Kontrazeption bei sehr jungen Mädchen

Ungewollte Schwangerschaften bei sehr jungen Mädchen werden als besonders dramatisch empfunden. Umso wichtiger ist es daher, diese von vornherein zu vermeiden und den Mädchen Zugang zu einer zuverlässigen, für sie gut praktikablen Kontrazeption zu verschaffen. Leider gibt es in der Altersgruppe der Adolescentinnen nicht viele Studien, die verschiedene Kontrazeptiva miteinander vergleichen. Dabei sind eine hohe kontrazeptive Sicherheit und gute Anwendbarkeit bei sehr jungen Mädchen von besonderer Bedeutung. Die Compliance und das Fortführen einer kontrazeptiven Methode werden oft von den Nebenwirkungen und der Verträglichkeit bestimmt. Junge Mädchen machen sich oft Sorgen, ob sie beispielsweise von der Pille dick werden, wie sich die Haut verändert und was die Pille für Auswirkungen auf die Stimmung hat. Die Rückkehr der Fertilität kann ebenso eine Rolle spielen wie die Angst vor Krebserkrankungen, die durch die Pille hervorgerufen werden. Weitere Risiken wie das Thromboserisiko oder die Auswirkungen auf die Knochendichte gehören eher nicht zu den häufigen Fragen der jungen Mädchen. Zwischenblutungen werden seitens der Mädchen selten im Beratungsgespräch thematisiert, sind aber in der Praxis ein häufiger Grund, die Pilleneinnahme wieder zu beenden.

Das erste Mal

Sexualität ist in den Medien allgegenwärtig. Jugendliche werden früh mit einer Informationsflut konfrontiert. Somit könnte man annehmen, dass auch der erste Geschlechtsverkehr in einem jüngeren Alter als beispielsweise vor 20 Jah-

ren stattfindet, zumal auch der Zeitpunkt der Pubertätsentwicklung und die Menarche früher stattfinden. Dieses konnte aber in Untersuchungen nicht bestätigt werden. Der Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs hat sich in den letzten Jahren nicht vorverlegt: In einer deutschen Befragung gaben weniger als 6 % der 14-jährigen Mädchen an, dass sie bereits Geschlechtsverkehr hatten. Bei den Mädchen sind etwa 72 % beim ersten Sex mit dem Partner fest befreundet, bei den Burschen sind es 51 % [5].

Rechtliche Hintergründe

Die Geschäftsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen liegt ab Vollendung des 7. Lebensjahres bedingt und ab Vollendung des 18. Lebensjahres vollständig vor. Eine eigenständige Einwilligung in gesundheitlichen Belangen wird jedoch Minderjährigen ab Erreichen der Entscheidungsfähigkeit (ehemals Urteils- und Einsichtsfähigkeit) zugesprochen.

Laut Gesetz ist konsensueller sexueller Kontakt verboten, aber nicht strafbar, wenn beide Partner unter 14 Jahren sind. Wenn beide Partner über 14 Jahre alt sind, ist sexueller Kontakt erlaubt. Wenn eine Person unter 14 Jahre alt ist, macht sich der/die Ältere ab einem bestimmten Altersunterschied strafbar.

Konsensuelle sexuelle Kontakte, bei denen es nicht zum Geschlechtsverkehr kommt, bleiben straflos, wenn der Altersunterschied zwischen den Jugendlichen nicht mehr als vier Jahre beträgt und die jüngere Partnerin/der jüngere Partner bereits 12 Jahre alt ist. Kommt es zum Geschlechtsverkehr, bleibt dies straflos, wenn der Altersunterschied nicht mehr als drei Jahre beträgt und die Jüngere/der

Jüngere bereits 13 Jahre alt ist. Mehrere Beispiele zu verschiedenen Alterskonstellationen sind im Internet zu finden (https://www.oesterreich.gv.at/themen/jugendliche/sexuelle_kontakte.html).

Beratung

Eine Beratung über kontrazeptive Maßnahmen sollte auch einen selbstbewussten und -verantwortlichen Umgang mit Sexualität und Fruchtbarkeit zum Ziel haben. Aus medizinischer Sicht sollten absolute und relative Kontraindikationen herausgefunden werden.

Die medizinische Anamnese sollte neben der Stammdatenerfassung mit Risikofaktoren, wie Alkohol und Rauchen, sowie der Familienanamnese im Hinblick auf das Thromboserisiko oder Krebserkrankungen, insbesondere auf die gynäkologische Anamnese mit bereits stattgehabter sexueller Aktivität, Schwangerschaften oder etwaigen Schwangerschaftsabbrüchen und bereits erfolgter Humane-Papillomviren-Impfung fokussieren. Des Weiteren sind Blutdruckmessung und Body-Mass-Index wichtige Bestandteile der körperlichen Untersuchung. Von einer gynäkologischen Untersuchung bei Mädchen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, sollte abgesehen werden. Jedoch sollte der Ablauf von eben dieser anhand des gynäkologischen Stuhls oder Spekula demonstriert werden. Bei sexuell aktiven Adolescentinnen muss nicht bereits bei Erstkontakt eine Krebsvorsorge mittels Papanicolaou-Abstrich erfolgen; jedoch sollte eine langfristige gynäkologische Anbindung angesprochen und die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen im Verlauf sichergestellt werden.

Tab. 1 WHO-Empfehlungen zur Kontrazeption bei Adolescentinnen

	COC Pflaster Ring	Gestagen only	DMPA (Implantat)	Spirale (Kupfer und LNG)	Bemerkungen der WHO
Menarche bis 18 Jahre	1	1	2	1	Langzeiteffekt auf Knochendichte unklar/reversibel
Menarche bis 18 Jahre und BMI >30 kg/m ²	1	1	2	–	Zusätzliche Gewichtszunahme unter DMPA beachten

BMI Body-Mass-Index; COC „combined oral contraception“; DMPA Depotmedroxyprogesteronacetat; LNG Levonorgestrel

Die Beratung sollte altersangemessen, in Ruhe und unvoreingenommen erfolgen. Das Mädchen sollte in den Entscheidungsprozess eingebunden werden. Es gilt herauszufinden, welche Faktoren für das jeweilige Mädchen von besonderer Bedeutung sind, z. B. die Sicherheit oder die Verträglichkeit einer Methode, wie die Anwendung gewünscht wird, welche Rollen die Kosten spielen. Die Compliance im Hinblick auf die Verlässlichkeit der Einnahme sollte – soweit das möglich ist – beurteilt und ein Termin zur Verlaufskontrolle vereinbart werden.

Es sollte auch Bestandteil der Beratung sein, das Mädchen im Nachdenken über die Bedeutung von Verhütung und Fruchtbarkeit zu unterstützen. Eine kontinuierliche Anwendung sollte gefördert werden; Hilfsmittel für eine optimale Nutzung der Verhütungsmittel wie z. B. Apps oder Smartphone-Reminder können die Compliance verbessern. Auch Kontrolltermine können zu einer kontinuierlichen Anwendung beitragen. Die Handhabung des Verhütungsmittels sollte einfach und auch die Verschreibung nach der Beratung für das Mädchen einfach möglich sein.

Neben der Erläuterung grundlegender Aspekte der Verhütung und der verfügbaren Methoden sollten den Mädchen auch Möglichkeiten der Notfallkontrazeption und der Zugang zu diesen erklärt werden.

Kontrazeptive Methoden

Grundsätzlich sollte – egal, welche Methode gewählt wird – über den zusätzlichen Nutzen der Kondomverwendung zur Vermeidung von sexuell übertragbaren Krankheiten aufgeklärt werden [11]. Dieses ist insbesondere bei häufig wechselnden Partner*innen von Bedeutung.

Laut WHO („medical eligibility criteria for contraceptive use“ 2015) ist das Alter allein kein Grund, Adolescentinnen eine bestimmte Verhütungsmethode zu verwehren. Die Nebenwirkungen einer Methode sollten dem Benefit der Vermeidung einer Schwangerschaft gegenübergestellt werden. Soziale Reife und das Verhalten des Mädchens sollten berücksichtigt werden; eine ausführliche Beratung wird empfohlen.

In den Empfehlungen der WHO zur Kontrazeption werden folgende Methoden ab der Menarche bis zum 18. Lebensjahr als unbedenklich bezeichnet: kombinierte orale Kontrazeptiva, weitere Kombinationspräparate wie das Pflaster oder der Vaginalring, reine Gestagenpräparate und sowohl die Kupfer- als auch die Hormonspirale (■ Tab. 1). Es wird nicht weitergehend zwischen unterschiedlichen Östrogendosierungen, verschiedenen Gestagenen oder Hormon- bzw. Kupferspiralen in den entsprechenden Größenanfertigungen differenziert. Andere Kupferpräparate wie der Kupferball oder die Kupferkette bzw. die Goldspirale werden in den Empfehlungen nicht erwähnt. Beim Implantat mit Depotmedroxyprogesteronacetat (DMPA), also der Dreimonatsspritze, wird der Nutzen größer als das Risiko bewertet – Langzeiteffekte auf die Knochendichte sind allerdings nicht abschließend geklärt.

Diese Empfehlungen gelten auch für adipöse Mädchen mit einem Body-Mass-Index über 30 kg/m², wobei hier eine zusätzliche Gewichtszunahme bei DMPA unbedingt beachtet werden muss [6].

In der groß angelegten deutschen TANCO-Studie wurden Adolescentinnen zwischen 14 und 18 Jahren insbesondere analysiert [10]. Sie (n = 2699) wurden online zu ihrer aktuellen Verhü-

tung, ihrem Wissen über verschiedene kontrazeptive Methoden und zur Zufriedenheit mit der Beratung gefragt. Dem Namen nach kannten Adolescentinnen durchschnittlich etwa fünf verschiedene Verhütungsmethoden. Allerdings waren die Kenntnisse über Wirkweisen sehr limitiert, selbst bei den Anwenderinnen der jeweiligen Methode. Interessanterweise zeigte sich in der Befragung ein starkes Interesse an Methoden einer Langzeitverhütung.

In dieser Studie wurde auch die aktuelle Verhütungsmethode erfragt: Es zeigte sich, dass 86 % der Mädchen mit der Kombinationspille, 2,6 % mit einer reinen Gestagenpille, 2 % mit dem Vaginalring, 0,5 % mit der Dreimonatsspritze und 0,9 % mit der Hormonspirale verhüten. Nur mit einem Kondom verhüten 4,1 %.

Im Hinblick auf die Langzeitverhütung stellt sich die Frage, warum nicht mehr Mädchen mit diesen Methoden verhüten. Die Spirale wird beispielsweise angewandt, wenn Kontraindikationen gegen Kombinationspräparate oder Complianceprobleme bestehen. Gerade bei jungen Mädchen bestehen oft Bedenken durch verschreibende Ärztinnen und Ärzte sowie Sorgen durch die Anwenderinnen, dass mehr Komplikationen als bei erwachsenen Frauen auftreten könnten, die im schlimmsten Fall zur Unfruchtbarkeit führen können. Die Datenlage bestätigt dieses nicht: Beispielsweise traten bei Mädchen unter 19 Jahren, bei denen die Einlage einer Spirale in Lokalanästhesie erfolgte, Entzündungen in 4,6 %, Ausstoßungen in 2,9 % und Entfernungen in 13 % auf [2]. Entzündliche Erkrankungen traten in allen Altersgruppen bei 2 % der Einlagen auf [1]. Eine weitere Untersuchung zeigte, dass die Komplikationen,

die bei einer Spiraleinlage auftreten, sich zwischen den Altersgruppen nicht signifikant unterscheiden [3]. Die Hormonspirale wurde insbesondere bei Adolescentinnen besser vertragen als die Kupferspirale [4]. Eine Untersuchung, die ausschließlich Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren mit einer levonorgestrelhaltigen Spirale betrachtete, zeigte, dass die Einlage in 303 von 304 Versuchen erfolgreich war. Nach einem Jahr hatten 51 Mädchen die Spirale entfernen lassen, knapp 84 % der Mädchen waren weiterhin zufrieden. Gründe für die Entfernung waren Unterbauchschmerzen, Dislokation und Akne [7].

Prinzipiell sind kombinierte hormonelle Kontrazeptiva ab der Menarche möglich. In diesem Zusammenhang wird der Aspekt der Knochendichte kontrovers diskutiert. Eine Verringerung der Knochendichte, die möglicherweise reversibel ist, wurde unter der Anwendung verschiedener hormoneller Kontrazeptiva gezeigt. Daher wird in einigen Publikationen die Verwendung eines Kombinationspräparats mit 30 µg Ethinylestradiol empfohlen, um die maximale Knochendichte zu erreichen. Eine abschließende Bewertung liegt allerdings noch nicht vor [8].

Reine Gestagenpräparate werden häufig bei Kontraindikationen gegen Östrogene verschrieben. Lang wirksame reversible Kontrazeptiva wie das subkutane Implantat mit Etonogestrel oder die Dreimonatsspritze können auch bei Adolescentinnen angewandt werden. Eine häufige Nebenwirkung des Implantats sind Zwischenblutungen – nach einem Jahr hatten in einer Studie mit knapp 100 Mädchen 35 % das Implantat wieder entfernen lassen [9].

Ein wichtiger Punkt bei der Verschreibung hormoneller Kontrazeptiva ist das Vergessen einer Pille, wenn ein orales Präparat eingenommen wird. In einer Befragung der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berichteten zwei Drittel der Mädchen, dass sie die Einnahme der Pille schon einmal vergessen hatten und ein Drittel der Mädchen hatte die Pille schon einmal vergessen mitzunehmen, wenn sie auswärts übernachteten [5]. Die Compliance wird laut dieser Umfrage durch Nebenwirkun-

Paediatr. Paedolog.

<https://doi.org/10.1007/s00608-021-00926-1>

© Der/die Autor(en) 2021

B. Böttcher · H. Hosa

Kontrazeption bei sehr jungen Mädchen

Zusammenfassung

Insbesondere bei sehr jungen Mädchen sollten Schwangerschaften im Teenageralter vermieden werden. Daher ist eine altersgemäße Verhütungsberatung von besonderer Bedeutung. Den Mädchen sollten verschiedene Methoden erklärt und gemeinsam eine Methode gewählt werden, die einfach in der Handhabung und verlässlich in der Anwendung ist. Ein Großteil der Mädchen entscheidet sich für die Verhütung mittels einer kombinierten Pille, auch wenn in Studien das Interesse an langwirksamen reversiblen Kontrazeptiva hoch war. Eine zusätzliche Anwendung eines Kondoms zum Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen sollte empfohlen werden.

Schlüsselwörter

Verhütung · Adolescentinnen · Aufklärung · Pille · Kondom

Contraception in Very Young Girls

Abstract

Teenage pregnancies in young girls in particular should be avoided if possible. For this reason, age-appropriate contraceptive counselling is of special importance. Different methods of contraception should be explained to the girls and a method chosen that is easy to use and reliable. Most girls choose contraception by means of a combined pill, although studies showed that there was great interest in long-acting reversible contraceptives. Additional use of a condom to protect against sexually transmitted diseases should be recommended.

Keywords

Contraception · Adolescent girls · Sex education · Contraceptive pill · Condom

Hier steht eine Anzeige.

Springer

gen wie Zwischenblutungen, Gewichtszunahme, Kopfschmerzen und Libidoverlust weiter eingeschränkt.

Eine Alternative zur oralen Einnahme stellt der vaginale Kontrazeptionsring dar, der über 3 Wochen kontinuierlich Hormone freisetzt. Die Anwendung ist möglich, sobald das Mädchen auch Tampons verwenden kann. Die Akzeptanz der vaginalen Anwendung ist sehr unterschiedlich und setzt eine hohe Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper voraus.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass die meisten Studien, die Kontrazeptiva bei Adolescentinnen untersuchen, den Altersbegriff sehr weit fassen und Frauen bis zu 25 Jahren einschließen. Die Datenlage von Studien, die ausschließlich sehr junge Mädchen zwischen 12 und 16 Jahren analysieren, ist sehr limitiert.

Fazit für die Praxis

Bei sehr jungen Mädchen sollte eine altersangemessene Beratung erfolgen. Prinzipiell sind alle reversiblen Methoden der Kontrazeption sinnvoll. Die Anwendung sollte einfach, sicher und verlässlich sein. Auch die Notfallkontrazeption sollte Teil der Aufklärung sein. Unabhängig von der gewählten Methode ist die zusätzliche Anwendung eines Kondoms zur Vermeidung von sexuell übertragbaren Erkrankungen anzuraten.

Korrespondenzadresse

© Tirol Kliniken

PD Dr. med. B. Böttcher, MA
Klinik für Gynäkologische
Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin,
Medizinische Universität
Innsbruck
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck,
Österreich
Bettina.boettcher@i-med.ac.at

Funding. Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Böttcher und H. Hosa geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V (2014) Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 123(3):585–592. <https://doi.org/10.1097/AOG.000000000000144>
2. Bayer LL, Jensen JT, Li H, Nichols MD, Bednarek PH (2012) Adolescent experience with intrauterine device insertion and use: a retrospective cohort study. *Contraception* 86(5):443–451. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.03.014>
3. Behringer T, Reeves MF, Rossiter B, Chen BA, Schwarz EB (2011) Duration of use of a levonorgestrel IUS amongst nulliparous and adolescent women. *Contraception* 84(5):e5–e10. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.05.010>
4. Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS (2013) Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol* 121(5):951–958. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31828b63a0>
5. Bode H, Heßling A (2015) Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
6. Bonny AE, Lange HL, Hade EM et al (2015) Serum adipocytokines and adipose weight gain: a pilot study in adolescent females initiating depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 92(4):298–300. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.05.014>
7. Gemzell-Danielsson K, Böhling KJ, Dermout SM et al (2016) A Phase III, single-arm study of LNG-IUS 8, a low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (total content 13.5 mg) in postmenarcheal adolescents. *Contraception*. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.02.004>
8. Goshtasebi A, Subotic Brajic T, Scholes D, Beres Lederer Goldberg T, Berenson A, Prior J (2019) Adolescent use of combined hormonal contraception and peak bone mineral density accrual: a meta-analysis of international prospective controlled studies. *Clin Endocrinol (Oxf)* 90(4):517–524. <https://doi.org/10.1111/cen.13932>
9. Obijuru L, Bumpus S, Auinger P et al (2016) Etonogestrel implants in adolescents: experience, satisfaction, and continuation. *J Adolesc Health* 58(3):284–289. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.254>
10. Oppelt PG, Fahlbusch C, Heusinger K, Lotz L, Dittrich R, Baier F (2018) Situation of adolescent contraceptive use in Germany. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 78(10):999–1007. <https://doi.org/10.1055/a-0684-9838>
11. Potter J, Santelli JS (2015) Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. *Minerva Pediatr* 67(1):33–45

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Hier steht eine Anzeige.