

Ziele und Herausforderungen

Kontrazeption bei adolescenten Patientinnen

Dr. med. Martine Jacot-Guillarmod, Dr. med. Cécile Diserens

Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)



Die Verschreibung von Kontrazeptiva sowie deren Langzeitanwendung bei adolescenten Patientinnen verfolgt besondere Ziele und geht mit für diese Population spezifischen Herausforderungen einher.

Einleitung

Die Geburtenrate bei weiblichen Adolescenten in der Schweiz ist mit 2,1 Schwangerschaften auf 1000 weibliche Jugendliche von 15–19 Jahren im Jahr 2017 eine der niedrigsten weltweit. Die Rate der Schwangerschaftsabbrüche in dieser Population liegt bei 3,5/1000. Trotz dieser ermutigenden Daten, die nicht nur beweisen, dass Sexualerziehung in der Schule wichtig und effektiv ist, sondern auch der Zugang zu Verhütungsmitteln gut ist, besteht die Hauptaufgabe bezüglich der sexuellen Gesundheit Jugendlicher nach wie vor in der Verhinderung ungewollter Schwangerschaften. Eine ungewollte Schwangerschaft kann mit zahlreichen medizinischen (Blutungsrisiko, Frühgeburt usw.) und vor allem psychosozialen Komplikationen durch die Unterbrechung der Berufsausbildung und den kurz- sowie langfristigen Verlust sozialer Bindungen einhergehen.

In den westlichen Industrieländern beträgt das Durchschnittsalter beim ersten Geschlechtsverkehr 17 Jahre [1]. Obgleich das sexuelle Interesse bereits im frühen Jugendalter erwacht, kommt Geschlechtsverkehr vor einem Alter von 14 Jahren nur selten vor und sollte Fachpersonen auf eine möglicherweise vorliegende Risikosituation aufmerksam werden lassen [2].

Trotz der hohen Compliance-Anforderungen an die Nutzerinnen und die hohe Versagerrate bei falscher oder unregelmässiger Anwendung sind Kondome und kombinierte Pillenpräparate die bei Jugendlichen am häufigsten verwendeten Verhütungsmittel. Eine 2011 veröffentlichte amerikanische Studie hat gezeigt, dass adolescenten Patientinnen, die sogenannte Kurzzeitkontrazeptiva wie die Pille oder Kondome verwenden, im Gegensatz zur Nutzung sogenannter reversibler Langzeitkontrazeptiva («long acting reversible contraception» [LARC]), häufig nur eine geringe Langzeit-Compliance in Kombination mit einer hohen Rate ungeplanter Schwangerschaften aufweisen [3]. In der Schweiz wurde

zu diesem Thema ebenfalls eine Studie durchgeführt; auch hier erwies sich die Pille als eine der Verhütungsmethoden mit der geringsten Langzeit-Compliance, letztere jedoch bedeutend höher als in den USA [4].

Die Bedeutung der sexuellen Gesundheit als Indikator für die allgemeine Gesundheit weiblicher Adolescenten und vor allem das Thema Verhütung müssen mit jeder jugendlichen Patientin besprochen werden, sei es beim Pädiater, Hausarzt oder Gynäkologen. Daher sollten idealerweise alle Ärztinnen und Ärzte, die weibliche Adolescenten betreuen, über ausreichend Routine verfügen, um systematisch Fragen im Zusammenhang mit Sexualität zu stellen, und sich bezüglich der verfügbaren Kontrazeptiva auskennen. Ein vertraulicher und urteilsfreier Rahmen schafft das erforderliche Vertrauensklima, um eine gute Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen und diese Themen besprechen zu können.

Besonderheiten der adolescenten Patientin

Das Jugendalter ist eine Entwicklungs- und Übergangsphase, die durch starke körperliche, psychologische und soziale Veränderungen geprägt ist. Sie geht mit der Entdeckung der Sexualität und eines sich verändernden Körpers bei gleichzeitiger relativer Unkenntnis der eigenen Anatomie, aber auch mit körperlichen und psycho-emotionalen Reaktionen einher. Die für den Abschluss des in diesem Übergangsalter typischen Abnabelungsprozesses erforderliche Hirnreifung bietet eine Erklärung für einige in diesem Alter spezifischen Probleme, wie die Schwierigkeit von Projektionen in die Zukunft und das Eingehen von Risiken, besonders im sexuellen Bereich. Folglich ist bei der Betreuung jugendlicher Patientinnen eine auf ihre Bedürfnisse und ihr jeweiliges Entwicklungsstadium abgestimmte Vorgehensweise erforderlich.



Martine Jacot-Guillarmod

Tabelle 1: Laut HEADSSS-Fragebogen anzusprechende Themen.

Home (Lebensort, zusammen mit wem, familiäre Situation usw.)
Education (Schule, aktuelle Situation, Zukunftspläne usw.)
Activities/Alimentation (Sport und Freizeitaktivitäten, beste/-r Freund/-in, Körperbild, Ernährungsgewohnheiten usw.)
Drugs (Drogenkonsum und -missbrauch: Tabak, Alkohol, Cannabis, illegale Drogen usw.)
Sexuality (sexuelle Identität/Ausrichtung, Erwartungen, Liebes-/sexuelle Beziehungen, Gewalt, Verhütung usw.)
Security (Risikofreudigkeit, Unfallprävention)
Suicide/ mental health (Stimmungslage, Laune, Ängste, schwarze Gedanken, suizidales Verhalten usw.)

Der HEADSSS-Fragebogen («home, education, activities, drugs, sexuality, security, suicide») ist ein wichtiges Tool zur Erfassung der psychosozialen Situation jugendlicher Patientinnen während der Konsultation (Tab 1). Er hilft dabei, ihren Lebenskontext zu erfahren und sie ganzheitlich zu betrachten, wobei alle Informationen stets vertraulich behandelt werden. Nachfolgend ist eine individuelle Beratung möglich. Zudem erleichtert der HEADSSS-Fragebogen den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung.

Jugendliche Patientinnen zeichnen sich durch eine hohe Fruchtbarkeit aus, wobei kurzfristig gesehen selten ein Schwangerschaftswunsch besteht. So stellt die Verhütung eine langfristige Herausforderung dar, da der Schwangerschaftswunsch, auch wenn bereits geäußert, oft erst mehrere Jahre später aktuell ist. Daher sind Ärzte, die Kontrazeptiva verschreiben, verantwortlich, die Langzeit-Compliance mit der gewählten Methode zu kontrollieren. Anhand aktueller prospektiver Daten aus

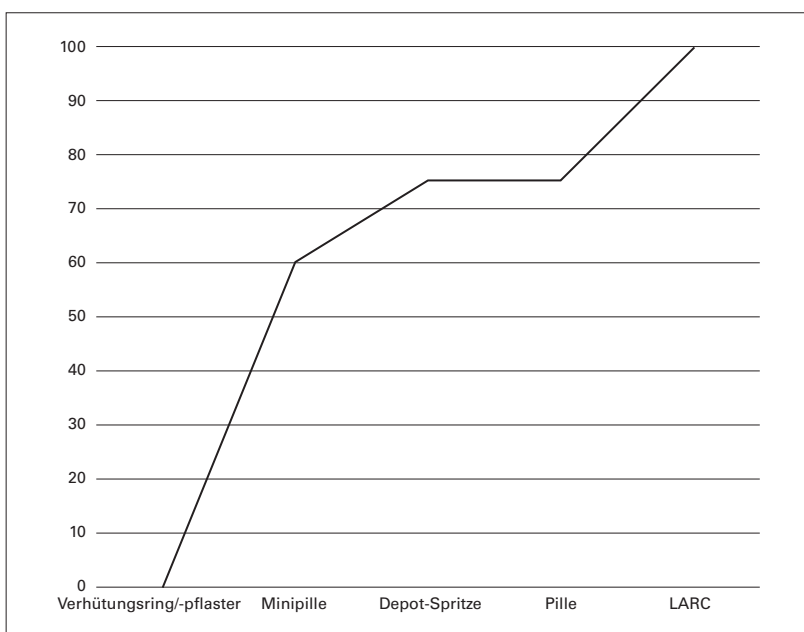


Abbildung 1: Anwendungsrate nach einem Jahr pro Methode: 0% Verhütungsring/-pflaster, 60% Minipille, 75% Depot-Spritze, 75,2% kombinierte Pille, 100% «long acting reversible contraception» (LARC).

der Westschweiz konnten wir feststellen, dass die Langzeit-Compliance bei der Anwendung von Kontrazeptiva in unserer Population adoleszenter Patientinnen im internationalen Vergleich hoch ist. Dennoch variiert diese je nach gewählter Methode (Abb. 1). Wie erwähnt, ist die langfristige Projektion in die Zukunft für jugendliche Patientinnen schwierig und ist für alle betreuenden Gesundheitsfachleute eine Herausforderung.

Schweigepflicht

Bei einem Gespräch mit jugendlichen Patientinnen über Verhütung ist es unerlässlich hinzuweisen, dass dessen Inhalt der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Zu Beginn der Konsultation sollten der Schweigepflichtsbegriff erläutert sowie dessen Grenzen aufgezeigt werden. Im Kanton Waadt zum Beispiel ist es die gesetzliche Pflicht jeder im Gesundheitswesen tätigen Person, dem «Service de Protection de la Jeunesse» zu melden, wenn Gesundheit und Entwicklung einer minderjährigen Patientin gefährdet sind.

Bei Anwesenheit einer erwachsenen Begleitperson empfehlen sich zwei Gespräche, eines im Beisein des Erwachsenen und eines mit der Jugendlichen allein. Eine solche Strukturierung der Konsultation fördert die Eigenständigkeit, trägt dazu bei, das Vertrauensverhältnis zu wahren und gleichzeitig den Erwachsenen mit einzubeziehen. Die Frage einer Minderjährigen nach Verhütung ist als begründet und vernünftig anzusehen, wenn es ihr dabei um die legitime Aussage geht, sich beim Geschlechtsverkehr schützen zu wollen. In diesem Kontext ist allgemein anerkannt, dass die erforderliche Urteilsfähigkeit für eine informierte Entscheidung spätestens mit 14 Jahren besteht. Laut Schweizerischem Zivilgesetzbuch können urteilsfähige Handlungsunfähige selbstständig Rechte ausüben, die ihnen um ihrer Persönlichkeit willen zustehen. Es gilt aber zu bedenken, dass die sexuelle Mündigkeit erst mit 16 Jahren erreicht ist. Daher obliegt es der Verantwortung des Arztes, bei Minderjährigen emotionale Beeinflussung oder sexuelle Missbrauchsbeziehungen jeder Art auszuschliessen.

Welche Methoden sind zu bevorzugen?

Jugendlichen Patientinnen dürfen alle auf dem Schweizer Markt verfügbaren Verhütungsmethoden verschrieben werden. Wir empfehlen personalisierte Gespräche, in denen die diversen Methoden vorgestellt und besprochen werden. Bei der für die Jugendliche idealen Verhütungsmethode müssen die nachfolgenden Kriterien erfüllt sein: leicht zugänglich, zuverlässig, einfach anzuwenden, reversibel, finanziell erschwinglich und

höchstens geringe Nebenwirkungen aufweisend. Die Akzeptanz der Methode bildet die Grundlage für ihre Langzeitanwendung und einen wirksamen Schutz vor ungewollten Schwangerschaften.

Die in der Schweiz verfügbaren Methoden sind in Kategorien unterteilt und in Tabelle 2 aufgeführt. Jede Verhütungsmethode weist ihre spezifischen Vor- und Nachteile, eventuelle medizinische Kontraindikatio-

Tabelle 2: In der Schweiz verfügbare Verhütungsmethoden nach Kategorien.

	Vorteile	Nachteile	Theoretischer/Praktischer Pearl-Index	Kontraindikationen
Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva (Östrogen + Gestagen)	<ul style="list-style-type: none"> Menstruation alle 28 Tage ↓ Dysmenorrhoe/Hypermenorrhoe Mögliche antiandrogene Wirkung 	Erhöhtes TE-Risiko		<ul style="list-style-type: none"> Migräne mit Aura TE in der persönlichen oder familiären VG Akutes TE-Ereignis Tabakkonsum (je nach Intensität) Bekannte Thrombophilie Hypercholesterinämie oder schwere Hypertriglyzeridämie AH mit Gefässschäden Diabetes mellitus mit Gefässschäden Beeinträchtigte Leberfunktion Brustkrebs Unerklärliche vaginale Blutungen Lebertumoren Disseminierter Lupus erythematoses
Pille	Leicht erhältlich	<ul style="list-style-type: none"> Compliance erforderlich Enzyminduktoren, Erbrechen/Durchfall: ↓ Wirksamkeit 	0,3/8	
Verhütungspflaster	Einfache Anwendung (↓ bei Vergessen)	<ul style="list-style-type: none"> Übergewicht und Enzyminduktoren: ↓ Wirksamkeit Langzeitanwendung bei Jugendlichen? 	0,3/8	
Verhütungsring	<ul style="list-style-type: none"> Einfache Anwendung (↓ bei Vergessen) diskret 	<ul style="list-style-type: none"> Vaginale Anwendung, vermehrter vaginaler Ausfluss möglich Enzyminduktoren: ↓ Wirksamkeit Langzeitanwendung bei Jugendlichen? 	0,3/8	
Reine Gestagenkontrazeptiva	<ul style="list-style-type: none"> Kein TE-Risiko ↓ Dysmenorrhoe/Hypermenorrhoe Mögliche Amenorrhoe 	<ul style="list-style-type: none"> Mögliche Beeinträchtigung der Zyklusregelmässigkeit Mögliche Amenorrhoe 		
Minipille		Compliance erforderlich	0,3/8	<ul style="list-style-type: none"> Unerklärliche vaginale Blutungen Akutes TE-Ereignis Schwere Leberfunktionsstörungen Cholestatischer Ikterus Lebertumoren Hormonabhängige Tumoren
Depot-Spritze	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte Amenorrhoeerate Wirksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Intramuskuläre oder subkutane Injektion (Schmerzen, Abhängigkeit von medizinischer Betreuung) Gewichtszunahme Verringerung der Knochendichte Langsamere Wiederherstellung von Fruchtbarkeit und Zyklusregelmässigkeit 	0,3/3	
Hormonimplantat	<ul style="list-style-type: none"> LARC Wirksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Fremdkörper Unregelmässige Menstruation 	0,05/0,05	
LNG-IUP	<ul style="list-style-type: none"> LARC Wirksamkeit ↓ Hypermenorrhoe 	<ul style="list-style-type: none"> Fremdkörper Gynäkologische Untersuchung beim Einsetzen Akne möglich Gelegentliches Auftreten von Ovarialzysten 	0,2/0,2	<ul style="list-style-type: none"> Akute Beckeninfektion Uterusfehlbildungen Unerklärliche vaginale Blutungen Immundefizienz Schwere Leberfunktionsstörungen Cholestatischer Ikterus Lebertumoren Hormonabhängige Tumoren Akutes TE-Ereignis Malignes Uterus-/Zervixkarzinom
Nichthormonelle Kontrazeptiva	Keine unerwünschten hormonell bedingten Wirkungen			
Kupfer-IUP	<ul style="list-style-type: none"> LARC Wirksamkeit Notfallkontrazeptivum 	<ul style="list-style-type: none"> Fremdkörper Gynäkologische Untersuchung beim Einsetzen ↑ Hypermenorrhoe/Dysmenorrhoe Anämie möglich 	0,6/0,8	<ul style="list-style-type: none"> Akute Beckeninfektion Uterusfehlbildungen Unerklärliche vaginale Blutungen Immundefizienz Malignes Uterus-/Zervixkarzinom Erhöhtes Blutungsrisiko (z.B. bei Antikoagulation) Kupferallergie Morbus Wilson
Kondom	<ul style="list-style-type: none"> Schutz vor STI Verfügbarkeit Kein Rezept erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> Auswirkungen auf den sexuellen Akt Abhängigkeit vom Partner Geringere verhütende Wirkung Latexallergie → latexfreie Kondome 	2–15	

TE: thromboembolisch. VG: Vorgeschichte. AH: Arterielle Hyperfunktion. Fkt: Funktion. LARC: «long acting reversible contraception» (Langzeitkontrazeptivum). IUP: Intrauterin-
 pessar. LNG-IUP: Levenorgestrelhaltiges Intrauterin-pessar. FK: Fremdkörper. STI: sexuell übertragbare Infektionen.
 Der Pearl-Index gibt Auskunft über die Wirksamkeit der jeweiligen Verhütungsmethode. Die angegebenen Werte stammen von der Weltgesundheitsorganisation, *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, U.S. Agency for International Development. Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève: WHO; 2011.* https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr

nen sowie eine nach dem Pearl-Index beurteilte Wirksamkeit auf. Letzterer entspricht der Zahl der ungewollten Schwangerschaften bei 100 Frauen, welche die entsprechende Methode ein Jahr lang angewendet haben. All diese Faktoren sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Kriterien der medizinischen Reversibilität bei der Wahl und kontinuierlichen Anwendung von Verhütungsmethoden, die 2015 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht wurden, gelten für alle Patientinnen, die Verhütungsmittel anwenden möchten, ungeachtet ihres Alters. Die WHO ordnet die verfügbaren Methoden vier Risikokategorien zu, wobei Kategorie 1 nicht mit Einschränkungen verbunden ist, während Kategorie 4 ein für die Frau inakzeptables Gesundheitsrisiko darstellt. Es gibt also keinen medizinischen Grund, der den Ausschluss einer Verhütungsmethode allein aufgrund des jungen Alters rechtfertigen würde. Die Verwendung von Kondomen ist die einzige Methode, die einen Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen (STI) bietet. Aus den oben angeführten biologischen und entwicklungsbedingten Gründen ist das Risiko jugendlicher Patientinnen für STI erhöht. Daher ist es unerlässlich, mit weiblichen Jugendlichen bei jedem Gespräch über Kontrazeptiva dieses Risiko anzusprechen. In der Schweiz sind Kondome die bei weiblichen Jugendlichen am häufigsten angewendete und die einzige rezeptfreie Verhütungsmethode. Nichtsdestotrotz stellen sie aufgrund ihres Pearl-Index, besonders in dieser sehr fruchtbaren Altersgruppe, eine schlechte Wahl dar. Deshalb wird eine doppelte Kontrazeption empfohlen: Kondome als Schutz vor STI zusammen mit einer hormonellen Verhütungsmethode oder Kupferspirale, um den Schutz vor ungewollten Schwangerschaften zu verbessern. Laut Bundesamt für Statistik ist die (kombinierte oder Mini-) Pille das von 15- bis 24-jährigen Mädchen am zweithäufigsten genutzte Verhütungsmittel. Die Adoleszenz stellt eine kritische Phase in Bezug auf Wachstum und Knochendichte dar, die von den Geschlechtshormonen beeinflusst werden. Die maximale Knochendichte ist ein prädiktiver Faktor für das spätere Osteoporoserisiko. Daher wurden in zahlreichen Studien die Auswirkungen hormoneller Kontrazeption in der Pubertät auf die Knochendichte untersucht. Bei der Minipille ist das Risiko für eine Abnahme der Knochendichte gering. Bei einem kombinierten Präparat mit 15 µg Ethinylestradiol (EE) kann die unterdrückte endogene Östrogenproduktion nicht kompensiert und somit das Erreichen einer optimalen Knochendichte nicht garantiert werden. Daher sollte das kombinierte Präparat erster Wahl bei Jugendlichen 30 µg EE enthalten, wenn keine medizinischen Kontraindikationen bestehen. Das Thema bleibt den-

noch umstritten, da die Östrogenosis, bei der die Entwicklung einer optimalen Knochendichte garantiert bleibt, in der Realität nicht definiert ist. Zudem sind aufgrund des durch das Risiko thromboembolischer Komplikationen bedingten Misstrauens gegenüber Kombinationspräparaten eine individuelle Beratung und umfassende Information unerlässlich [5]. Die LARC-Methoden sind heute weitgehend als an die Bedürfnisse von Jugendlichen angepasst und für diese als risikofrei anerkannt. Ihr Hauptvorteil besteht darin, dass sie nicht regelmässig und wiederholt angewendet werden müssen. Darunter fallen subkutane Hormonimplantate und Intrauterinpressare (IUP, Spirale), die Hormone abgeben oder aus Kupfer bestehen. In manchen Fällen werden auch Injektionen von Medroxyprogesteronacetat in dreimonatigen Abständen dieser Kategorie von Verhütungsmethoden zugeordnet. Es sei darauf hingewiesen, dass IUP auch Jugendlichen, die noch nicht entbunden haben oder noch Jungfrau sind, ohne Risiko angepasst werden können und es sich dabei um eine Verhütungsmethode handelt, die in dieser Population wegen ihrer hohen Zuverlässigkeit sowohl vom «American College of Obstetricians and Gynecologists» (ACOG) als auch von der WHO als Goldstandard empfohlen wird. Gleichwohl ist bei einer Virgo vor der Anpassung eine sorgfältige gynäkologische Untersuchung erforderlich, bei der geprüft wird, ob das Hymen dehnbar genug ist und die Untersuchung toleriert wird, um beurteilen zu können, ob die Bedingungen für ein IUP günstig sind oder nicht. Im letzteren Fall kann die Anpassung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben und in der Zwischenzeit eine alternative Verhütungsmethode vorgeschlagen werden. Trotz wissenschaftlicher Evidenz, welche die Harmlosigkeit der Methode belegt, kursieren auch unter Fachleuten viele Fehlsichten bezüglich eines hohen genitalen Infektionsrisikos und Unfruchtbarkeit bei jugendlichen IUP-Trägerinnen. Die Patientinnen objektiv aufzuklären, erleichtert ihnen den Zugang zu diesen zuverlässigeren Verhütungsmethoden. Die Zahl gynäkologischer Infektionen ist bei IUP-Anwenderinnen nicht erhöht und ihre Fruchtbarkeit nicht beeinträchtigt. Ein IUP kann zu jedem Zykluszeitpunkt angepasst werden, wenn eine bestehende Schwangerschaft ausgeschlossen wurde. Der Schmerz bei der IUP-Einlage wird von der Mehrheit der Frauen, auch der adolescenten, als akzeptabel beschrieben [2]. Die publizierten Abstossungsraten in der Population der Adolescenten variieren von 3,3–10%. Dies sollte jedoch nicht von der Anwendung abschrecken, da die Abstossungsraten noch immer deutlich unter den Abbruchraten bei der Verwendung von Kurzzeitkontrazeptiva liegen. Zudem stellt die

Abstossung eines IUP laut ACOG keine Kontraindikation gegen die Anpassung eines neuen dar [6, 7]. Im Allgemeinen wird das hormonelle IUP, besonders von Jugendlichen, besser vertragen als das Kupfer-IUP. Dies hängt zweifelsohne mit den häufigen Zyklusstörungen in dieser Population zusammen.

Schliesslich gibt es noch die sogenannte natürlichen Familienplanung, die auf der Beobachtung des Menstruationszyklus und den dadurch ausgelösten körperlichen Veränderungen beruhen (Kalendermethode, symptothermale Methode). Diese sind aufgrund der erforderlichen sehr strengen Disziplin, der teils zwingenden sexuellen Abstinenz der jungen Frauen, deren Zyklus oft unregelmässig ist und die noch nicht gut über ihre eigenen Körperfunktionen Bescheid wissen, für diese Population a priori ungeeignet. Nicht zu vergessen ist, dass Geschlechtsverkehr bei Adoleszenten üblicherweise nicht vorhersehbar ist. Aus denselben Gründen ist der Koitus interruptus zu untersagen, da er das sexuelle Vergnügen einschränkt und weder STI noch ungewollte Schwangerschaften verhindert [1].

Mythen und falsche Vorstellungen

Über Verhütung gibt es viele falsche Vorstellungen und Irrglauben. Es empfiehlt sich, diesen auf den Grund zu gehen, um den jungen Patientinnen objektive und für sie verständliche professionelle Informationen zu bieten und eventuelle falsche Vorstellungen zu entkräften, die die Verhütungsmittelwahl negativ beeinflussen könnten. Befürchtungen können angesprochen werden, um die Jugendlichen bei ihrer Wahl besser zu begleiten. Das Erkennen und Besprechen allfälliger Unsicherheiten und Widerstände seitens der Eltern kann als zusätzliche Unterstützung zur Verbesserung der Compliance dienen. In der Tat verbessert der Einbezug eines Elternteils die Compliance bei der Anwendung eines Kontrazeptivums und sollte, wenn möglich, gefördert werden [2].

Als Beispiel sind die oben genannten falschen Vorstellungen und Befürchtungen in Bezug auf die Anwendung von IUP bei Adoleszenten zu nennen. Eine weitere von den Jugendlichen und/oder Eltern oft geäusserte Befürchtung ist, dass die Einnahme der Pille schon im Jugendalter zu späterer Unfruchtbarkeit führt. Diese Hypothese kann durch wissenschaftliche Evidenz entkräftet werden, was die Patientinnen als auch ihre Angehörigen beruhigt. Mitunter ist es für die Patientinnen schwierig, über ihre Befürchtungen zu sprechen, da sie diese geheim halten möchten, weshalb es umso wichtiger ist, eventuelle falsche Vorstellungen während des Gesprächs zu klären.

Praktischer Konsultationsleitfaden

Wie erwähnt, ist die Schaffung eines vertraulichen Rahmens unabdingbar für den gelungenen Ablauf einer Konsultation mit jugendlichen Patientinnen, bei der es um Verhütung geht. Das Ziel besteht darin, dass die junge Patientin eine informierte Entscheidung trifft und bei ihrer Wahl begleitet wird.

Offene Fragen sind am besten dafür geeignet, um vollständigere Informationen über das Sexualeben der Jugendlichen, einschliesslich ihrer sexuellen Ausrichtung und Identität sowie ihres Verständnisses von bestimmten Aspekten der Prävention zu erhalten. Eine passende Formulierung könnte beispielsweise sein: «Wie schützt Du Dich/schützen Sie sich bei sexuellen Beziehungen vor einer Schwangerschaft und STI?».

Die Mehrheit der Population weiblicher Jugendlicher ist gesund und weist nur selten konkrete Kontraindikationen gegen Verhütungsmethoden auf (s. Folgekapitel). Dennoch muss im Gespräch entsprechend der Best Practice bei der Verschreibung von Arzneimitteln anhand einer genauen persönlichen und Familienanamnese nach Kontraindikationen gesucht werden. Bezüglich des letzteren Punktes ist die Anwesenheit eines Elternteils während der Konsultation Gold wert.

Entscheidet sich die Patientin für eine Verhütungsmethode wie Pille, Verhütungspflaster oder Vaginalring, deren Wirksamkeit vollumfänglich von der korrekten Anwendung abhängt, muss im Arztgespräch festgestellt werden, ob die Jugendliche über die entsprechenden Fähigkeiten verfügt, um die jeweilige Methode regelmässig und langfristig anzuwenden. Eine gynäkologische Untersuchung ist in Bezug auf die Wahl einer Verhütungsmethode nicht relevant und wird demzufolge nicht empfohlen, ausser natürlich bei einem IUP, wo diese spätestens bei der Anpassung erfolgen sollte [8].

Bei der Erstverschreibung eines Kontrazeptivums wird empfohlen, systematisch eine bestehende Schwangerschaft anhand eines Urintests auszuschliessen. In der Regel folgt 1–3 Monate danach eine Kontrollkonsultation, um die korrekte Anwendung und Verträglichkeit beurteilen zu können. Bei unerwünschten Nebenwirkungen muss ein Wechsel besprochen werden, um ein Absetzen der Kontrazeption oder eine schlechte Langzeit-Compliance zu vermeiden, wodurch die Patientin ungewollt schwanger werden könnte.

Vom praktischen Standpunkt her eignen sich Techniken wie «Quick Start» oder «Bridging» zur Verbesserung der Kurzzeit-Compliance. Durch diese kann der Motivationszeitpunkt während der Konsultation genutzt, der sofortige Verhütungsbedarf erkannt und der Patientin ermöglicht werden, die während des Gesprächs erhaltenen Informationen rasch in die Praxis umzu-

setzen. Beim «Quick Start» wird, ungeachtet der Zyklusphase, sofort mit der Verhütung begonnen. Dabei muss die ersten sieben Tage ein Kondom verwendet werden, bis die kontrazeptive Wirkung einsetzt, und zuvor sollte eine bestehende Schwangerschaft mittels Urintest ausgeschlossen worden sein (nach 21 Tagen wiederholen). Diese Technik hat einen Nutzen bezüglich der Compliance und Langzeitanwendung ohne Beeinträchtigungen der Sicherheit oder stärkere Nebenwirkungen gezeigt. «Bridging» kommt zum Beispiel bei Verhütungsmethoden wie IUP oder Hormonimplantaten zum Einsatz, die nicht sofort anwendbar sind (gynäkologische Untersuchung erforderlich, vorherige Aufklärung, Verschreibung und Organisation). Dabei wird im Zeitraum von der Verschreibung bis zur Anpassung des Kontrazeptivums eine Kurzzeitverhütung begonnen. In dieser Hinsicht ist der Vorschlag einer subkutanen oder intramuskulären Medroxyprogesteronacetat-Injektion von Interesse, vor allem wenn die junge Patientin sowohl einen sofortigen Verhütungsschutz als auch Bedenkzeit bezüglich der gewählten Methode benötigt. Derzeit gibt es bei jugendlichen Patientinnen unter 18 Jahren keine Evidenz bezüglich der Auswirkung einer Kurzzeitbehandlung mit Medroxyprogesteronacetat auf die Knochendichte.

Die kontinuierliche Einnahme der kombinierten Pille während 3–4 Zyklen stellt eine mögliche Alternative zur herkömmlichen Einnahme dar und wird von den jungen Frauen häufig befürwortet. Sie birgt kein zusätzliches Risiko, erhöht die verhütende Wirkung und ermöglicht die Verlängerung der Abstände zwischen den Blutungen, sodass letztere nur noch drei oder vier Mal jährlich auftreten [1]. Diese Form wird bei Zyklusstörungen wie Dys-/Hypermenorrhoe und gleichzeitigem Wunsch nach Verhütung geschätzt.

Nebenwirkungen und Kontraindikationen bei hormoneller Verhütung

In Tabelle 2 sind die Vor-, Nachteile und absoluten Kontraindikationen der einzelnen Methoden aufgeführt. Sie stellt ein praktisches Tool dar, um die von jugendlichen Patientinnen gewählten Verhütungsmethoden zu begleiten.

Das Thema Knochendichte wird im Kapitel «Besonderheiten der adoleszenten Patientin» besprochen. Die anderen unerwünschten Wirkungen sind nicht auf weibliche Jugendliche beschränkt, wobei das junge Alter eher einen kardiovaskulären und onkologischen Schutzfaktor darstellt.

Alle hormonellen Verhütungsmethoden können verschiedenste individuelle Nebenwirkungen hervorrufen. Einige Symptome sind lediglich vorübergehender

Natur und klingen im Laufe der ersten Anwendungsmonate wieder ab. Es sollte vor allem auf Gewichtszunahme, Stimmungs- oder Libidoschwankungen, Akne, Kopfschmerzen sowie Auswirkungen auf die Lebensqualität geachtet werden [9]. Durch eine andere Hormonkombination können die entsprechenden Nebenwirkungen mitunter verhindert werden. Das Hauptziel der Konsultation 1–3 Monate nach der Erstverschreibung ist die Beurteilung der Verträglichkeit. Die Sorge um die optimale Zufriedenheit der weiblichen Jugendlichen garantiert eine gute Langzeit-Compliance.

Kombinierte Hormonpräparate führen zu Stoffwechselferänderungen. Sie haben einen Anstieg der Koagulations- und Fibrinolysefaktoren in der Leber zur Folge, bewirken eine Erhöhung der Cholesterin- und Triglyzeridwerte sowie des Blutzuckerspiegels. Viele führen ferner durch eine Steigerung der Angiotensinsynthese zu einem leichten Blutdruckanstieg. Das daraus resultierende Risiko für thromboembolische Komplikationen muss mit den Patientinnen vor einer Verschreibung derartiger Verhütungsmittel besprochen werden. Diesbezüglich ist es sinnvoll zu wissen, dass die jährliche Inzidenz eines venösen thrombotischen Ereignisses bei 1,84/10 000 jugendlichen Patientinnen von 15–19 Jahren liegt. Das relative Risiko bei der Anwendung der entsprechenden Verhütungsmethode wird auf 3,5 geschätzt. Es fällt im ersten Anwendungsjahr höher aus (RR 4,17) und nimmt danach ab (RR 2,76 nach über vierjähriger Anwendungsdauer). Die Wahl des Progestins wirkt sich ebenfalls auf dieses Risiko aus, das bei den sogenannten Pillen der 3. oder 4. Generation entsprechend der enthaltenen Progestinart um 50–80% erhöht ist [5, 10, 11]. Letztere sollten demnach nicht als Verhütungsmittel erster Wahl verschrieben werden. Nachdem die individuellen Risikofaktoren (Tabakkonsum, Migräne mit Aura, Adipositas, familiäre Prädisposition usw.) ermittelt wurden, kann die Nutzen-Risiko-Abwägung mit den Patientinnen besprochen und allenfalls eine andere Verhütungsart mittels reinem Gestagenpräparat oder Kupferspirale gewählt werden [5]. Hier weisen wir darauf hin, dass eine Migräne ohne Aura keine Kontraindikation für die Einnahme eines hormonellen Kombinationspräparats ist, da die aktuellen EE-Dosen unter 35 µg liegen [12].

Die Anwendung einer hormonellen Verhütungsmethode hat eine leichte Erhöhung des absoluten Brustkrebsrisikos zur Folge und zwar umso mehr, je länger diese andauert. Bei 7690 Frauen, die ein Jahr oder länger hormonell verhütet haben, ist ein zusätzlicher Brustkrebsfall aufgetreten [13]. Eine aktuelle oder frühere Brustkrebsdiagnose stellt eine Kontraindikation gegen die Einnahme eines kombinierten hormonellen Kontrazeptivums dar. Patientinnen mit einer Mutation

Korrespondenz:
Dr. med.
Martine Jacot-Guillarmod
Gynécologie de l'enfant
et de l'adolescente
Département
femme-mère-enfant
Centre Hospitalier Universi-
taire Vaudois
CH-1011 Lausanne
martine.jacot-guillarmod[at]
chuv.ch

im *BRCA-1*- oder *2*-Gen weisen eine relative Kontraindikation gegen hormonelle Verhütungsmittel jeder Art auf. Im Gegensatz zum Brustkrebsrisiko ist das Risiko für Ovarial- und Endometriumkarzinome unter hormoneller Verhütung verringert [9, 12].

In der Adoleszenz ist das STI-Risiko erhöht, die Spirale aber, wie oben ausgeführt, nicht mit einem erhöhten Risiko für Infektionen im kleinen Becken assoziiert. Eine unbehandelte Infektion stellt eine Kontraindikation für die Anpassung eines IUP dar, eine nach dieser auftretende Infektion rechtfertigt aber nicht dessen Entfernung [2]. Kupferspiralen erhöhen in der Regel die Blutungsmenge während der Menstruation und sind somit bei anämisierenden Zyklusstörungen kontraindiziert [9].

Schliesslich ist unbedingt darauf hinzuweisen, dass die durch Kontrazeptiva bedingten Risiken bei Adolescenten eindeutig geringer sind als diejenigen einer Schwangerschaft, besonders, wenn diese unerwünscht ist. Überdies bieten mehrere hormonelle Verhütungsmethoden einen interessanten Sekundärnutzen für die Patientinnen, wie die Behandlung von zu starken Blutungen oder Dysmenorrhoe.

Besondere Situationen mit hohem Risiko für unerwünschte Schwangerschaften

Bei Jugendlichen unmittelbar nach der Geburt oder nach einem Schwangerschaftsabbruch sollten bevorzugt LARC-Methoden angewendet werden, da sie das erneute Eintreten unerwünschter Schwangerschaften signifikant verringern.

Die Zahl übergewichtiger oder adipöser Jugendlicher in unserem Land wächst beständig. Dies wirkt sich sowohl auf das Sicherheitsprofil von Kontrazeptiva als auch auf ihre Wirksamkeit aus. Das relative Risiko für thromboembolische Komplikationen ist in Kombina-

tion mit Adipositas um den Faktor 2–4 erhöht [6]. In den meisten prospektiven Studien wurde keine Abnahme der Wirksamkeit kombinierter Pillenpräparate bei erhöhtem Körpergewicht festgestellt. Bezüglich Patientinnen mit einem Body-Mass-Index >35 liegen jedoch keine Daten vor. Verhütungspflaster scheinen bei einem Körpergewicht >90 kg eine verringerte Wirksamkeit aufzuweisen. Zur Wirksamkeit von Verhütungsringen bei adipösen Patientinnen liegen keine Daten vor [6]. Die Minipille weist bei adipösen Patientinnen keine verringerte Wirksamkeit auf und stellt aufgrund ihres Sicherheitsprofils in Bezug auf das thromboembolische Risiko eine Verhütungsmethode erster Wahl dar. Dies gilt ebenfalls für andere Gestagenpräparate sowie IUP.

Schlussfolgerungen

Die Verschreibung von Kontrazeptiva stellt bei der Konsultation von jugendlichen Patientinnen, die sexuell aktiv sind oder es werden möchten, eine bedeutende Herausforderung dar. Individuelle Vorstellungen und mögliche Widerstände in Erfahrung zu bringen, ist unerlässlich, um die Compliance mit der gewählten Verhütungsmethode zu verbessern und auf diese Weise sowohl schwere körperliche als auch psychosoziale Komplikationen zu vermeiden, die bei einer ungeplanten Schwangerschaft in diesem Alter auftreten können. Jugendlichen Patientinnen dürfen alle Verhütungsmethoden verschrieben werden. Aufgrund ihrer einfachen Anwendung und Zuverlässigkeit sowie ihrer hervorragenden Langzeit-Compliance sind LARC-Methoden zu bevorzugen. Das Kondom ist das einzige Verhütungsmittel, das ebenfalls vor STI schützt. Seine praktische Wirksamkeit liegt jedoch deutlich unter derjenigen der anderen Methoden. Seine Nutzung wird zusätzlich zu einer zuverlässigen Verhütungsmethode empfohlen. Die verschreibenden Ärztinnen/-e tragen eine grosse Verantwortung bei der Suche nach eventuellen Kontraindikationen einer Verhütungsmethode, der objektiven und umfassenden Aufklärung über das gewählte Kontrazeptivum sowie der Begleitung der jugendlichen Patientinnen nach ihrer Wahl. Zur Bewältigung dieser Aufgabe und zum Treffen einer informierten Entscheidung bedarf es eines patientinnenzentrierten, wohlwollenden und urteilsfreien Vorgehens sowie eines vertraulichen Rahmens.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2019.08067>.

Das Wichtigste für die Praxis

- Nach Ausschluss eventueller individueller medizinischer Kontraindikationen dürfen jugendlichen Patientinnen alle Verhütungsmethoden verschrieben werden.
- Aufgrund ihrer Wirksamkeit und hervorragenden Langzeit-Compliance sind LARC-Methoden («long acting reversible contraception») wie Kupfer-IUP, hormonelle IUP oder Hormonimplantate zu bevorzugen.
- Unabhängig von der gewählten Verhütungsmethode sollte die systematische Verwendung von Kondomen angeregt werden, um den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu gewährleisten.
- Durch den vertraulichen Rahmen der Konsultation wird das erforderliche Vertrauensklima geschaffen, um jugendliche Patientinnen bei ihrer gewählten Verhütungsmethode gut begleiten zu können.