

Verhütungsberatung bei Jugendlichen

Wunsch, Wahrnehmung, Wirklichkeit

In der jugendgynäkologischen Praxis ist die Verhütungsberatung ein wesentlicher Bestandteil der Sprechstunde. Da sie oft im Erstkontakt mit der Patientin stattfindet, sollte genügend Zeit für diese Konsultation reserviert werden. Jugendliche heute sind durch ihre Peer Groups und soziale Medien scheinbar gut informiert, haben aber gleichzeitig viele Ängste und Bedenken, denen man sich im ärztlichen Gespräch stellen muss.

Anna Kathrin Erkert



Für Jugendliche heute ist es selbstverständlich, dass sie zwischen einer Vielzahl von Verhütungsmitteln wählen können. Aber dass Frauen überhaupt selbstbestimmt

verhüten können, ist ein grosser Beitrag für die weibliche sexuelle Unabhängigkeit, den wir massgeblich der Einführung der damals sogenannten Antibabypille vor 60 Jahren verdanken. Während 1976 nur ungefähr ein Drittel aller fertilen Frauen diese Art der sehr sicheren Verhütung nutzte, verwendete 2019 mehr als die Hälfte aller jungen Mädchen beim (vorherigen) Geschlechtsverkehr kombinierte Kontrazeptiva, so ihre Angaben (1).

Insgesamt gutes Verhütungsverhalten, dennoch ...

Gleichwohl wird beim ersten Geschlechtsverkehr der 14- bis 17-Jährigen

Merkmale

- **Grundsätzlich kommen für Jugendliche alle reversiblen Verhütungsmethoden infrage.**
- **Es gilt, durch eine gute Anamnese die Wünsche der Patientinnen zu erfahren und mit gesundheitlichen Risiken abzugleichen, um ein geeignetes Verhütungsmittel zu finden.**
- **Das erfordert sehr gute Kenntnisse über die einzelnen Verhütungsmittel und ein ausreichend grosses Zeitfenster bei der Konsultation, um die Patientin umfassend zu informieren.**
- **Regelmässige Kontrollen, die erste z. B. nach 3 Monaten, sind gerade bei Jugendlichen wichtig, um Nebenwirkungen und Compliance-Probleme zu erkennen und Anpassungen vorzunehmen.**

am häufigsten das Kondom benutzt (77%), da es unkompliziert und ohne ärztliche Verordnung erhältlich ist. Nur 9% der Jugendlichen verhüten beim «ersten Mal» gar nicht, 86% wählen eine sichere Methode. Dennoch ist der Anteil der Mädchen, die mit oralen Kontrazeptiva und Kondom zusammen verhütet haben in dieser Gruppe in den letzten 4 Jahren von 33% auf 19% zurückgegangen (1) (Abbildung 1).

Das insgesamt gute Verhütungsverhalten widerspiegelt sich in den relativ niedrigen Zahlen für Schwangerschaftsabbrüche. Bei 15- bis 19-jährigen Schweizerinnen ist im Jahr 2020 die Rate mit 3,5 Schwangerschaftsabbrüchen pro 1000 Frauen auf niedrigem Niveau konstant geblieben (Abbildung 2) (2).

... Rückgang der Anwendung kombinierter Pillen

Die neuesten Zahlen der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 2019 zeigen eine rückläufige Verhütung mit der Pille zugunsten des Kondoms. Grund sind unter anderem Bedenken gegenüber der Gesundheitsverträglichkeit der Pille (1).

Zwei Studien, die 2015 und 2019 zunächst in Deutschland durchgeführt wurden, versuchten mehr über das Verhütungsverhalten von Frauen herauszufinden. Die TANCO-Studie (Think about needs in contraception) untersuchte bei 18500 Teilnehmerinnen zwischen 14 und 50 Jahren in einer Onlineumfrage die Verhütungsgewohnheiten, das Wissen über verschiedene Verhütungsmethoden sowie die Zufriedenheit mit der derzeit gewählten Methode und mit der Beratung durch den/die Frauenarzt/Frauenärztin. Diese Studie wurde auf 11 europäische Länder, auch auf die Schweiz, ausgeweitet (3). In einer Unter-

gruppe wurden die Daten von Adolescentinnen zwischen 14 und 19 Jahren (n = 2699) untersucht (4). Die Contraceptive-Counselling-(CoCo-)Studie untersuchte bei Frauen zwischen 16 und 30 Jahren, wie sie bezüglich Verhütung beraten werden möchten (5).

Die Ergebnisse beider Studien zeigen, dass es einen Rückgang bei der Verhütung mit der am häufigsten eingesetzten Kombinationspille zugunsten weniger sicherer Methoden wie des Kondoms gibt. Gleichzeitig ist bei den Kondomanwenderinnen die Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Verhütungsmittel am grössten.

Die Anwenderinnen von intrauterinen Verhütungsmethoden (kupferhaltige oder hormonhaltige Intrauterinpressare [IUD]) sind am zufriedensten, danach folgen Pillen- und Vaginalringanwenderinnen.

Sehr hoher Beratungsbedarf durch Ärztinnen und Ärzte

Der wichtigste Anspruch der Nutzerinnen an das Verhütungsmittel ist die hohe Zuverlässigkeit. Da diese bei Kombinationspillen hoch ist und sie Zusatznutzen wie weniger starke und schmerzhaftere Monatsblutungen bieten, entscheiden sich viele junge Frauen nach ausführlicher Beratung trotz anfangs bestehender Vorbehalte gegen eine Hormoneinnahme dann dafür. Trotzdem ist der Bedarf nach Aufklärung über Alternativen zur Pille hoch. Auch wird die Bereitschaft der Jugendlichen, diese Alternativen nach eingehender Beratung anzuwenden, von Frauenärztinnen/Frauenärzten deutlich unterschätzt (4).

Das Wissen über die Wirkungsweise verschiedener Verhütungsmittel ist bei Jugendlichen schlecht und sogar über die von ihnen selbst angewendeten Methoden. Das erklärt auch, weshalb die Versagerquote von allen Verhütungsmitteln in der Gruppe der Jugendlichen am grössten ist, besonders die benutzerabhängigen Methoden (6, 7).

Die Daten dieser Studien zeigen, wie wichtig es ist, dem ärztlichen Gespräch einen angemessenen Rahmen zu geben, genügend Zeit zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses einzuplanen und gut strukturierte Informationen über verschiedene Möglichkeiten der Verhütung zu vermitteln.

Das Erstgespräch

Das Beratungsgespräch zur Verhütung ist oft der erste Kontakt mit einer Frauenärztin.

Anschauungsmaterial wie ein Beckenmodell, Pillenblister, Muster eines Verhütungsrings und verschiedener Spiralen sind nützlich. Unterlagen über die unterschiedlichen Verhütungsmethoden sollten für die Rekapitulation zu Hause mitgegeben werden.

Zur Einstimmung können die Jugendlichen bereits im Wartezimmer einen Fragebogen zur Verhütung ausfüllen (Beispiel in *Abbildung 3*).

Mit diesem kann sich die Ärztin einen Überblick über Vorkenntnisse, Probleme sowie derzeit genutzte und zukünftig gewünschte Verhütungsmethoden verschaffen. Da bei vielen Mädchen der Anblick des gynäkologischen Untersuchungsstuhls Unbehagen auslöst, kann es hilfreich sein, das Gespräch in einem anderen Zimmer zu führen oder den Stuhl mit einem Paravent abzuschirmen. Es sollte gleich zu Beginn kommuniziert werden, dass eine körperliche Untersuchung, ausser wenn vom Mädchen gewünscht oder bei akuten Beschwerden, beim Erstkontakt nicht erforderlich ist. Das trägt meist zu einer Entspannung der Patientin bei, sodass sie sich besser auf das kommende Gespräch konzentrieren kann.

Jugendliche fühlen sich oft sicherer, wenn sie eine weitere Person mitbringen dürfen. Gerade Mütter begleiten ihre Töchter gern und sind zudem hilfreich beim Erheben der Familienanamnese. Die Eigenanamnese sollte möglichst genau dokumentiert werden, explizit muss nach Essstörungen, psychischen Erkrankungen und Migräne gefragt werden, da diese von den Mädchen oft nicht spontan als Erkrankung erwähnt werden. Auch nach dem Gebrauch von Medikamenten (Psychopharmaka) sowie von Nikotin, Alkohol und Drogen sollte gefragt werden. Sinnvoll ist es aber, einen Teil des Gesprächs, insbesondere wenn es um sehr intime Fragen beispielsweise zur bisherigen sexuellen Aktivität und bisherigen Verhütung geht, nicht in Gegenwart der Begleitperson zu führen.

Eine gynäkologische Anamnese mit Angabe von Menarche, Dauer und Stärke der Regelblutung, Zyklusstörungen und

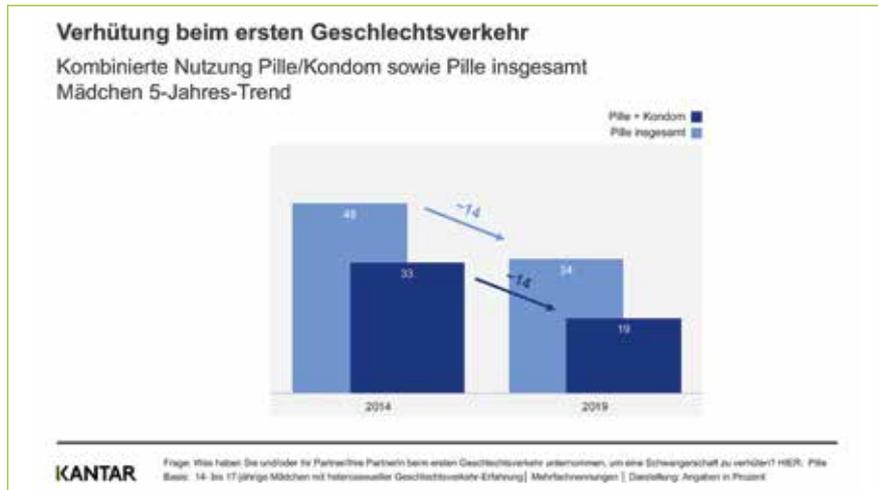


Abbildung 1: Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], Datensatz «Jugendsexualität», Befragung 2019) (16).

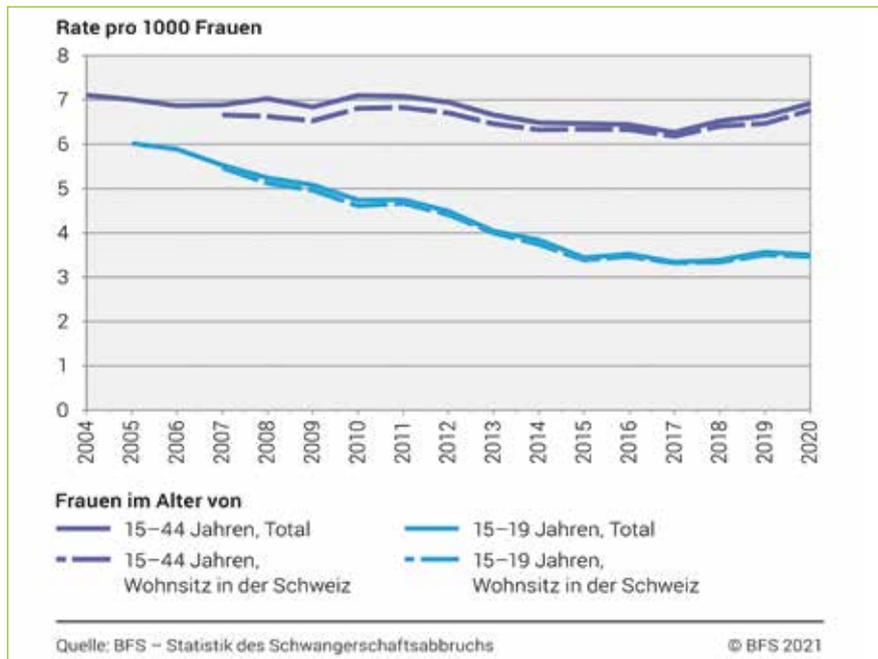


Abbildung 2: Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2004 bis 2020 in der Schweiz (2).

Beschwerden bei der Menstruation sollte genau erfasst werden. Nur so kann zusammen mit der Jugendlichen das für den jetzigen Zeitpunkt geeignete Verhütungsmittel ausgewählt werden.

Eine Messung der Körpergrösse, des -gewichts und des Blutdrucks sollte bei der ersten und auch bei weiteren Kontrollen durchgeführt werden. Sollte ein IUD oder ein Levonorgestrel-haltiges IUD gewünscht werden, ist es bei bereits sexuell aktiven Mädchen wichtig, eine Untersuchung auf sexuell übertragbare Erkrankungen (Chlamydien) und gegebenenfalls einen Krebsabstrich sowie

eine vaginale Ultraschalluntersuchung zur Auswahl des passenden IUD durchzuführen. Bei minderjährigen Patientinnen ist es sinnvoll, die Zustimmung der Eltern einzuholen – das auf jeden Fall, wenn sie jünger als 16 Jahre sind. Hierfür gibt ein zweiter Termin genügend Raum, da auch die erste Untersuchung mit grossem Erklärungsbedarf und ohne Zeitdruck durchgeführt werden sollte.

Abgleich von Wunsch und medizinischen Voraussetzungen

Die Wünsche der Jugendlichen müssen nun mit der erhobenen Anamnese auf

Möchten Sie bei diesem Arztbesuch über Verhütung sprechen?

Dann füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus, so helfen wir bereits eine gute Ausgangsbasis für unser gemeinsames Gespräch über Verhütung. Der Fragebogen ist freiwillig.

Ihr Profil
 Alter 16 Jahre Gewicht 72 kg Eherige Anzahl an Schwangerschaften: 0 Entbarten: 0

Ihre Periode
 Ich erreiche ja nein
 Ich erreiche mehr als 10 Zigaretten pro Tag ja nein

Meine Periode kommt
 regelmäßig etwa 1- pro Monat
 im Abstand von weniger als 21 Tagen
 im Abstand von mehr als 35 Tagen

Während meiner Periode brauche ich pro Tag
 mehr als 5 Tampone/Binden
 3-5 Tampone/Binden
 1-2 Tampone/Binden

Krankheiten
 Bluthochdruck (wie z. B. Herzinfarkt, Herzkrankheit) in der Familie ich selbst
 Kreislauferkrankungen in der Familie ich selbst
 Zuckerkrankheit in der Familie ich selbst

Andere:
 Ich nehme folgende Medikamente:
 Ich leide unter folgenden Beschwerden:
 Pyelonephritis Kapillarerkrankungen
 Beschwerden in den Tagen vor der Periode Treueigkeit und Energieabnahme
 Akne Schmerzen beim Verkehr
 Unruhebeschwerden Besondere Lautlosigkeit
 Brustschmerzen

Was erwarten Sie von Ihrer Verhütung?
 Ich möchte, dass die Periode regelmäßig kommt sehr wichtig wichtig unwichtig
 Ich möchte nicht täglich daran denken sehr wichtig wichtig unwichtig
 Ich möchte eine Methode, die für mehrere Jahre wirkt sehr wichtig wichtig unwichtig
 Ich möchte eine Verhütung, die sicher ist sehr wichtig wichtig unwichtig
 Ich möchte eine hormonfreie Verhütung sehr wichtig wichtig unwichtig
 Ich möchte, dass meine Verhütung meine Periodenschmerzen reduziert sehr wichtig wichtig unwichtig
 Ich möchte eine Partner-unabhängige Methode sehr wichtig wichtig unwichtig
 Ich möchte eine Verhütung, die ich selber starten und stoppen kann sehr wichtig wichtig unwichtig

Abbildung 3a: Praxisbeispiel der Erwartungen und Wünsche (© 2021 Organon group of companies. Mit freundlicher Genehmigung.)

Welche Verhütungsmethoden kennen Sie (mehrere Antworten möglich)?

Pille	<input checked="" type="checkbox"/>	Hormonstiftchen	<input checked="" type="checkbox"/>
Pflaster	<input checked="" type="checkbox"/>	Kondom	<input checked="" type="checkbox"/>
Ring	<input checked="" type="checkbox"/>	Diaphragma	<input checked="" type="checkbox"/>
Spirale	<input checked="" type="checkbox"/>	Notfallverhütung «Pille danach»	<input checked="" type="checkbox"/>
Kupferspirale	<input checked="" type="checkbox"/>	Rechenmethode	<input checked="" type="checkbox"/>

Welche Verhütungsmethode verwenden Sie momentan?

Kombinierte Pille	<input type="checkbox"/>	Kondom	<input checked="" type="checkbox"/>
Gebärfreierhormonpille	<input type="checkbox"/>	Diaphragma	<input type="checkbox"/>
Pflaster	<input type="checkbox"/>	Natürliche Verhütung (Rechenmethode oder Rückzahlmethode (Calus Interruptus))	<input type="checkbox"/>
Ring	<input type="checkbox"/>	Beratung, Weisdom	<input type="checkbox"/>
Spirale	<input type="checkbox"/>	Ich stille und nehme noch keine Verhütung	<input type="checkbox"/>
Kupferspirale, Kupferkette	<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>
Hormonspirale	<input type="checkbox"/>		
Hormonstiftchen	<input type="checkbox"/>		

Welche Verhütungsmethoden haben Sie schon verwendet (mehrere Antworten möglich)?

Pille	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Pflaster	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Ring	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Spirale	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Kupferspirale	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Hormonspirale	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Hormonstiftchen	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Kondom	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input checked="" type="radio"/> positiv
Diaphragma	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Rechenmethode	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Notfallverhütung «Pille danach»	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv
Keine	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> positiv

Abbildung 3b: Praxisbeispiel der Erwartungen und Wünsche (© 2021 Organon group of companies. Mit freundlicher Genehmigung.)

der Suche nach einem geeigneten Verhütungsmittel abgeglichen werden. Das kann sehr einfach sein, wenn die Wünsche und die medizinische Empfehlung zusammenpassen.

Das Gespräch kann aber auch sehr langwierig werden, z. B. wenn die Patientin aus ärztlicher Sicht nicht das gleiche Verhütungsmittel wie ihre Freundin bekommen kann oder wenn die beisitzende Mutter Vorbehalte aus ihrer eigenen Erfahrung äussert. Auch kann es sein, dass es kein Verhütungsmittel gibt, das alle Wünsche der Patientin abdeckt (Abbildungen 3a/b). Gerade in diesen Fällen muss ausreichend Bedenkzeit gegeben werden und genau erklärt werden, warum das gewünschte Kontrazeptivum nicht gegeben werden darf.

Speziell relevante Kriterien bei Jugendlichen

Auch für Jugendliche gelten die WHO-Kriterien zur Kontrazeption (Tabelle) (8). Sie haben jedoch seltener als Erwach-

sene Kontraindikationen, zum Beispiel gegen kombinierte hormonelle Verhütung. Dennoch sind auch Jugendliche oft adipös. Nikotinabusus wird selten als gesundheitlich problematisch empfunden. Unter Migräne (mit Aura) leiden ungefähr 10% aller Adolescentinnen (9). Akne, Zyklusstörungen und Dysmenorrhö sind häufig geäusserte Beschwerden. Die maximale Knochendichte wird erst ungefähr mit dem 20. Lebensjahr erreicht. Deshalb können einzelne Verhütungsmittel ungeeignet sein.

Vonseiten der Jugendlichen hingegen werden zunehmend Bedenken gegen die Einnahme von kombinierten oralen Kontrazeptiva geäussert (1). Sie haben Angst, durch Hormone an Gewicht zuzunehmen, Stimmungsschwankungen oder sogar Krebs zu bekommen (10). Im Gegensatz hierzu gibt es gegenüber Depot-Gestagen oder dem IUD vor der Beratung kaum Bedenken. Die Sicherheit des Kondoms wird zudem überschätzt.

Die Entscheidung – «was funktioniert?»

Trotz aller Bedenken ist die *hormonelle Kontrazeption* ein guter und finanziell erschwinglicher Einstieg in die sichere Verhütung. Eine kombinierte Pille mit 30 Mikrogramm Ethinylestradiol (EE) bietet sichere Zykluskontrolle und wenig Beeinflussung der noch zu erreichenden maximalen Knochendichte. Die meisten Jugendlichen spüren kaum Nebenwirkungen. Zusatznutzen gibt es bei Beschwerden wie Akne, Dysmenorrhö, prämenstruellem Syndrom oder Hormonenzugkopfschmerz. Die Abschwächung der Blutungsstärke ist auch bei Eisenmangel, bei Verdacht auf Endometriose oder bei Patientinnen mit Willebrand-Jürgens-Syndrom von Vorteil. Die Möglichkeit besteht, *Langzyklen* durchzuführen und entsprechend zusammengesetzte Präparate anzuwenden, bei denen die Blutung nur alle 3 Monate einsetzt (z. B. Seasonique®). Die von manchen Adolescentinnen als störend

empfundene tägliche Einnahme kann durch die Anwendung des Vaginalrings umgangen werden, der auch bei Grunderkrankungen mit häufigen Durchfällen eine gute Option ist. Apps können die Compliance erhöhen.

Gibt es Kontraindikationen gegen die Gabe von Östrogenen, z. B. ein erhöhtes Thromboserisiko oder Migräne mit Aura, stehen Gestagen-Monopräparate zur Verfügung. Depot-Gestagene («3-Monats-Spritze») verringern jedoch die Knochendichte und sollten maximal 2 Jahre hintereinander eingesetzt werden. Das Hormonstäbchen (Implanon NXT®) sollte bei einem BMI über 30 schon alle 2 Jahre gewechselt werden. Eine häufige Nebenwirkung sind Zwischenblutungen, die von Jugendlichen als störend empfunden werden und besonders in den ersten Anwendungsmonaten auftreten. Auch die *intrauterine Verhütung* kommt für Adolescentinnen infrage. Kupferhaltige IUD setzen allerdings voraus, dass die Blutungen nicht sehr stark oder sehr schmerzhaft sind, da hier eher eine Verschlechterung der Beschwerden eintreten kann. Hormonhaltige IUD werden oft primär abgelehnt, da der Wunsch nach hormonfreier Verhütung besteht. Nach Aufklärung über die Vorteile der Blutungs- und Schmerzreduktion bei sehr sicherer, anwenderunabhängiger Verhütung kann man jedoch einige Mädchen dafür gewinnen. Auf die maximale Anwendungsdauer von 5 Jahren gerechnet ist diese Art der Verhütung nicht teurer als diejenige mit einer Kombinationspille.

Natürliche Familienplanung und die Verhütung mit dem Diaphragma gehen dagegen mit einer hohen Versagerquote einher und sind deshalb für Jugendliche weniger geeignet (11).

Nicht fehlen darf in dem Beratungsgespräch der Hinweis, das Kondom ergänzend zu benutzen, da es gegen die Übertragung von Geschlechtskrankheiten keine bessere Alternative gibt.

Auch auf die Möglichkeit und die Wirkungsweise der *Notfallkontrazeption* muss die Patientin hingewiesen werden. Hier wird von Jugendlichen bevorzugt die medikamentöse Therapie gebraucht, da sie seit einiger Zeit ohne ärztliche Verschreibung in den Apotheken erhältlich

Tabelle:

WHO-Empfehlungen zur Kontrazeption (eigene Abbildung nach [8])

1. Kategorie:	uneingeschränkte Anwendung der Methode möglich
2. Kategorie:	Nutzen überwiegt Risiko
3. Kategorie:	Risiko überwiegt Nutzen – auf Patientinnenwunsch nur nach ausführlicher Aufklärung und wenn keine Alternativen möglich unter sorgfältiger Überwachung
4. Kategorie:	absolut kontraindiziert

ist und seitdem zunehmend genutzt wird. Anwenderinnen hormoneller Verhütung sollten jedoch schon bei der Verschreibung über Wechselwirkungen mit 30 mg Ulipristalacetat (ellaOne®) informiert und über das weitere Vorgehen aufgeklärt werden.

Ausblick

Interessant für Jugendliche werden in Zukunft die Verhütungsmethoden sein, die bis jetzt noch nicht in der Schweiz zugelassen sind, jedoch in der EU oder in den USA bereits eingesetzt werden.

Eine Verhütung mit möglichst natürlichen Inhaltsstoffen ist vielen Patientinnen wichtig. Seit Juli 2021 ist eine Pille mit Estetrol (14,2 mg) und Dienogest (3 mg) im 24 + 4-Einnahmeschema (Drovelis®) zunächst in Deutschland auf dem Markt erschienen. Estetrol (E4) ist ein bioidentisches, bereits im Fetus gebildetes Östrogen, das nun synthetisch hergestellt wird. Es scheint weniger Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, die über den Leberstoffwechsel abgebaut werden, zu haben als Ethinylestradiol-Präparate. Das Kontrazeptivum wirkt zyklusstabilisierend und bietet antiandroge Zusatznutzen sowie reduzierte Blutungsstärke. Ob die Thrombosegefahr geringer als bei Ethinylestradiol-Levonorgestrel-Präparaten ist, muss noch weiter untersucht werden (12).

Auch eine Gestagenpille mit Drosperinon (4 mg) im 24 + 4-Schema (Slinda®) ist seit Kurzem in der EU und den USA zugelassen. Hier verspricht man sich, dass es zu regelmässigeren Blutungen in der Pause kommt, das im Vergleich zur kontinuierlichen Anwendung im 28-Tage-Schema mit Desogestrel (75 Mikrogramm). Dieses Präparat ist besonders gut geeignet für Mädchen mit Thrombophilien oder Migräne mit Aura, die keine kombinierten oralen Kontrazeptiva neh-

men dürfen, aber doch eine einigermaßen blutungsstabile hormonelle Kontrazeption wünschen. Dass die Knochendichte nicht so stark reduziert wird wie bei herkömmlichen Gestagen-Monopräparaten, ist gerade für Jugendliche vorteilhaft. Ausserdem wird durch die antiandrogene Wirkung des Drosperinons eine Verbesserung des Hautbildes erreicht, was bei Patientinnen mit Akne einen Vorteil bedeutet, den herkömmliche Gestagen-Monopräparate nicht bieten können (13).

Vaginalring

Ein bereits gern in der Schweiz angewendetes Verhütungsmittel bei Jugendlichen ist der Vaginalring. Die Anwendung im Langzyklus mit bis zu 3 Ringen ist möglich.

Ein Vaginalring, der im 21/7-Schema insgesamt 13 Monate angewendet werden kann, ist in den USA seit 2018 zugelassen (Segestronacetat 150 Mikrogramm und Ethinylestradiol 13 Mikrogramm: Annovera®). Er wird nach der 7-tägigen Pause wieder eingelegt. Aktuell laufen vielversprechende Untersuchungen dazu, ob man diesen Ring auch 1 Jahr ohne Pause belassen könnte (14).

Weiter wird an einem Vaginalring mit Trimigeston als Gestagen-Monopräparat gearbeitet, der 28 Tage vaginal appliziert wird (15). ■

Dipl. Ärztin Anna Kathrin Erkert
 Gynäkologie und Geburtshilfe FMH
 Ärzte im Zentrum
 Rathausstrasse 17
 8750 Weinfelden
 E-Mail: kathrin.erkert@aiz.ch

Interessenkonflikte: keine.

Quellen:

1. Scharmanski S, Hessling A.: Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Aktuelle Ergebnisse der Repräsentativbefragung «Jugendsexualität». Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2021; Okt. auf Englisch: doi: 10.1007/s00103-021-03426-6. Online ahead of print.
2. Bundesamt für Statistik: Schwangerschaftsabbrüche. 2021: 2021. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.assetdetail.17904698.html>
3. Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J.: Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. Eur J Contracept Reprod Heal Care. 2018; 23(3): 183–193.
4. 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.
5. 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. Eur J Contracept Reprod Heal Care. 2021; 26(4): 326–333.
6. Bradley SEK, Polis CB, Bankole A, Croft T.: Global contraceptive failure rates: who is most at risk? Stud Fam Plann. 2019; 50(1): 3–24.
7. Draths R.: Contraceptive counselling for adolescents. Gynäkologische Endokrinol. 2021; (September): 286–294.
8. WHO: Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva, 2015.
9. Abu-Arafah I, Razak S, Sivaraman B, Graham C.: Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: A systematic review of population-based studies. Dev Med Child Neurol. 2010; 52(12): 1088–1097.
10. Segerer S, Keck C.: Unverträglichkeit der Pille. Gynäkologie + Geburtshilfe 2019; 24(6): 32–34.
11. Franik S, Bauersachs R, Beyer-Westendorf J, Buchholz T, Bühling K, Diener HC, 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): 152–182.
12. Douxfils J, Klipping C, Duijkers I, Kinet V, Mawet M, Maillard C, et al.: Evaluation of the effect of a new oral contraceptive containing estetrol and drospirenone on hemostasis parameters. Contraception 2020; 102(6): 396–402.
13. Birkhäuser M, Böttcher B, Germeyer A, Hadji P, Imthurn B, Mueck AO, et al.: Neuer estrogenfreier Ovulationshemmer?: Drospirenon 4 mg (24 / 4). 2021; 559–561.
14. Liu JH, Plagianos M, Archer DF, Simon JA, Kaunitz AM, Graham S, et al.: Segesterone acetate serum levels with a regression model of continuous use of the segesterone acetate/ethinyl estradiol contraceptive vaginal system. Contraception 2021; 104(3): 229–234.
15. Duijkers JM, Klipping C, Draeger C, Schug BS, Dax A, Friedrich M, et al.: Ovulation inhibition with a new vaginal ring containing trimegestone. Contraception 2020; 102(4): 237–242.
16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Infoblatt2020. Available from: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_Jugendsexualitaet_Neunte_Welle_barrierefrei.pdf