about contraception and which method would they prefer? Arch Gynecol Obstet 2017; 295(6): 1483–91.
17. Oppelt PG, Fahlbusch C, Heusinger K, Lotz L, Dittrich R, Baier F: Situation of Adolescent Contraceptive Use in Germany. Geburtshilfe Frauenheilkd 2018; 78(10): 999–1007.
18. Bitzer J, Oppelt PG, Deten A: Evaluation of a patient-centred, needs-based approach to support shared decision making in contraceptive counselling: the COCO study. The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception 2021; 26(4): 326–33.
19. Scharmski S, Hessling A: Verhütungsverhalten Erwachsener 2023. Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:st_verhuetung2023 (last accessed on 27 March 2026).
20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3926/ESA-RL_2025-07-17_iK_2025-09-24.pdf (last accessed on 28 April 2026).
21. Scharmski S, Hessling A: Im Fokus: Die Pille. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_Pille (last accessed on 7 May 2026).
22. Deutsche Apotheker Zeitung: Absatz der „Pille danach“ seit Sommer 2015 stabil. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/02/16/absatz-der-pille-danach-seit-sommer-2015-stabil> (last accessed on 11 February 2026).
23. Bundesapothekerkammer (BAK): Rezeptfreie Abgabe von oralen Notfallkontrazeptiva („Pille danach“): Handlungsempfehlungen der Bundesapothekerkammer. https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Selbstmedikation/BAK_Handlungsempfehlungen-Checkliste-NFK_20180228_Anpassung_20201214.pdf (last accessed on 24 March 2026).
24. Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten: Versorgung mit Verhütungsmitteln. https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ZDF_2024_94_Versorgung_mit_Verhuetungsmitteln.pdf (last accessed on 24 March 2026).
25. Scharmski S, Hessling A: Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher 2024. Im Fokus: 16– bis 25-Jährige. BIOG-Faktenblatt. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:fb_verhuetung2024-jugend (last accessed on 27 March 2025).
26. Scharmski S, Hessling A: Notfallkontrazeption. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_Not (last accessed on 7 May 2026).
27. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG): S2k-Leitlinie: Nicht-hormonelle Empfängnisverhütung (AWMF-Registernummer 015–095). https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-095_S2k_Nicht-hormonelle-Empfaengnisverhuetung_2024-08.pdf (last accessed on 27 February 2026).
28. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division: Contraceptive use by method 2019: Data Booklet. [New York, NY]: United Nations 2019.
29. Haakenstad A, Angelino O, Irvine CMS, et al.: Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2022; 400(10348): 295–327.
30. Jahn M, Rechberger A, Meissner VH, et al.: Associations of vasectomy with sexual dysfunctions and the sex life of middle-aged men. Andrology 2025; 13(4): 665–74.
31. Huyghe E, Ducrot Q, Costa N: Vasectomy: An increasingly common procedure in France. Fr J Urol 2024; 34(5): 102640.
32. Roland N, Jourdain H, Weill A, Lebâcle C, Zureik M: Vasectomy Procedures on the Rise in France From 2010 to 2022. Perspect Sex Reprod Health 2025; 57(2): 154–61.
33. Nguyen BT: The demand for male contraception: Estimating the potential market for users of novel male contraceptive methods using United States National Survey of Family Growth data. Contraception 2024; 135: 110438.
34. Nguyen BT: Male contraceptive acceptability versus male acceptance of contraceptive responsibility. Andrology 2024; 12(7): 1585–9.
35. Behre HM, Zitzmann M, Anderson RA, et al.: Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men. J Clin Endocrinol Metab 2016; 101(12): 4779–88.
36. Anderson DJ, Johnston DS: A brief history and future prospects of contraception. Science 2023; 380(6641): 154–8.
37. Wang C, Meriggiola MC, Behre HM, Page ST: Hormonal male contraception. Andrology 2024; 12(7): 1551–7.
38. Deutsches Ärzteblatt: Kontrazeptiva für Männer: Neue Richtlinien voraussichtlich noch 2026 2026, 8 January 2026. <https://www.aerzteblatt.de/news/kontrazeptiva-fur-manner-neue-richtlinien-voraussichtlich-noch-2026-f0d37c8f-eafe-489a-89fb-129b07093a71>.
39. Amouroux M, Mieuisset R, Desbrière R, et al.: Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers. PLoS One 2018; 13(5): e0195824.
40. Joubert S, Tcherdikian J, Mieuisset R, Perrin J: Thermal male contraception: A study of users' motivation, experience, and satisfaction. Andrology 2022; 10(8): 1500–10.
41. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al.: Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med 2012; 366(21): 1998–2007.
42. Teal S, Edelman A: Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. JAMA 2021; 326(24): 2507–18.
43. World Health Organization (WHO): Medical eligibility criteria for contraceptive use, sixth edition. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583> (last accessed on 6 May 2026).
44. Ott MA, Sucato GS, Leroy-Melamed M, Hoopes AJ: Contraceptive Counseling and Methods for Adolescents: Clinical Report. Pediatrics 2025; 156(1): e2025072218.
45. Regidor P-A: The clinical relevance of progestogens in hormonal contraception: Present status and future developments. Oncotarget 2018; 9(77): 34628–38.
46. Rivera R, Yacobson I, Grimes D: The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol 1999; 181(5 Pt 1): 1263–9.
47. Wright AA, Fayad GN, Selgrade JF, Olufsen MS: Mechanistic model of hormonal contraception. PLoS Comput Biol 2020; 16(6): e1007848.
48. Hemrika DJ, Slaats EH, Kennedy JC, Vries Robles-Korsen TJ de, Schoemaker J: Pulsatile luteinizing hormone patterns in long term oral contraceptive users. J Clin Endocrinol Metab 1993; 77(2): 420–6.
49. Bitzer J: Pharmacological profile of estrogens in oral contraception. Minerva ginecologica 2011; 63(3): 299–304.
50. Francis JKR, Gold MA: Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review. JAMA Pediatr 2017; 171(7): 694–701.
51. Attia AM, Ibrahim MM, Abou-Setta AM: Role of the levonorgestrel intrauterine system in effective contraception. Patient Prefer Adherence 2013; 7: 777–85.
52. Lähteenmäki P, Rauramo I, Backman T: The levonorgestrel intrauterine system in contraception. Steroids 2000; 65(10–11): 693–7.
53. Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, Rosen K, Zurth C: Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. Fertility and Sterility 2014; 101(6): 1656–62.e1–4.
54. Dinehart E, Lathi RB, Aghajanova L: Levonorgestrel IUD: is there a long-lasting effect on return to fertility? J Assist Reprod Genet 2020; 37(1): 45–52.
55. Lesnewski R: Initiating Hormonal Contraception 2021; 103(5): 291–300.
56. Verma N, Cwiak C, Kaunitz AM: Hormonal Contraception: Systemic Estrogen and Progestin Preparations. Clin Obstet Gynecol 2021; 64(4): 721–38.

57. Sivasankaran S, Jonnalagadda S: Advances in controlled release hormonal technologies for contraception: A review of existing devices, underlying mechanisms, and future directions. *Journal of controlled release: official journal of the Controlled Release Society* 2021; 330: 797–811.
58. Bounous VE, Actis S, Rosso R, et al.: No-daily hormonal contraception today: general overview and application in specific clinical settings. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology* 2023; 39(1): 2214626.
59. Römer T, Frenz A-K, Dietrich-Ott S, Fiedler A: The use of LNG-IUS-19.5 mg in daily gynecological routine practice in Germany: data from the Kyleena™ Satisfaction Study (KYSS). *Arch Gynecol Obstet* 2024; 309(5): 2021–30.
60. Creinin MD, Schreiber CA, Turok DK, Cwiak C, Chen BA, Olariu AI: Levonorgestrel 52 mg intrauterine system efficacy and safety through 8 years of use. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 227(6): 871.e1–871.e7.
61. Jensen JT, Lukkari-Lax E, Schulze-Lax E, Wahdan Y, Serrani M, Kroll R: Contraceptive efficacy and safety of the 52-mg levonorgestrel intrauterine system for up to 8 years: findings from the Mirena Extension Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 227(6): 873.e1–873.e12.
62. Franik S, Bauersachs R, Beyer-Westendorf J, et al.: Hormonal Contraception. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3 Level, AWMF Registry Number 015/015, January 2020). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2021; 81(2): 152–82.
63. Brabakaran S, Veettil SK, Kaiser JE, et al.: Association of Hormonal Contraceptive Use With Adverse Health Outcomes: An Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Clinical Trials and Cohort Studies. *JAMA Netw Open* 2022; 5(1): e2143730.
64. Lidegaard Ø: Hormonal contraception, thrombosis and age. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13(10): 1353–60.
65. Yonis H, Løkkegaard E, Kragholm K, et al.: Stroke and myocardial infarction with contemporary hormonal contraception: real-world, nationwide, prospective cohort study. *BMJ* 2025; 388: e082801.
66. van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Rosendaal FR: The risk of deep venous thrombosis associated with injectable depot-medroxyprogesterone acetate contraceptives or a levonorgestrel intrauterine device. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2010; 30(11): 2297–300.
67. Fitzpatrick D, Pirie K, Reeves G, Green J, Beral V: 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.
68. Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, et al.: Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003; 361(9364): 1159–67.
69. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A: Contraception and health. *Lancet* 2012; 380(9837): 149–56.
70. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH): Clinical Guidance: Contraceptive Choices for Young People (Amended May 2019) 2010.
71. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø: Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(11): 1154–62.
72. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lange T, Lidegaard Ø: Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. *Am J Psychiatry* 2018; 175(4): 336–42.
73. King J: Noncontraceptive uses of hormonal contraception. *J Midwifery Womens Health* 2011; 56(6): 628–35.
74. Maguire K, Westhoff C: The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(4 Suppl): S4–8.
75. Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP: Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update* 2015; 21(5): 640–51.
76. Schrager S, Larson M, Carlson J, Ledford K, Ehrenthal DB: Beyond Birth Control: Noncontraceptive Benefits of Hormonal Methods and Their Key Role in the General Medical Care of Women. *J Womens Health (Larchmt)* 2020; 29(7): 937–43.
77. ESHRE Capri Workshop Group: Ovarian and endometrial function during hormonal contraception. *Hum Reprod* 2001; 16(7): 1527–35.
78. Huber JC, Bentz E-K, Ott J, Tempfer CB: Non-contraceptive benefits of oral contraceptives. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9(13): 2317–25.
79. Kaunitz AM: Oral contraceptive health benefits: perception versus reality. *Contraception* 1999; 59(1 Suppl): 29S–33S.
80. Trussell J: Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011; 83(5): 397–404.
81. Böttcher B, Beckermann MJ, Berger B, et al.: S2k-Guideline Non-hormonal Contraception, Part 1: Natural Family Planning, Lactational Amenorrhea, Barrier Methods, Coitus Interruptus: Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015 – 095, January 2024). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2024; 84(8): 697–714.
82. Böttcher B, Beckermann MJ, Berger B, et al.: S2k-Guideline Non-hormonal Contraception, Part 2: Intrauterine Devices and Sterilization: Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015 – 095, January 2024). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2024; 84(8): 715–36.
83. Sundaram A, Vaughan B, Kost K, et al.: Contraceptive Failure in the United States: Estimates from the 2006–2010 National Survey of Family Growth. *Perspect Sex Reprod Health* 2017; 49(1): 7–16.
84. Moreau C, Cleland K, Trussell J: Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. *Contraception* 2007; 76(4): 267–72.
85. Weller S, Davis K: Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* 2002: CD003255.
86. Lam JUH, Rebolj M, Dugué P-A, Bonde J, Euler-Chelpin M von, Lynge E: Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: systematic review of longitudinal studies. *Journal of medical screening* 2014; 21(1): 38–50.
87. Bundesärztekammer (BÄK), Robert-Koch-Institut (RKI), Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten – Darstellung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft. https://www.wbbaek.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/RL/Blutspende_von_Personen_mit_sexuellem_Risikoverhalten_-_Darstellung_des_aktuellen_Standes_der_medizinischen_Wissenschaft_26.05.2021.pdf (last accessed on 24 March 2026).
88. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE: Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 68(3): 337–44.
89. Workowski KA, Bolan GA: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports* 2015; 64(RR-03): 1–137.
90. Steiner MJ, Cates W, Warner L: The real problem with male condoms is nonuse. *Sex Transm Dis* 1999; 26(8): 459–62.
91. Daly CC, Helling-Giese GE, Mati JK, Hunter DJ: Contraceptive methods and the transmission of HIV: implications for family planning. *Genitourin Med* 1994; 70(2): 110–7.
92. Gallo MF, Kilbourne-Brook M, Coffey PS: A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *Sex Health* 2012; 9(1): 18–26.
93. Trussell J, Strickler J, Vaughan B: Contraceptive efficacy of the diaphragm, the sponge and the cervical cap. *Fam Plann Perspect* 1993; 25(3): 100–5, 135.
94. Lindh I, Othman J, Hansson M, Ekelund A-C, Svanberg T, Strandell A: New types of diaphragms and cervical caps versus older types of diaphragms and different gels for contraception: a systematic review. *BMJ Sex Reprod Health* 2021; 47(3): e12.
95. Frank-Herrmann P, Freundl G, Baur S, et al.: Effectiveness and acceptability of the symptothermal method of natural family planning in Germany. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165(6 Pt 2): 2052–4.
96. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH): Clinical Guidance: Fertility Awareness Methods (Updated November 2015). <https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/ceuguidancefertilityawarenessmethods.pdf> (last accessed on 5 March 2026).
97. Raith-Paula E, Frank-Herrmann P: *Natürliche Familienplanung heute: Modernes Zykluswissen für Beratung und Anwendung*. 6th ed. Berlin, Heidelberg: Springer 2020.
98. World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS: Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/family-planning-a-global-handbook-for-providers-2022.pdf?sfvrsn=46a8d761_3&download=true (last accessed on 30 January 2026).
99. Freundl G, Fehring RJ, Frank-Herrmann P, Gnath C: Study of contraceptive mobile app fails to provide convincing findings. *Contraception* 2019; 99(5): 312.
100. GEO: Rausziehen beim Sex – Wie sicher ist Coitus interruptus? <https://www.geo.de/wissen/verhuetung-beim-sex-wie-sicher-ist-coitus-interruptus-35408008.html> (last accessed on 17 June 2026).
101. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH): FSRH Guideline (March 2023) Intrauterine contraception (Amended Jan 2025). *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2023; 49:Suppl 1.
102. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lähteenmäki P, Heikinheimo O: Intrauterine contraception: incidence and factors associated with uterine perforation – a population-based study. *Hum Reprod* 2012; 27(9): 2658–63.
103. Gatz JL, Armstrong MA, Postlethwaite D, et al.: Association between intrauterine device type and risk of perforation and device expulsion: results from the Association of Perforation and Expulsion of Intrauterine Device study. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 227(1): 57.e1–57.e13.

104. Bahamondes L, Díaz J, Marchi NM, Petta CA, Cristofolletti ML, Gomez G: Performance of copper intrauterine devices when inserted after an expulsion. *Hum Reprod* 1995; 10(11): 2917–8.
105. Keenahan L, Bercaw-Pratt JL, Adeyemi O, Hakim J, Sangi-Haghighi H, Dietrich JE: Rates of Intrauterine Device Expulsion Among Adolescents and Young Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2021; 34(3): 362–5.
106. Grimes DA, Schulz KF: Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; 2001(5).
107. Tepper NK, Steenland MW, Gaffield ME, Marchbanks PA, Curtis KM: Retention of intrauterine devices in women who acquire pelvic inflammatory disease: a systematic review. *Contraception* 2013; 87(5): 655–60.
108. Bussmann S, Luechinger R, Froehlich JM, et al.: Safety of intrauterine devices in MRI. *PLoS One* 2018; 13(10): e0204220.
109. Hofmeyr GJ, Singata-Madliki M, Lawrie TA, Bergel E, Temmerman M: Effects of the copper intrauterine device versus injectable progestin contraception on pregnancy rates and method discontinuation among women attending termination of pregnancy services in South Africa: a pragmatic randomized controlled trial. *Reprod Health* 2016; 13: 42.
110. Li C, Zhao W-H, Meng C-X, et al.: Contraceptive Use and the Risk of Ectopic Pregnancy: A Multi-Center Case-Control Study. *PLoS One* 2014; 9(12): e115031.
111. Anderson DJ, Lucero M, Vining S, et al.: Vasectomy Regret or Lack Thereof. *Health Psychol Res* 2022; 10(3): 38241.
112. Soave A, Kliesch S, Cremers J-F: Kinderwunsch nach Vasektomie: Refertilisierung oder medizinisch assistierte Reproduktionstechniken? *Urologie* 2024; 63(11): 1111–21.
113. Spiliopoulos G: Ergebnisse und Analyse von möglichen Erfolgsprädiktoren der mikrochirurgischen Refertilisierungsoperation nach vorausgegangener Vasektomie. Universität, Münster (Dissertationsschrift).
114. Platz-Christensen JJ, Tronstad SE, Johansson O, Carlsson SA: Evaluation of regret after tubal sterilization. *Int J Gynaecol Obstet* 1992; 38(3): 223–6.
115. Lawrie TA, Kulier R, Nardin JM: Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(9): CD003034.
116. Gormley R, Vickers B, Cheng B, Norman WV: Comparing options for females seeking permanent contraception in high resource countries: a systematic review. *Reprod Health* 2021; 18(1): 154.
117. van Seeters JAH, Chua SJ, Mol BWJ, Koks CAM: Tubal anastomosis after previous sterilization: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2017; 23(3): 358–70.
118. Cibula D, Widschwendter M, Májek O, Dusek L: Tubal ligation and the risk of ovarian cancer: review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2011; 17(1): 55–67.
119. Lessard-Anderson CR, Handlogten KS, Molitor RJ, et al.: Effect of tubal sterilization technique on risk of serous epithelial ovarian and primary peritoneal carcinoma. *Gynecol Oncol* 2014; 135(3): 423–7.
120. Cook LA, Pun A, Gallo MF, Lopez LM, van Vliet HAAM: Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 2014(3): CD004112.
121. Yang F, Li J, Dong L, et al.: Review of Vasectomy Complications and Safety Concerns. *World J Mens Health* 2021; 39(3): 406–18.
122. Silber SJ: Sperm granuloma and reversibility of vasectomy. *Lancet* 1977; 2(8038): 588–9.
123. Leissner J, Reiher F, Böhm M, Allhoff EP: Die ambulante Vasektomie. Risiken und Komplikationen. *Urologe A* 2003; 42(8): 1029–34.
124. Leslie TA, Illing RO, Cranston DW, Guillebaud J: The incidence of chronic scrotal pain after vasectomy: a prospective audit. *BJU Int* 2007; 100(6): 1330–3.
125. Badrakumar C, Gogoi NK, Sundaram SK: Semen analysis after vasectomy: when and how many? *BJU Int* 2000; 86(4): 479–81.
126. Bodiwala D, Jeyarajah S, Terry TR, Griffiths TRL: The first semen analysis after vasectomy: timing and definition of success. *BJU Int* 2007; 99(4): 727–8.
127. Zhao K, Wu L, Kong X, et al.: Long-term safety, health and mental status in men with vasectomy. *Sci Rep* 2018; 8(1): 15703.
128. Duan H, Deng T, Chen Y, et al.: Association between vasectomy and risk of testicular cancer: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2018; 13(3): e0194606.
129. Randall S, Boyd J, Fuller E, et al.: The Effect of Vasectomy Reversal on Prostate Cancer Risk: International Meta-Analysis of 684,660 Vasectomized Men. *J Urol* 2018; 200(1): 121–5.
130. Davenport MT, Zhang CA, Leppert JT, Brooks JD, Eisenberg ML: Vasectomy and the risk of prostate cancer in a prospective US Cohort: Data from the NIH-AARP Diet and Health Study. *Andrology* 2019; 7(2): 178–83.
131. Seikkula H, Kaipia A, Hirvonen E, et al.: Vasectomy and the risk of prostate cancer in a Finnish nationwide population-based cohort. *Cancer Epidemiol* 2020; 64: 101631.
132. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH): FSRH Guideline (January 2019) Combined Hormonal Contraception (Revision due by January 2024). <https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-guideline-combined-hormonal-contraception-october-2023.pdf> (last accessed on 28 April 2026).
133. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG): S3-Leitlinie: Hormonelle Empfängnisverhütung (AWMF-Registernummer 015/015, in Überarbeitung). https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-015_S3_Hormonelle_Empfaengnisverhuetung_2020-09.pdf (last accessed on 18 February 2026).
134. Genazzani AR, Fidicicchi T, Arduini D, Giannini A, Simoncini T: Hormonal and natural contraceptives: a review on efficacy and risks of different methods for an informed choice. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology* 2023; 39(1): 2247093.
135. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Verhütungsmittel. <https://www.gesundheitsinformation.de/verhuetungsmittel.html> (last accessed on 6 May 2026).
136. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BfÖG): Verhütungsmethoden. <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden> (last accessed on 5 May 2026).
137. Scharmski S, Hessling A: Verhütungsinformationen im Internet. Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung zum Verhütungsverhalten 2024. FORUM Sexuaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BfÖG) 2025; 2: 71–8.
138. Vieth SJ, Hartmann-Boyce J, Maass N, Jani A: Survey of young women's state of knowledge and perceptions about oral contraceptives in Germany. *AJOG Glob Rep* 2022; 2(4): 100119.
139. Allerstorfer C, Reiter E, Shebl O, et al.: Influence of basic knowledge about female health, physiology, and contraception on unintended pregnancies: an international multicenter survey among women in Austria, Germany and Switzerland. *Arch Gynecol Obstet* 2024; 310(2): 1267–73.
140. Scharmski S, Hessling A: Sexuaufklärung in der Schule. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_Schule (last accessed on 7 May 2026).
141. Anton J: Eine neue sexuelle Revolution. Frankfurter Allgemeine (FAZ) 2026, 22 March 2026. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/jugendliche-erleben-ihr-erstes-mal-spaeter-das-ist-eine-neue-sexuelle-revolution-200654839.html>.
142. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BfÖG): Erste sexuelle Erfahrungen: Jugendliche warten länger und verhüten sicher (Pressemitteilung). <https://www.bioeg.de/presse/pressemitteilungen/2026-01-22-erste-sexuelle-erfahrungen-jugendliche-warten-laenger-und-verhueten-sicher> (last accessed on 18 February 2026).
143. Scharmski S, Hessling A: Sexuaufklärung und Verhütungsberatung im Elternhaus. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_Eltern (last accessed on 7 May 2026).
144. Scharmski S, Hessling A: Im Fokus: Frauenärztinnen und Frauenärzte. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_Gynaekologie (last accessed on 7 May 2026).
145. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Neue „Mädchensprechstunde M1“: Frauenarztpraxen können sich in Selektivvertrag einschreiben. <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2024/08-01/Neue%20M-M%C3%A4dchensprechstunde%20M1--%20Frauenarztpraxen%20k%C3%B6nnen%20sich%20in%20Selektivvertrag%20einschreiben> (last accessed on 24 February 2026).
146. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1270/RL-JUG_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf (last accessed on 24 February 2026).
147. Gille G: Jungensprechstunde: Weiße Männergesundheits bei Jungengesundheit anfängt. *Urologe A* 2014; 53(2): 184–90.
148. Kramer H, Lehmann J, Klapp C, Layer C, Mais A, Kriwy P: Gibt's auch 'nen Frauenarzt für Männer?: Eine randomisiert kontrollierte Studie der ÄGGF-Präventionsveranstaltungen in Schulen als Brücke zur Jungensprechstunde beim Urologen. *Urologe A* 2018; 57(10): 1230–9.
149. Grundl S, Nagler J, Saar M, Kranz J: Jungengesundheit im Fokus: Wissensstand, Präventionslücken und gesundheitliche Förderung männlicher Heranwachsender. *Urologie* 2025; 64(7): 636–44.

150. Steffens J, Anheuser P, Kranz J: Jungensprechstunde – der Urologe als Jungengarzt. *Urologie* 2025; 64(7): 633–5.
151. Döring N, Lehmann S: Nutzung und Bewertung von Verhütungsinformationen in Sozialen Medien: Eine Interviewstudie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Z Sex Forsch* 2023; 36(02): 66–75.
152. Bundesärztekammer (BÄK): Handreichung der Bundesärztekammer – Ärztinnen und Ärzte in sozialen Medien: Worauf Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinstudierende bei der Nutzung sozialer Medien achten sollten. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Digitalisierung/2023-01-19_Handreichung_Aerzte_in_sozialen_Medien.pdf (last accessed on 16 March 2026).
153. Caron J, Cahill EP: Birth control: contraception conversations on social media. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2025; 37(6): 409–15.
154. Döring N, Lehmann S, Schumann-Doermer C: Verhütung auf YouTube, Instagram und TikTok: Eine Inhalts- und Qualitätsanalyse. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2023; 66(9): 990–9.
155. Döring N: Verhütung in Sozialen Medien – eine Inhalts- und Qualitätsanalyse. *BZgA-Faktenblatt*. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_verhuetung-social-media (last accessed on 7 May 2026).
156. Oranganje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE: Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2(2): CD005215.

7 Mitwirkende

Mitglieder des Arbeitskreises

Prof. Dr. med. Stefan Endres, ehem. Direktor der Abteilung für Klinische Pharmakologie, Ludwig-Maximilians-Universität München

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, Klinikdirektorin und Lehrstuhlinhaberin, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Zentrallabor – Bereich Forschung und Lehre, Universitätsklinikum Essen

Univ.-Prof. Dr. med. Julia Gallwas, Direktorin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Georg-August-Universität, Universitätsmedizin Göttingen (Federführung)

Prof. Dr. med. Sabine Kliesch Direktorin der Klinik für Andrologie des Centrums für Reproduktionsmedizin und Andrologie, Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel, Leiter des Universitären Interdisziplinären Kinderwunschzentrums Düsseldorf UniKiD, Frauenklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (stellv. Federführung)

Christine Neumann-Grutzeck, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Patricia G. Oppelt, Stellvertretende Oberärztin an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen

Prof. Dr. med. Sabine Segerer, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkt: Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Kinderwunschzentrum Altonaer Straße, Hamburg

PD Dr. med. Dana Seidlová-Wuttke, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Leiterin der Gynäkologischen Endokrinologie-Sprechstunde, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Georg-August-Universität, Universitätsmedizin Göttingen sowie Praxis „Hormon-Gewichtssprechstunde“, Göttingen

Beratend Mitwirkende

Dr. med. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Geschäftsführung

Dr. med. Wiebke Pühler, Berlin

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Sabine Schwarz, Berlin

Sekretariat

Viviane Kljaić, Berlin

Korrespondenzadresse

Bundesärztekammer
Dezernat 6 – Wissenschaft, Forschung und Ethik
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
E-Mail: dezernat6@baek.de