



Kontrazeptionsberatung bei Adoleszenten

Ruth Draths
Frauenpraxis-Buchenhof, Sursee, Schweiz

In diesem Beitrag

- **Erstberatung Jugendlicher**
- **Sicherheit kontrazeptiver Methoden bei Jugendlichen**
Kontrazeptionsversagen nach Alter
- **Veränderung des Kontrazeptionsverhaltens im Generationenvergleich**
- **Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva**
Was wissen Jugendliche über die Pille? • Vorteile der Pille für Jugendliche
- **Alternativen zur kombinierten hormonellen Kontrazeption**
Kondom zur Kontrazeption • Natürliche Verhütung (Rhythmusmethode, periodische Abstinenz, Temperaturmethode) • Kernaussagen für die Praxis • Intrauterine Kontrazeptiva • Kernaussagen für die Praxis • Implantate • Kernaussagen für die Praxis

Zusammenfassung

Hintergrund: In den letzten 20 Jahren hat sich das kontrazeptive Verhalten der Bevölkerung verändert, was sich am Rückgang der kombinierten hormonellen Kontrazeptiva zeigt.

Fragestellung: Die Arbeit untersucht, welche Verhütungsmethoden für Jugendliche aktuell empfohlen werden und wie Risiken und Nebenwirkungen im Beratungsgespräch zu gewichten sind.

Material und Methoden: Die aktuellen Verhütungsdaten der Schweiz werden mit internationalen Daten verglichen und die aktuelle Literatur zu den verschiedenen Verhütungsmethoden sowie zur Beratung von Jugendlichen gesichtet. In die Arbeit fließen zahlreiche nicht zitierte Artikel, Expertenmeinungen sowie die Sicht betroffener Jugendlicher aus Umfrageergebnissen und Beratungsgesprächen ein.

Ergebnisse: Schweizer Daten bestätigen die deutliche Abnahme der kombinierten Kontrazeption bei Jugendlichen, jedoch auch den Rückgang des Kondomgebrauchs. Zugenommen haben lang anhaltende Methoden (intrauterine Kontrazeption und Implantat), viele Jugendliche scheinen aber auf eine sichere Kontrazeption zu verzichten. Die Anwendung von Rhythmusmethoden mit periodischer Abstinenz, Coitus interruptus und alleiniger Kondomgebrauch ist bei Jugendlichen mit einer sehr hohen Versagerrate verbunden, wobei jede Verhütungsmethode in der Adoleszenz mehr Versager zeigt als im Erwachsenenalter.

Schlussfolgerung: Die zahlreichen Veröffentlichungen zeigen, wie komplex die Kontrazeptionsberatung heute ist. Neben medizinisch begründeten Bedenken müssen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung oft unrealistische Vorstellungen, unbewusste Ängste und Modetrends einbezogen und erläutert werden. Sicherheit und Verträglichkeit intrauteriner Methoden sind in zahlreichen Studien gut dokumentiert. Diese Verfahren können sexuell aktiven Jugendlichen mit Wunsch nach sicherer Langzeitkontrazeption meist angeboten werden.

Schlüsselwörter

Sicherheit kontrazeptiver Methoden · Kontrazeptionsversagen · Kombinierte hormonelle Kontrazeption · Intrauterine Kontrazeptiva · Kondome



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Der Zugang zu sicherer Kontrazeption gilt gemäß Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Menschenrecht, ist aber in vielen Ländern dieser Erde keine Selbstverständlichkeit. In der Beratung gilt es, Bedürfnisse und Wünsche der Jugendlichen zu erfragen und Ängste und Bedenken zu besprechen. Oft muss ein Kompromiss zwischen Idealvorstellung und Realität gefunden werden, da je-

de Methode Vor- und Nachteile hat. Bei Jugendlichen sollten die kontrazeptive Sicherheit der Methode und das möglichst geringe Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft Priorität haben.

Erstberatung Jugendlicher

Die Beratung Jugendlicher umfasst viel mehr als nur das Thema Kontrazeption.

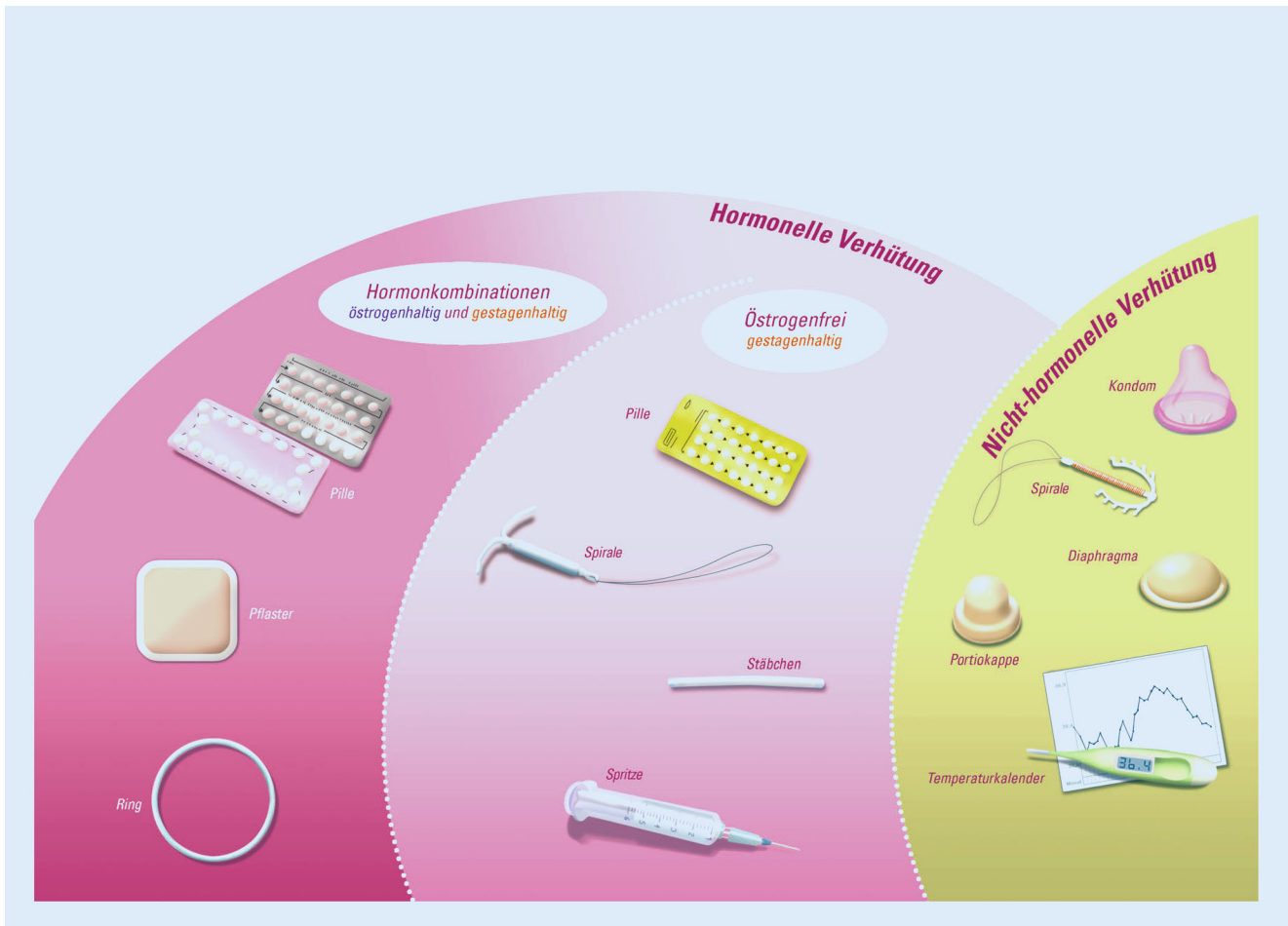


Abb. 1 ▲ Bildlicher Überblick kontrazeptiver Methoden. (Aus Informationsmaterial Kontrazeptionsberatung, Autor R. Draths et al.). Mit freundl. Genehmigung, © Organon, alle Rechte vorbehalten

Auf die wichtigen Themen Beziehung, Liebe, Sexualität, Risiken sexuell übertragbarer Infektionen („sexually transmitted infections“ [STI]), Safer Sex, sexuelle Gewalt und Abhängigkeit oder die psychosoziale Situation kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden.

» **Falsche Annahmen über hormonelle Verhütungsmittel sollen offen angesprochen und korrigiert werden**

Viele Jugendliche kommen mit falschen Annahmen über hormonelle Verhütungsmittel zur Beratung, die offen angesprochen und durch medizinisch fundierte Informationen korrigiert werden sollen, um in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared decision-making process“) die bestmögliche Kontrazeption zu finden.

Oft ist es hilfreich, Jugendlichen bei der Erstberatung einen Überblick über die möglichen kontrazeptiven Methoden zu geben. Dafür kann eine bildliche Darstellung wie in **Abb. 1** genutzt werden, welche die Unterschiede der drei Gruppen (kombinierte hormonelle Methoden, östrogenfreie Methoden und nichthormonelle Methoden) darlegt. Jede der Gruppen hat Vor- und Nachteile, die anhand der Übersicht erklärt werden können.

Sicherheit kontrazeptiver Methoden bei Jugendlichen

Das Hauptziel von Jugendlichen, die eine kontrazeptive Beratung beim Frauenarzt suchen, ist der sichere Schutz vor einer unerwünschten Schwangerschaft. Die höchste kontrazeptive Sicherheit der reversiblen Methoden bieten die lang wirkenden Kontrazeptiva („long-acting reversi-

ble contraceptives“ [LARC]), insbesondere die Implantate sowie die intrauterine Kontrazeption [1, 13, 19]. In **Abb. 2** sind die Versagerraten kontrazeptiver Methoden innerhalb der ersten 12 Anwendungsmonate dargestellt [6]. Neben der hohen kontrazeptiven Sicherheit von Implantaten und „intrauterine devices“ (IUD) beeindruckt hier die hohen Versagerraten bei alleinigem Kondomgebrauch, Coitus interruptus und periodischer Abstinenz. In der zitierten Übersichtsarbeit von Bradley et al. [6] wurden die Studiendaten des Autors (*dunkelblauer Balken*) mit den Daten zweier weiterer Studien verglichen (*hellblauer bzw. grauer Balken*). Die Daten beziehen sich auf Frauen aller Altersgruppen.

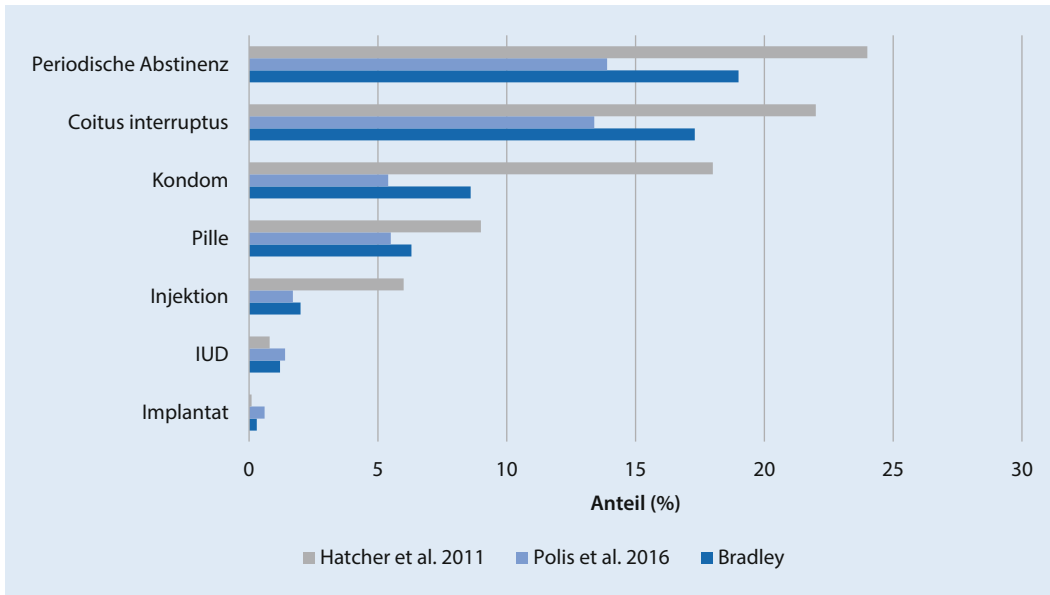


Abb. 2 ◀ Kontrazeptionsversagen innerhalb von 12 Monaten in Abhängigkeit von der Methode. IUD „intrauterine device“. (Modifiziert nach [6])

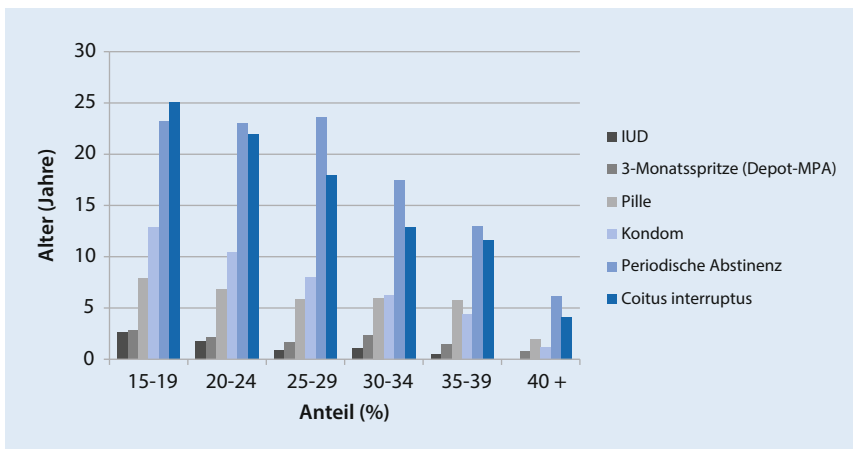


Abb. 3 ▲ Kontrazeptives Versagen innerhalb von 12 Monaten nach Altersgruppen und Kontrazeptivmethoden. (Modifiziert nach [6])

Kontrazeptionsversagen nach Alter

In derselben Studie wird die kontrazeptive Sicherheit unterschiedlicher Methoden auch nach Alter differenziert ([6]; ▣ Abb. 3). Dabei zeigt sich, dass jede kontrazeptive Methode bei Jugendlichen die höchste Versagerrate aufweist. Am deutlichsten tritt die Altersabhängigkeit bei kurzfristig wirkenden Kontrazeptiva und verhaltensabhängigen Methoden wie der Anwendung von Kondomen, beim Coitus interruptus und bei der periodischen Abstinenz in Erscheinung. Diese Erkenntnis sollte in die Beratung von Jugendlichen einfließen, denn der häufig zitierte Pearl-Index der verschiedenen Methoden bezieht sich auf Erwachsene und nicht auf Jugendliche, da

die meisten Studien nur mit erwachsenen Frauen durchgeführt werden.

Veränderung des Kontrazeptionsverhaltens im Generationenvergleich

Die Kritik an der Pille und die Diskussion der möglichen Nebenwirkungen hat zu einem deutlichen Rückgang deren Anwendung und andererseits zur zunehmenden Verwendung von Kondom und Spirale über die letzten 25 Jahre geführt [23], wie ▣ Abb. 4 zeigt. Die Daten beziehen sich auf alle Altersklassen der verhütenden Frauen.

Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva

Trotz der zunehmenden Skepsis gegenüber der Pille ist sie doch noch, neben dem Kondom, das am häufigsten angewendete Verhütungsmittel bei Jugendlichen. Zunehmend wird auch der intravaginale Ring angewendet. Eine sorgfältige Beratung zur konkreten Einnahme, die Nutzung von Apps und Memory-Funktionen und die Besprechung der möglichen Nebenwirkungen sind oft entscheidend für eine gute Einnahmetreue von Jugendlichen. Nach der Erstverschreibung ist eine relativ kurzfristige Kontrolle, z. B. nach 3 Monaten, empfehlenswert, um über positive und negative Wirkungen zu sprechen, eventuelle Einnahmefehler zu erkennen oder einen Wechsel des Präparats bzw. der Methode vorzunehmen.

Was wissen Jugendliche über die Pille?

Eine Umfrage unter 238 weiblichen 15- bis 19-jährigen Teenagern, die im Rahmen einer Maturarbeit vorgestellt wurde, zeigt ein überwiegend negatives Bild der Pille bei einem Großteil der Jugendlichen. Insbesondere Mädchen, die noch keine eigene Erfahrung mit hormoneller Verhütung und keine gynäkologische Beratung hatten, lasteten der Pille alle erdenklichen Nebenwirkungen an bis hin zu schweren Erkrankungen und Tod. Positive Wirkun-

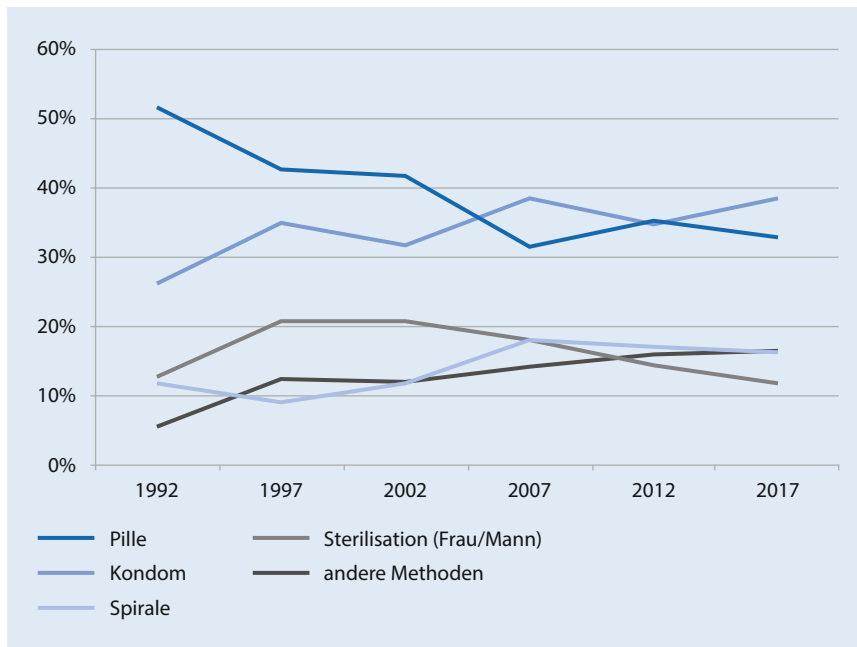


Abb. 4 ▲ Verhütung in der Schweiz 1992–2017. Verhütende Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren in Privathaushalten. (Modifiziert nach [23])

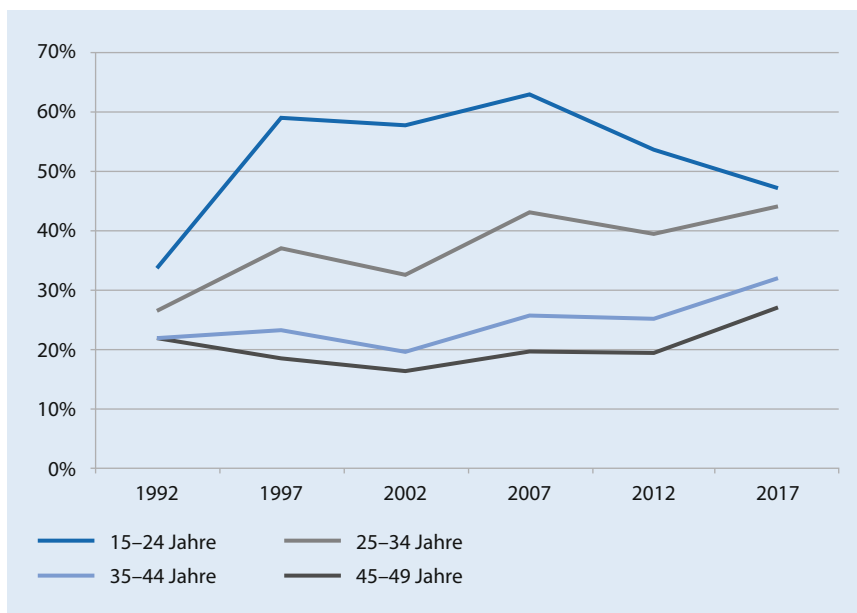


Abb. 5 ▲ Anwendung des Kondoms 1992–2017. Verhütende Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren in Privathaushalten. (Modifiziert nach [23])

gen der hormonellen Kontrazeption konnten hingegen nur wenige nennen. Unter den Pillennutzerinnen wurden überwiegend Stimmungsschwankungen und Depressionen als Nebenwirkungen genannt. Die Autorin folgert, dass sowohl in der Schule als auch beim Frauenarzt genauer – wenn auch ohne Angst zu machen – über die Pille, ihre Zusammensetzung, Wir-

kungsweise sowie über Vor- und Nachteile informiert und aktiv über die mögliche Beeinflussung der Stimmung gesprochen werden sollte.

Vorteile der Pille für Jugendliche

Viele Jugendliche entscheiden sich für die Pille als erstes Verhütungsmittel, da die-

se viele Vorteile bietet. Die Anwendung ist einfach, unkompliziert und unabhängig vom Arzt, der Preis meist erschwinglich und es gibt eine reiche Palette an verschiedenen Präparaten, sodass bei Nebenwirkungen auf ein anderes Präparat ausgewichen werden kann. Oft hilft die Pille bei Dysmenorrhö, Zyklusstörungen oder Hautproblemen wie Akne. Die Menstruation kann kontrolliert werden und der Blutverlust wird meist geringer, was bei Eisenmangel wichtig ist.

» Oft hilft die Pille bei Dysmenorrhö, Zyklusstörungen oder Hautproblemen wie Akne

Besteht jedoch ein Hinweis auf ein erhöhtes Thromboserisiko oder eine Kontraindikation für Östrogene, muss auf jegliche kombinierte Kontrazeption verzichtet werden. In diesen Fällen kann neben den LARC-Methoden oder der hormonfreien Kontrazeption die östrogenfreie Pille angeboten werden. Auch bei starker psychischer Reaktion auf die Hormonanwendung muss gelegentlich zu einer reinen Gestagengabe, einem intrauterinen System (IUS) oder einer nichthormonellen Verhütung gewechselt werden.

Alternativen zur kombinierten hormonellen Kontrazeption

Kondom zur Kontrazeption

In Anbetracht der Kritik an der Pille bzw. der hormonellen Verhütung und dem Aufwind der natürlichen Verhütung wäre eine deutliche Zunahme des Kondomgebrauchs zu erwarten. Erstaunlicherweise ist diese aber gerade bei den Teenagern nicht zu beobachten, im Gegenteil. Wie aus **Abb. 5** hervorgeht, ist die Verwendung des Kondoms bei Teenagern seit 10 Jahren stark rückläufig, im Gegensatz zu Frauen in den anderen Altersgruppen [23].

» Die Verwendung des Kondoms ist bei Teenagern seit 10 Jahren stark rückläufig

Die Anwendung des Kondoms ist prinzipiell allen Jugendlichen zu empfehlen, sowohl als zusätzliches Verhütungsmittel („dual method“) als auch als Schutz vor

Tab. 1 Voraussetzungen für eine intrauterine Kontrazeption bei Jugendlichen
Wunsch und Bedarf für eine langfristige, sichere Kontrazeption
Unauffällige gynäkologische Untersuchung
Normale Uterusform
Ausreichende Uterusgröße (Entwicklungsstadium Tanner B5, Uteruslänge von 50 mm)
Schmerzfremde Durchführbarkeit der gynäkologischen Untersuchung, Akzeptanz der Untersuchung
Ausschluss bzw. Behandlung einer Chlamydieninfektion

STI. Umso bedenklicher ist dieser Rückgang des Kondomgebrauchs in der jungen Generation [23]. Allerdings zeigt das Kondom als alleiniges Verhütungsmittel eine hohe Versagerrate und sollte Jugendlichen daher als Zusatzverhütung zu jedem anderen Verhütungsmittel empfohlen werden [26]. Die niedrige Sicherheit und mangelnde Effektivität des Kondoms hängt vor allem mit Anwendungsfehlern zusammen, die bei Jugendlichen am häufigsten vorkommen und mit der Anwendungsdauer, der Stabilität der Paarbeziehung und dem Alter der Nutzer abnehmen [30]. Es ist daher wichtig, in einer vertrauten Atmosphäre die tatsächlichen Schwierigkeiten in der Anwendung des Kondoms zu erfragen, um fehlerhafter Anwendung entgegenwirken zu können [26].

Natürliche Verhütung (Rhythmusmethode, periodische Abstinenz, Temperaturmethode)

Die periodische Abstinenz oder Rhythmusmethode als alleinige Verhütung kann Jugendlichen ganz generell aufgrund der sehr hohen Versagerrate nicht empfohlen werden. Zu komplex sind die biologischen Faktoren, welche die Berechenbarkeit des sogenannten fruchtbaren Fensters bestimmen:

- Variabilität des Menstruationszyklus
- Voraussagbarkeit einer bevorstehenden Ovulation
- Dauer der Befruchtungsfähigkeit der Spermien
- Empfänglichkeit der Eizelle

Auch wenn Computerdaten und Apps schöne Grafiken des weiblichen Zyklus erstellen, beruhen die eingegebenen Daten doch immer auf der Annahme, dass der Zeitpunkt der Ovulation aufgrund der letzten Zyklen vorausgesagt werden könne. Dieser variiert jedoch erheblich,

wie verschiedene Studien gezeigt haben, selbst bei Frauen, die einen sehr regelmäßigen Zyklus aufweisen [29], wobei die Ovulation zwischen Tag 9 und 20 auftrat und nur bei der Hälfte der Frauen an den erwarteten Zyklostagen 13–15. Bei Jugendlichen mit oft unregelmäßigem Zyklus ist die Ovulation naturgemäß noch variabler.

» Viele veröffentlichte Daten zum Pearl-Index von Computermethoden stammen aus dem Haus der Hersteller

Dementsprechend müsste eine lange Abstinenz eingehalten werden (mindestens 14 Tage pro Zyklus bzw. bis die Ovulation sicher nachgewiesen wurde). Mit zunehmender Abstinenzdauer steigt die Sicherheit der Methode. Viele Paare verwenden statt der Abstinenz das Kondom, wobei dann die Verhütungssicherheit maximal derjenigen des Kondoms entspricht [12]. Jugendlichen sollte erklärt werden, dass der Computer kein Verhütungsmittel ist und dass nur ihr Verhalten, also der Verzicht auf Sex oder dann die Anwendung des Kondoms, eine Schwangerschaft verhindern kann. Viele der veröffentlichten Daten zum Pearl-Index von Computermethoden stammen aus dem Haus der Hersteller, sind oft wissenschaftlich ungenügend [20] und beziehen sich nicht auf Jugendliche.

Interessante Forschungsergebnisse gibt es zu den Hauttemperaturmessungen am Arm, woraus zwar die günstigen Tage für die Fertilität zu erkennen sind, aber im Umkehrschluss keine zuverlässige Kontrazeption abzuleiten ist. Trotz konstanter Temperaturmessung wurde selbst bei eumenorrhoeischen Frauen in 18% der Zyklen die Ovulation nicht erkannt, in den anderen Fällen meist erst am Ovulationstag oder später [24]. Aus einer weiteren Stu-

die ergab sich die Erkenntnis, dass bei 30% der Frauen mit unregelmäßigen Zyklen und insbesondere mit Syndrom polyzystischer Ovarien mehrere sogenannte Fruchtbarkeitsfenster pro Zyklus angezeigt wurden [22], was die Verlässlichkeit von Temperaturmessung und Anstieg des luteinisierenden Hormons (LH) als Ovulationsindikator fraglich erscheinen lässt. Dies ist insbesondere auch bei Frauen mit chronischer Anovulation und hohem LH-Wert der Fall, was sich auch häufig in der Jugend bei noch unreifer Hypothalamus-Hypophysen-Ovar-Achse findet.

Kernaussagen für die Praxis

- Rhythmusmethoden gehen bei Jugendlichen mit einer hohen Versagerrate einher.
- Die kontrazeptive Wirkung hängt von der Dauer der sexuellen Abstinenz ab, die mindestens 12–14 Tage pro Zyklus betragen soll.
- Jugendliche, die sich auf die natürliche Verhütung verlassen möchten, ist die konsequente Anwendung des Kondoms zu empfehlen. Es muss aber auf die recht hohe Versagerrate hingewiesen werden.
- Zusätzlich zum Kondom können lokale Methoden (Spermizide, Diaphragma, Portiokappe, Femidom) verwendet werden, die jedoch ebenfalls mit häufigem kontrazeptivem Versagen verbunden sind.
- Daten über eine hohe kontrazeptive Sicherheit von computergesteuerten Rhythmusmethoden sollten nicht auf Jugendliche übertragen werden und sind wissenschaftlich zumindest umstritten.

Intrauterine Kontrazeptiva

Im Gegensatz zum Rückgang bei der Pille wird die intrauterine Kontrazeption zunehmend auch von jungen Frauen und Jugendlichen gewählt [23]. Frühere Bedenken, dass sich die intrauterine Kontrazeption ungünstig auf die spätere Fertilität auswirken würde oder eine „pelvic inflammatory disease“ (PID) begünstigen könnte und daher nicht vor abgeschlossener Familienplanung angeboten werden sollte, konnten in den letzten 20 Jahren in meh-

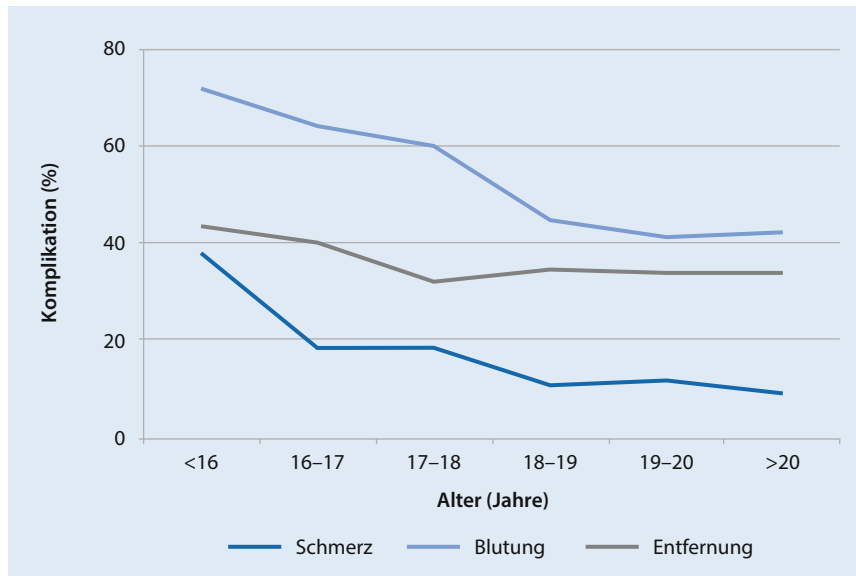


Abb. 6 ▲ Komplikationen innerhalb von 6 Monaten nach Einlage eines intrauterinen Systems. (Modifiziert nach [21])

renen Studien wiederlegt werden [7, 14, 15]. Intrauterine Kontrazeption darf Adoleszenten als eine sichere und effektive Langzeitmethode angeboten werden, ohne das Risiko für PID, tubare Sterilität oder ektope Schwangerschaften zu erhöhen [8, 16–18, 25], falls gewisse Voraussetzungen (▣ Tab. 1) erfüllt sind.

Verschiedene Formen intrauteriner Kontrazeption

Prinzipiell muss zwischen hormonhaltigen und kupferhaltigen IUS unterschieden werden. Es stehen drei hormonabgebende IUS (Levonorgestrel[LNG]-IUS) mit unterschiedlicher Größe, Dosierung und Liegedauer (3, 5 bzw. 6 Jahre) zur Auswahl sowie verschiedene Formen von Kupferspiralen mit unterschiedlicher Kupferdosierung, Kupfer-Gold-Spiralen, die Kupferkette sowie der Kupferball, wobei bei Letzterem die Datenlage bezüglich der Sicherheit noch ungenügend erscheint. Der beratende Arzt sollte Vor- und Nachteile jeder Methode, mögliche Nebenwirkungen und Kontraindikationen kennen und entsprechend beraten können sowie die Voraussetzungen gemäß ▣ Tab. 1 prüfen.

Vergleich Kupfer-IUD und Levonorgestrel-IUS

Die LNG-IUS sind bezüglich Kontrazeptionsschutz, Dysmenorrhö und Blutungen den kupferhaltigen Präparaten überlegen

[17]. Bei vorbestehender Anämie, symptomatischem Eisenmangel und Hypermenorrhö sollte kein kupferhaltiges System gewählt werden, da diese generell zu einer stärkeren Menstruationsblutung beitragen [2]. Die Kupferspirale ist hingegen bei Neigung zu Ovarialzysten, bei Akne und anderen Hautproblemen sowie gestagenbedingten Kopfschmerzen oder eventuellen psychischen Nebenwirkungen vorzuziehen. Zudem kann sie als Notfallkontrazeption bis zum fünften Tag nach Geschlechtsverkehr mit einem hohen kontrazeptiven Schutz eingelegt werden. Eine neue Studie stellt einen negativen Einfluss auf die spätere Fertilität bei Adoleszenten unter LNG-IUS zur Diskussion [9]. Uneinheitlich ist die Datenlage zu Infektionen, PID oder Endometritis. Einige Studien lassen einen Schutz vor Infektionen durch das Gestagen vermuten [27], andere zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen Kupferspirale und LNG-IUS [17, 25]. Insgesamt ist das Risiko dieser Komplikationen aber als gering anzusehen [11].

Expulsionen und Behandlungsabbruch

Expulsionen treten vor allem im ersten Jahr nach der Einlage auf, das Risiko scheint bei Nulliparen und bei Adolescentinnen höher zu sein [3, 28], was insbesondere bei sehr jungen Jugendlichen der Fall zu sein scheint, wie ▣ Abb. 6 zeigt. Hauptgrund

für die Entfernung sind Blutungsstörungen und Schmerzen. Diese liegen (in den meisten Studien) bei Kupfer-IUD etwas höher als bei LNG-IUS [4]. Insgesamt brechen etwa 13 % der Jugendlichen die intrauterine Verhütung innerhalb eines Jahres ab, bei Kupfer-IUD etwa 20 %, bei LNG-IUS nur 12 % [5, 28]. Darüber sollte vor der Einlage informiert werden. Da sich durch die Dislokation das Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft erhöht, erachten einige Autoren LNG-IUS für Jugendliche als die bessere Wahl [17].

Probleme im Rahmen der IUD-Einlage bei Jugendlichen

Die vielen verfügbaren IUS unterscheiden sich auch in der Einlagetechnik. Es ist wichtig, diese im Voraus gut zu kennen und am Modell zu üben. Insbesondere die Einlage der Kupferkette und die Handhabung der Einführungssysteme der LNG-IUS müssen trainiert werden, um die korrekte Platzierung zu gewährleisten. Ebenso sollten das Einlegesystem der Goldspirale und die Handhabung des Kupferballs mehrfach geübt werden, bevor diese zur Anwendung kommen. Wichtig ist gerade bei Jugendlichen eine gute Vorbereitung und ausreichende Analgesie, wie in ▣ Tab. 2 dargelegt [10].

Kernaussagen für die Praxis

- Intrauterine Kontrazeptiva dürfen und sollen vermehrt zur Kontrazeption für sexuell aktive Jugendliche und Frauen angeboten werden.
- IUD/IUS sind eine sichere, günstige und gut verträgliche Methode mit hoher Kontinuität und niedriger Komplikationsrate.
- Eine STI sollte vor der IUD/IUS-Einlage ausgeschlossen werden.
- Für die Einlage von IUD/IUS bei Adolescenten empfiehlt sich eine geeignete Analgesie.
- IUD/IUS haben nach aktueller Datenlage keinen negativen Einfluss auf die spätere Fertilität.
- IUD/IUS erhöhen nicht das Risiko für ektope Schwangerschaften. Tritt jedoch unter IUD eine Schwangerschaft auf, sollte rasch eine Kontrolle durchgeführt und eine Extrauterin gravidität ausgeschlossen werden.

Tab. 2 Mögliche Erleichterungen der Einlage von IUS oder IUD bei Adolescenten
Vorherige Analgesie (nichtsteroidale Antirheumatika)
Gefüllte Blase (bei antevertiertem Uterus)
Korrekte Lagerung der Patientin mit entspanntem Becken
Oberflächenanästhetikum für den Muttermund
Lokale Anästhesie der Zervix, insbesondere bei engem Zervikalkanal oder starker Schmerzempfindung
Entspannte Kommunikation mit der Patientin während der Einlage
Eine vorherige intravaginale Behandlung mit Misoprostol zur Vorbereitung des Zervikalkanals ist umstritten, da Misoprostol zwar die Einlage erleichtert, aber auch zu vermehrten Uteruskontraktionen führen kann, was das Schmerzempfinden und möglicherweise das Expulsionsrisiko erhöht [10]
<i>IUD</i> „intrauterine devices“, <i>IUS</i> intrauterine Systeme

- Bei Hypermenorrhö, Anämie und Dysmenorrhö sind LNG-IUS überlegen.
- Vor Einlage eines kupferhaltigen Systems sollte auf die erhöhte Rate an Dysmenorrhö und Blutungsproblemen hingewiesen werden.
- Das Kupfer-IUD kann bis zum fünften Tag nach ungeschütztem Verkehr zur Notfallkontrazeption angeboten werden.

Implantate

Im Unterschied zur intrauterinen Kontrazeption ist die Einlage des Implantats einfach und bei lokaler Anästhesie nahezu schmerzfrei. Auch die kontrazeptive Sicherheit ist sehr hoch und nicht von der Lage abhängig. [6, 19]. Daher gelten Implantate als die sicherste Verhütungsmethode, falls keine enzyminduzierenden Medikamente, beispielsweise Antiepileptika, eingenommen werden. Gerade für Jugendliche mit einem hohen kontrazeptiven Sicherheitsbedürfnis oder Vorbehalten gegenüber einer gynäkologischen Untersuchung ist das Implantat oft eine gute Wahl. Als Nebenwirkungen müssen im Vorfeld die möglichen Blutungsstörungen, die fehlende Zykluskontrolle und eine eventuell negative Wirkung auf das Hautbild besprochen werden. Eine mehrmonatige Testphase mit der desogestrelhaltigen östrogenfreien Pille kann als Entscheidungshilfe dienen, wobei die Vorhersagekraft bezüglich des Blutungsmusters umstritten ist. Das Risiko einer Dislokation des Implantats und demzufolge erschwerten Entfernung kann mit einer korrekten, streng subdermalen Einlage verringert, aber nicht gänzlich vermieden werden.

Kernaussagen für die Praxis

- Ein Implantat ist das sicherste Kontrazeptivum.
- Medikamentöse Interaktionen (Enzyminduktoren) müssen berücksichtigt werden.
- Die häufigsten Nebenwirkungen sind Blutungsstörungen, was im Vorfeld mit der Patientin besprochen werden sollte.
- Gelegentlich verstärkt sich eine vorbestehende Akne.
- Eine vorherige Einnahme der „desogestrel-only pill“ über einige Monate zur Prüfung der Verträglichkeit kann sinnvoll sein.

Fazit für die Praxis

- **Der sichere Schutz vor einer unerwünschten Schwangerschaft ist das wichtigste Ziel der Kontrazeptionsberatung bei Jugendlichen.**
- **Eine Vielzahl verschiedener Verhütungsmethoden steht zur Verfügung, deren Vor- und Nachteile sorgfältig abgewogen werden sollen. Dabei sollten Bedenken und Ängste angesprochen, Irrtümer aufgeklärt und falsche Vorstellungen korrigiert werden. Zum besseren Verständnis eignen sich bildliche Darstellungen.**
- **Das Gespräch über sexuelle Gesundheit umfasst auch Informationen über sexuell übertragbare Infektionen und den Nutzen des Kondoms als Schutz und doppelte Verhütung, auch bei Methoden der lang wirksamen Kontrazeption.**
- **Neben der kombinierten hormonellen Kontrazeption kommen bei Jugendlichen auch zunehmend intrauterine Kontrazeptiva oder Implantate zur Anwendung. Sie zeichnen sich durch eine hohe Sicherheit und Zufriedenheit seitens der Anwenderinnen aus.**

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ruth Draths
Frauenpraxis-Buchenhof
Buchenstrasse 8, 6210 Sursee, Schweiz
ruth.draths@frauenpraxis-buchenhof.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Draths gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

Literatur

1. ACOG Committee Opinion No. 735 (2018) Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 131:e130–e139
2. Adeyemi-Fowode O et al (2019) Intrauterine devices: effective contraception with noncontraceptive benefits for adolescents. *Pediatr Adolesc Gynecol* 32(55):S2–S6
3. Aoun J et al (2014) Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 123:585–592
4. Behringer T et al (2011) Duration of use of a levonorgestrel IUS amongst nulliparous and adolescent women. *Contraception* 84(5):e5–e10
5. Berenson AB et al (2013) Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol* 121:951–958
6. Bradley S et al (2019) Global contraceptive failure rates: who is most at risk? *Stud Fam Plann* 50:3–24
7. Darney PD (2001) Time to pardon the IUD? *N Engl J Med* 345:608–610
8. Davis AJ (2011) Intrauterine devices in adolescents. *Curr Opin Pediatr* 23:557–565
9. Dinehart E et al (2020) Levonorgestrel IUD: is there a long-lasting effect on return to fertility? *J Assist Reprod Genet* 37:45–52
10. Gemzell-Danielsson K et al (2013) Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Hum Reprod Update* 19:419–427
11. Grimes DA (2000) Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 356:1013–1019
12. Hassoun D (2018) Natural family planning methods and barrier: CNGOF contraception guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 46:873–882
13. Hladky KJ et al (2011) Women's knowledge about intrauterine contraception. *Obstet Gynecol* 117:48–54
14. Hubacher D et al (2001) Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 345:561–567
15. Hubacher D (2007) Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception* 75(6 Suppl):8–11
16. Iavazzo C et al (2008) Intrauterine devices and extrauterine pregnancy. A literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol* 35:103–106
17. Jatlaoui T et al (2017) The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contraception* 95:17–39

18. Kaneshiro B (2010) Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. *Int J Womens Health* 2:211–220
19. Kavanaugh ML et al (2013) Long-acting reversible contraception for adolescents and young adults: patient and provider perspectives. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 26:86–95
20. Peterson SF, Fok WK (2019) Mobile technology for family planning. *Curr Opin Obstet Gynecol* 31:459–463
21. Rasheed SM (2011) Complications among adolescents using copper intrauterine contraceptive devices. *Int J Gynaecol Obstet* 115(3):269–272
22. Rothenbühler M et al Detection of fertile window in irregular cycles using a wearable medical device. <https://www.avawomen.com/de/wie-funktioniert-ava/healthcare/research>. Zugegriffen: 15. März 2021
23. BFS Bundesamt für Statistik (2021) Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992–2017. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen>. Zugegriffen: 2. April 2021
24. Shilaih M et al (2018) Modern fertility awareness methods: wrist wearables capture the changes in temperature associated with the menstrual cycle. *Biosci Rep* 38(6):BSR20171279
25. Sivin I (1994) Health during prolonged use of levonorgestrel 20 micrograms/d and the copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. International Committee for Contraception Research (ICCR). *Fertil Steril* 61:70–77
26. Todd N, Black A (2020) Contraception for adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 12(Suppl 1):28–40
27. Toivonen J (1991) Protective effect of intrauterine release of levonorgestrel on pelvic infection: three years' comparative experience of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 77:261–264
28. Veldhuis HM et al (2004) Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous women. *Eur J Gen Pract* 10:82–87
29. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD (2000) The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ* 18(321):1259–1262
30. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project (2018) Family planning: a global handbook for providers. CCP, WHO, Baltimore, Genf (2018 update)

Contraceptive counselling for adolescents

Background: In the last 20 years the contraceptive behavior of the population has changed, as demonstrated by the decline in combined hormonal contraceptives.

Research question: The article examines which contraceptive methods are currently recommended for adolescents and how contraceptive counselling should weigh up risks and side effects.

Material and methods: The current contraceptive data in Switzerland are compared with international data and the current literature on the various contraceptive methods and on counselling for adolescents is reviewed. Numerous uncited articles, expert opinions and the views of young people concerned as expressed in the results of surveys and counselling interviews are included in the work.

Results: Swiss data confirm the significant decrease in combined oral contraception among adolescents and also the decrease in condom use. The use of long-acting methods (e.g. intrauterine devices and implants) has increased but many adolescents seem to have abandoned safe contraception. The use of rhythm methods with periodic abstinence, coitus interruptus and condom use alone is associated with a very high failure rate among adolescents, with each contraceptive method showing more failures in adolescents than in adults.

Conclusion: The numerous publications available show how complex contraceptive counselling has become today. In addition to medically justified concerns, unrealistic ideas, unconscious fears and fashion trends often have to be included and clarified for joint decision-making. Safety and tolerability of intrauterine methods are well documented in numerous studies and can mostly be offered to sexually active adolescents with a desire for safe long-term contraception.

Keywords

Contraceptive methods/safety · Contraceptive failure · Combined hormonal contraception · Intrauterine devices · Condoms