

Kinder- und Jugendgynäkologie für die pädiatrische Praxis

Bearbeitet von
Von Nikolaus Weissenrieder, bis 2017 niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie
Facharzt für Gynäkologie

1. Auflage 2018. Buch inkl. Online-Nutzung. VII, 248 S. Mit eBook inside. Kartoniert
ISBN 978 3 662 55527 9
Format (B x L): 16,8 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Pädiatrie,
Neonatologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Kinder- und Jugendgynäkologie im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen

Nikolaus Weissenrieder

- 2.1 Prävention – 14
- 2.2 Kinder- und jugendgynäkologische Zielerkrankungen bei den Früherkennungsuntersuchungen – 27
- 2.3 Relevante Impfungen in der Kinder- und Jugendgynäkologie – 30
- Literatur – 31

2.1 Prävention

In Deutschland gibt es seit 1971 die sogenannten U-Untersuchungen im Alter von 0–5 Jahren (U1–U9) oder auch Früherkennungsuntersuchungen. Gemäß dieser Definition war die Intention, frühzeitig Störungen bei der kindlichen Entwicklung zu entdecken und bei Notwendigkeit unterstützende Maßnahmen einzuleiten. In den letzten Jahren wurden die Untersuchungen um den Bereich »Vorsorge« erweitert und unterschiedliche Aspekte der Primär- und Tertiärprävention eingebunden. Diese Untersuchungen wurden um eine Jugendgesundheitsuntersuchung J1 (12–14 Jahre) und die U7a (3 Jahre) erweitert, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Fast alle Krankenkassen bieten im Rahmen von Sonderverträgen (Selektivverträgen) zusätzliche Vorsorgen wie die U10, U11 und J2 an. Die privaten Versicherungsträger erstatten ihren Versicherungsnehmern eine jährliche Vorsorgeuntersuchung.

Neben den kurativen, kinder- und jugendgynäkologisch relevanten Aspekten sind vor allem präventive Aspekte von besonderer Bedeutung, da nahezu jeder Jahrgang mehrfach erreicht wird.

2.1.1 Präventive Beratung zur Östrogenwirkung

Die Eltern können bei der U1/U2 aufgeklärt werden, dass das Aussehen des weiblichen Genitales beim Säugling durch mütterliche weibliche Hormone beeinflusst wird. Die sogenannte Östrogenisierung zeigt sich durch eine gesteigerte Durchblutung, eine leichte Ödematisierung und eine mitunter ausgeprägte vaginale Sekretion bis hin zu vaginalen Blutungen (► Abschn. 1.1.1 und ► Abschn. 1.2.2). Diese Sekretion kann mit einem angefeuchteten Baumwoll- oder Zellstofftuch abgewischt werden und hat keine krankhafte Bedeutung.

2.1.2 Präventive Beratung zur Genitalhygiene

Das medizinische Personal setzt häufig voraus, dass Eltern bereits vor der Geburt durch Elternkurse

über Hygiene bei Neugeborenen aufgeklärt worden sind. Die Praxis zeigt, dass gerade die Genitalhygiene in der präventiven Beratung einen zu geringen Stellenwert hat.

► **Es ist daher durchaus ärztliche Aufgabe, zur genitalen Hygiene im Kindes-, aber auch im Jugendalter immer wieder präventiv zu beraten.**

Viele Studien zur Hygiene werden von Firmen gesponsert, die Pflegeprodukte herstellen und sind daher nicht aussagekräftig, viele Aussagen zur Hygiene sind ideologisch gefärbt und nur durch die Erfahrung einzelner Personen oder Gruppen legitimiert.

Genitalhygiene im Säuglingsalter

Unbestreitbar ist, dass das weibliche Genitale spätestens ab der 3. Lebenswoche von Körperausscheidungen gereinigt werden soll. Die von Hebammen häufig geäußerte Information an die Eltern, dass der Bereich zwischen den Labia majora und minora bzw. Labia minora und Vestibulum vaginae wegen der positiven Wirkung der Käseschmiere nicht gereinigt werden soll, ist im Prinzip richtig, da die Käseschmiere die Haut intrauterin vor Mazeration durch die Amnionflüssigkeit schützt und zusätzlich antibakterielle Eigenschaften besitzt. Die Käseschmiere wird aber nach der Geburt durch Faeces und Urin zunehmend bakteriell kontaminiert und belastet die Haut. Nach der Geburt übernimmt die epidermale Lipidbarriere diese Aufgaben und schützt die Haut vor der infektiösen Wirkung von Bakterien in den Exkrementen. Die Anwendung von Seifen oder das Einweichen der Haut in Vollbädern kann zu einer Verminderung der epidermalen Barrierelipide und einem erleichterten Zugang für pathogene Mikroorganismen führen (Höger 2005).

Reinigung des Genitalbereichs

Kinder- und Jugendärzte sollten immer wieder bei den Vorsorgen U1–U6 (Säuglingsalter) die Genitalhygiene überprüfen und Bezugspersonen über Genitalhygiene aufklären. Die Haut im Genitalbereich ist durch Stuhl- und Urinkontakt besonderer Belastung ausgesetzt, daher sollte eine Reinigung jedes Mal nach dem Absetzen von Stuhl zeitnah erfolgen. Dies kann mit einem mit Wasser angefeuchteten Einmaltuch (Zellstoff), mit einem Baumwolltuch

(nach jeder Benutzung auskochen) oder unter fließendem Wasser mit der Hand erfolgen. Einmaltücher mit Zusatzstoffen sollten möglichst nicht verwendet werden. Bei festhaftendem Stuhl kann eine Öllösung (z. B. Babyöl) zum Auflösen angewendet werden. Die Reinigung soll dabei von innen nach außen und von vorne nach hinten erfolgen. Als erstes wird der Stuhl im Bereich des Anus entfernt. Mit einem neuen Tuch werden dann – falls vorhanden – Stuhl- oder Urinreste von der Vulva beginnend vom Mons pubis in Richtung Anus und Glutäalfalten entfernt. Anschließend werden Stuhl- oder Urinreste von den Labia minora und den Zwischenräumen der Labien und den Labia majora entfernt, danach wird der Inguinalbereich vom Leistenbereich aus beginnend in Richtung Glutäalfalten gereinigt. Sofern vorhanden, werden Urin- und Stuhlreste in gleicher Weise von den Oberschenkeln entfernt. Sollten Stuhlreste im Introitus vaginae vorhanden sein, können diese mit einem Q-Tipp entfernt werden. Idealerweise wird die verbal vermittelte genitale Hygiene während der Genitalinspektion kurz am kindlichen Objekt demonstriert. Ob die Haut des Windelkindes nach dem Reinigungsprozess mit einer zusätzlichen Creme/Salbe gepflegt werden muss, wird in der Praxis unterschiedlich gehandhabt. Bei generell empfindlicher Haut (z. B. atopischer Haut) ist es sinnvoll, im Genitalbereich die Haut vor Irritationen und Infektionen zu schützen.

➤ **Infektionen der Vulva und Vulvasynechien werden häufig durch mangelnde Hygiene verursacht.**

Baden von Säuglingen

Säuglinge können ab Geburt unabhängig vom Nabelschnurrest bei Bedarf gebadet werden, je nach Bedarf und Vorlieben der Eltern. Als Zusatz können z. B. ölige Lösungen verwendet werden, die einem Austrocknen der Haut entgegenwirken. Ein Seifenzusatz ist nicht erforderlich.

Den Eltern soll vermittelt werden, dass sie bei der täglichen Pflege keinen Bogen um die »erogenen« Zonen machen sollen, speziell nicht bei Mädchen. Gerade bei den ersten Vorsorgen stellen Ärzte fest, dass bei Jungen intensiv bei der Intimhygiene auf die Geschlechtssteile geachtet wird (Penis und

Hodensack peinlichst gesäubert). Bezugspersonen finden es eher lustig, wenn dabei eine Erektion entsteht. Bei Mädchen wird diese Region oft ausgespart und überhaupt nicht beachtet.

Genitalhygiene im Kleinkindalter

Solange die Kleinkinder (U7, U7a) Windeln tragen, sind präventive Informationen zur genitalen Hygiene am besten bei jeder Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der genitalen Inspektion an die Eltern zu vermitteln und eventuell auch nochmal zu demonstrieren. In diesem Alter sind die Genitalhygiene und das Wechseln von Windeln durch die aktive Gegenwehr des Kindes manchmal deutlich erschwert und eine Herausforderung für die Eltern.

➤ **Eltern sollte vermittelt werden, dass die regelmäßige, systematische und spielerische Durchführung der Genitalhygiene vergleichbar zur Zahnhygiene einen wichtigen Beitrag zur Bahnung einer späteren selbstständig und richtig durchgeführten Hygiene leistet.**

Durch den Wegfall der Östrogenisierung des Genitales und dem basischen pH der Vagina, durch das Fehlen der Fettpolster in den Labien, der Nähe von Vagina und Anus und der kurzen Urethra sind Harnwegsinfekte und Entzündungen der Vulva häufiger ab dem 2. Lebensjahr bis zum Beginn der Pubertät mit 8–9 Jahren. Ab dem 2. bis 3. Lebensjahr kann mit der Reifung der quergestreiften Muskulatur die willentliche Entleerung von Darm und Blase und damit die Kontrolle über die eigenen Körperausscheidungen erlernt werden. Das Mädchen registriert, was es alles kann und worüber es die Kontrolle hat. Mit Erlernen der Kontrolle über die Körperfunktionen beginnt auch die Anogenitalhygiene von den Eltern auf die Kleinkinder bzw. auf die Bezugspersonen in der Kindertagesstätte überzugehen. Daher treten mit Beginn der Sauberkeits-erziehung gehäuft Infektionen im Genitalbereich auf, wie Vulvitiden bzw. Vulvovaginitiden (▶ Abschn. 4.1.1).

Baden von Kleinkindern

Manche Kleinkinder baden in diesem Alter gerne. Wenn notwendig, können pH-neutrale Seifen zur Säuberung verwendet werden. Das Genitale soll mit Wasser ohne Seifenzusatz bei Verschmutzung täg-

lich, sonst jeden zweiten Tag mit den Fingern Inguinal und im Bereich der Labien und Vulva gereinigt werden. Alternativ kann ein Einmalwaschlappen bzw. ein Baumwolltuch mit anschließender Kochwäsche verwendet werden.

Genitalhygiene im Schulalter

Die Hygiene kann bei Mädchen in der Vorpubertät und während der Pubertät auch übertrieben werden. Durch die Entwicklung der Schweißdrüsen im Genital- und Achselbereich kommt es zu einem vermehrten Körpergeruch. Viele Mädchen reagieren darauf mit gesteigerter Hygiene. Verschiedene industriegesponserte Anleitungen verstärken dies noch, und Mädchen duschen zum Teil mehrmals täglich und waschen sich auch mehrmals täglich im Genitalbereich mit Waschlotion oder benutzen Deodorants. Die zu häufige Verwendung von Seife, Duschgels oder Spray kann zu Austrocknung, Allergisierung und Entzündungen der Haut im sensiblen Genitalbereich führen. Zur Reinigung der Vulva genügt auch in diesem Alter klares Wasser und die Säuberung mit der Hand bzw. mit einem Einmaltuch oder einem auskochbaren Waschlappen. Eine Reinigung mit einer pH-neutralen Waschlotion (Lotionen trocknen die Haut weniger aus) ist nur selten erforderlich. Die tägliche Reinigung der Scheide – außen – sollte nur mit Wasser erfolgen. Bei empfindlicher Haut im Bereich der großen Schamlippen oder um den After kann eine regelmäßige Pflege mit einer »Feuchtigkeit« enthaltenden Creme sinnvoll sein.

Im Alltag genügt einmal täglich Duschen. Baden sollte regelmäßig nur 1-mal pro Woche erfolgen, damit ein Austrocknen der Haut vermieden wird. Das Badewasser kann mit pflegenden Ölen versetzt werden. Sollte die Reinigung des Genitalbereichs öfters, z. B. täglich, erfolgen, kann die Anwendung einer fett enthaltenden Salbe sinnvoll sein. Wichtig ist es, den Genitalbereich trocken zu halten und nach der Miktions die Vulva trocken zu tupfen. Die Unterwäsche sollte möglichst aus Baumwolle sein und täglich gewechselt werden. Wenn Slipseinlagen verwendet werden, dürfen diese die Vulva nicht luftdicht verschließen.

Es gibt aber auch Mädchen in der Pubertät, die regelmäßiger Hygiene kritisch gegenüberstehen. Manche Jugendliche können erst mit 14 oder 15

Jahren automatisiert und ohne Kontrollnotwendigkeit die regelmäßigen Hygieneverrichtungen (Zähne putzen, Toilettenhygiene, Waschen) durchführen und brauchen bis dahin die Unterstützung durch die Eltern.

Richtige Miktions

Mit Erreichen des Kindergartenalters und Wegfall der Windeln werden die Mädchen selbstständig. Waschen im Genitalbereich, Stuhlgang und Miktions sowie die anschließende Reinigung werden mehr an die Kinder delegiert und möglichst selbstständig durchgeführt. Bei der Inspektion im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen findet sich häufig ein dünner Film von Flüssigkeit perivulvär oder auch perianal, sowie ein unangenehmer scharfer Geruch. Der »Flüssigkeitsfilm« und der »unangenehme Geruch« entstehen durch Urinreste.

Für das kindliche Gesäß sind viele normale Toilettenbrillen ungeeignet. Bei diesen Toilettenbrillen kommt es zum »Eintauchen« des Gesäßes unter die Sitzebene, da das »zu kleine« Gesäß in die »zu große« Klobrille eintaucht (■ Abb. 2.1). Durch die Toilettenbrille wird eine Spreizung der Oberschenkel vermieden, die Schamlippen liegen aneinandergepresst und führen zu einer flächigen Benetzung, da der Strahl nicht ungehindert abfließen kann. Die kindlichen Füße haben aufgrund der »zu kleinen« Größe des Mädchens keinen Kontakt zum Fußboden. Das Mädchen muss sich zum Halten mit beiden Händen auf der Toilettenbrille abstützen. Mit zunehmender Zeitdauer des Wasserlassens kommt es zu einem tieferen Eintauchen des Gesäßes. Wenn sich der Urinstrahl zum Ende des Wasserlassens abschwächt, kommt es zu einem Rückfluss von Urintropfen entsprechend der Schwerkraft in die Scheide. Da sich die Mädchen an der Toilettenbrille festhalten müssen, fehlt ihnen die Möglichkeit des Abtupfens der letzten Urintropfen mit der Hand in der sitzenden Position auf der Toilette. Nach dem Aufstehen kommt es dann zu einem Ausfluss des Resturins aus der Scheide in den Scheidenvorhof. Dort kommt es durch den Urin zu einer Milieuveränderung, einem deutlichen Uringeruch (nach Spreizen der Oberschenkel und der Schamlippen) sowie leichter zu Infekten durch Bakterien des Urins oder des Stuhlganges. Zur Vermeidung ist bis zu einer ausreichenden Sitzgröße des Mädchens



■ **Abb. 2.1** Urinieren mit eingetauchtem Gesäß – vaginaler Reflux



■ **Abb. 2.2** Korrektes Urinieren mit Kindereinsatz für Toilette und Fußantritt

im Vergleich zur verwendeten Toilettenbrille die Benutzung eines Kindereinsatzes für die Toilettenbrille sowie eines Antritts für die Füße notwendig (■ Abb. 2.2). Alternativ kann das Mädchen mit Blickrichtung zur Toilette (in der Regel in Richtung Wand) »verkehrt herum wie Pippi Langstrumpf« auf der Schüssel sitzen (■ Abb. 2.3). In beiden Fällen fließt der Urin ungehindert in die Toilette und das Mädchen hat jetzt die Möglichkeit, nach dem Wasserlassen die Scheide mit einem weichen Toilettenpapier »abzutupfen« und gründlich zu trocknen. Durch dieses Vorgehen wird beim Wasserlassen ein Rückfluss von Urin aus der Scheide vermieden.

➤ **Ein Kindereinsatz für die Toilette mit einem Antritt für die Füße oder Miktion im »Pippi-Langstrumpf-Sitz« vermeiden den Reflux von Urin aus der Vagina.**

In diesem Alter kann in Abhängigkeit vom Verschmutzungsgrad (z. B. Sandkasten) das Genitale täglich einmal bzw. alle 2 Tage gesäubert werden bzw. ein Bad genommen werden. Das Duschen wird



■ **Abb. 2.3** Urinieren in »Pippi-Langstrumpf-Haltung« mit gespreizten Oberschenkeln

von vielen Kindern in diesem Alter wegen der »Gesichtswäsche« ungerne durchgeführt.

- **Generell reichen bis zur Pubertät 2–3 Bäder/Duschen pro Woche. Eine Seifenanwendung in Genitalbereich ist nicht erforderlich, sondern für die Haut schädlich.**

Einmalwaschlappen bzw. Baumwolltücher sollen nur für den Genitalbereich und nur für eine Person verwendet werden. Nicht zu vergessen der Hinweis, nach dem Urinieren bzw. Stuhlgang die Hände mit Seife zu waschen.

Immer wieder berichten Kinder und Jugendliche oder deren Bezugspersonen, dass sie in der Schule Miktion und Defäkation hinauszögern und vermeiden, da die Schultoiletten häufig verschmutzt und in einem schlechten hygienischen Zustand sind. Dies kann zur Harnverhaltung und zur chronischen Verstopfung und Stuhlschmierien führen. Viele Kinder und Jugendliche vermeiden dann die Zufuhr von Flüssigkeit. Der so entstehende Flüssigkeitsmangel kann zu Müdigkeit, Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten führen. Ein weiterer Grund für Mädchen, die Waschräume nicht zu benutzen, ist die Angst vor Mobbing.

Scheidensekretion – Weißfluss

Mit Beginn der Östrogenwirkung (U10/U11) nimmt die Sekretion der exokrinen Drüsen (Talg-, Schweiß- und Duftdrüsen) zu, und es tritt eine Sekretion aus der Vagina aus. Wichtig ist die Nachfrage nach dem beginnenden »Weißfluss« (► Abschn. 1.2.8). Manche Mädchen sind über die in der Unterwäsche pastöse, gelatineartige und manchmal leicht bräunlich-grünliche Sekretion beunruhigt und fühlen sich durch die »Nässe« unwohl. Die mit der Östrogenisierung einsetzende Geruchsbildung – vor allem unter den Achseln – führt zur regelmäßigen Hygiene. Badezusätze sollen auf individuelle Verträglichkeit geprüft werden und nur in Maßen ins Wasser gegeben werden.

- **Desinfektionsmittel, Scheidenspülungen oder Sitzbäder sind unnötig, stören die normale Bakterienbesiedlung der Haut und der Scheide und sollten nicht angewendet werden.**

Intimsprays sollen auf keinen Fall in die Scheide gesprüht werden, allenfalls können sie äußerlich angewendet werden und ersetzen nicht das Waschen. Wichtig ist der Hinweis, nicht dasselbe Handtuch für »oben« und »unten« zu verwenden und Hand- und Badetücher oder gar Waschlappen in der Familie oder unter Freundinnen gemeinsam zu benutzen. Auch in diesem Alter ist eine ärztliche basale Hygienewiederholung absolut sinnvoll: »Bitte denk daran, du sollst nach dem Wasserlassen die Scheide mit einem weichen Toilettenpapier trocken tupfen, auf der Toilette immer den After von vorne nach hinten säubern, das benutzte Toilettenpapier immer gleich in der Toilettenschüssel entsorgen und nicht zusammenlegen und die unbenutzte Seite nochmal verwenden. Und zuletzt, bitte daran denken, nach jedem Toilettenbesuch die Hände gut mit Seife waschen.« Die flüssige Sekretion aus der Scheide kann mit Einlagen (Binden unterschiedlicher Größen), die regelmäßig gewechselt werden (bis zu 3-mal täglich), aufgefangen werden. Von der Anwendung von loser Watte, die ausfasern kann, von Zellstofflagen, die krümeln können, ist genauso abzuraten wie von der Verwendung von Schwämmen, die Verunreinigungen enthalten können.

Intimirasur

Viele Mädchen führen heute kurz nach Auftreten der Pubes- oder Axillarbehaarung eine Intimirasur durch. Wenn bei der Untersuchung Entzündungen, Verletzungen oder eine Follikulitis im Genitalbereich nach dem Rasieren auffallen, ist es sinnvoll, dies anzusprechen. Eine Lokaltherapie mit einer antibiotikahaltigen Creme (z. B. Clindamycin) oder einer antientzündlichen Creme (z. B. Clioquinol) lindert die Beschwerden. Zusätzlich kann eine Information über die richtige Intimirasur das Auftreten verhindern (s. in ► Abschn. 4.1.5).

Transpiration

Alternativ zum Waschen finden auch Antitranspirantien Anwendung, die Aluminiumchlorid enthalten. Schweißhemmend wirken Aluminiumsalze zum einen durch die Eigenschaft, die Haut zusammenzuziehen (adstringierende Wirkung) und zum anderen durch die Bildung eines gelartigen Proteinkomplexes, der wie eine Art Pfropfen temporär die Ausführungsgänge der Schweißkanäle verschließt.

Die errechneten systemischen Aufnahmemengen aus Antitranspirantien liegen für die gesunde Haut mit rund 10,5 µg über den 8,6 µg pro Tag, die für einen 60 kg schweren Erwachsenen als unbedenklich gelten. Sie liegen damit bei täglichem Gebrauch über der von der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) angegebenen, tolerierbaren wöchentlichen Aufnahmemenge (TWI). Die Werte für geschädigte Haut, beispielsweise nach Verletzungen durch eine Rasur, liegen zudem um ein Vielfaches darüber. Somit wird allein durch die tägliche Benutzung eines aluminiumsalzhaltigen Antitranspirants der TWI möglicherweise komplett ausgeschöpft (Lob-Corzilius 2017).

- **Mit der Anwendung von Antitranspirantien wird mehr Aluminiumchlorid aufgenommen, als der tolerierbaren Menge bei Erwachsenen entspricht.**

Menstruationshygiene

Vor Einsetzen der Menstruation kann im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (U11/J1) eine Hygieneberatung sinnvoll sein. Zur Menstruationshygiene stehen Einlagen und Tampons zur Verfügung. In Abhängigkeit von der Akzeptanz der Mutter, den Erfahrungen der Peergroup und dem eigenen Ausprobierverhalten wird von den Mädchen ein Verfahren ausgewählt. Die Angst vor Verletzung des Hymens sowie Gefahren durch die Abflusshinderung beeinflussen auch heute noch junge Mädchen.

- **Der östrogenisierte Hymen ist weich, dehnbar und von einem Minitampon in der Regel problemlos passierbar.**

Vielfach berichten Mädchen über Probleme beim Einführen. Neben konkreten anatomischen Hindernissen wie einem septierten oder fehlenden Hymen, die abgeklärt werden müssen, besteht häufig die Schwierigkeit, dass die Mädchen entweder den Introitus vaginae nicht lokalisieren können bzw. den Tampon nicht in die erforderliche Richtung einführen.

Praxistipp

Der Hinweis, den Introitus vorher mit dem Finger aufzusuchen und die Richtung der Vagina damit zu sondieren, erleichtert das Einführen ebenso wie ein kurzfristiges Eintauchen der Tamponspitze in Babyöl bzw. das Aufbringen von Öl mit dem Finger auf die Vulva.

Extrem selten kann es bei der Benutzung von Tampons zum STSS (Streptokokkeninduziertes toxisches Schocksyndrom) kommen. Dabei dringen β -hämolyisierende Streptokokken (Gruppe A, seltener Gruppe C oder G) z. B. durch Infekte an den Fingern bei Nichtbenutzung von Einführhilfen in den Körper ein oder befinden sich in bei der Herstellung verunreinigten Tampons. Deshalb ist der Hinweis wichtig, vor und nach dem Einführen des Tampons die Hände sorgfältig mit Seife zu waschen. Tampons können bei ausgeprägtem Weißfluss bereits vor der Menarche eingeführt werden, führen nicht zu einer vaginalen oder ascendierenden Entzündung, sind für Mädchen bei korrekter Lage nicht spürbar und können nicht verrutschen. Selten kann es vorkommen, dass der Rückholfaden bei der Entfernung abreißt und der Tampon in der Praxis entfernt werden muss. Gelegentlich wird ein Tampon in der Vagina über einen längeren Zeitraum vergessen und kann dann eine Infektion auslösen.

- **Wichtig bei der Beratung ist der Hinweis, bei stärkerer Periodenblutung die Tampons regelmäßig zu wechseln (alle 3–6 h) und den größtmöglichen Tampon zu verwenden, der sich problemlos in die Scheide einführen lässt.**

2.1.3 Präventive Beratung zur Sexualität

Prävention zur Sexualentwicklung

Laut dem Präventionsgesetz soll künftig das Augenmerk – neben der Krankheitsfrüherkennung – auf individuelle Belastungen und gesundheitliche Risiken des Mädchens/der Jugendlichen sowie auf eine präventionsorientierte Beratung der Bezugspersonen gelegt werden. Damit werden auch neue

Teilbereiche der Prävention wie Sexualentwicklung, sexuelle Gewalt, Vermeidung von Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Erkrankungen oder Medien in die Früherkennungsuntersuchungen integriert.

Für Ärzte ist es bei dem medialen Überangebot von sexuellen Inhalten nicht einfach, über Prävention bei »Sexualität« oder »sexueller Gewalt« zu sprechen. Diese Thematik wird auch in der Medizin tabuisiert und ist zusätzlich noch durch die persönliche Einstellung zu dem Thema beeinflusst. Für Ärzte liegt es nahe, eine medizinisch distanzierte Kommunikation zu benutzen, die von der Realität der Kinder und Jugendlichen abweicht.

➤ **Es ist wichtig, die »richtige Sprache« zu finden, in der eine Kommunikation über Sexualität oder sexuelle Gewalt mit Mädchen, Jugendlichen und deren Bezugspersonen möglich ist.**

Nur dann wissen alle am Prozess Beteiligten, was wirklich gemeint ist. Diese Kommunikation wird weder in der Aus- noch Weiterbildung gelehrt. Der Arzt muss sie sich im Verlauf der Praxistätigkeit aneignen.

Formen der Masturbation

Säuglinge und Kleinkinder beschäftigen sich gerne mit ihrer Genitalregion. Mädchen und Jungen sind von Geburt an sexuelle Wesen, zu sexuellen Grundreaktionen fähig und können Lust empfinden. Bei Neugeborenen und im Kleinkindesalter werden diese Bedürfnisse durch taktile Reize wie Stillen, Füttern, Streicheln, Schaukeln, Kitzeln usw. befriedigt. Säuglinge sind sehr früh zu sexuellen Reaktionen fähig, die augenfällig nur bei männlichen Säuglingen oder Kleinkindern beobachtet werden, wie z. B. bei der Erektion des Penis. Beim Wickeln fassen sie spielerisch an ihre Genitalien und stimulieren Klitoris oder Penis und erleben dabei angenehme Empfindungen. Säuglinge reiben sich das Genitale an Bett, Boden oder Spielzeug, da sie noch nicht koordiniert manipulieren können. Dies kann Bezugspersonen in der Untersuchungssituation peinlich sein, wenn Säuglinge oder Kleinkinder ihre Genitalorgane manipulativ bespielen wie z. B. beim Wickeln, bei dem Mädchen ihre Geschlechtsteile anfassen. Während die Sexualität im Säuglingsalter

eher ungerichtet ist, wird sie mit zunehmendem Alter konkreter. Mädchen spielen schon ab dem 8. bis 10. Lebensmonat mit der Klitoris, den Schamlippen und der Vulva. Bei Kleinkindern geschieht die Stimulation der Klitoris durch indirekte Methoden wie dem Pressen einer Puppe oder der Zudecke gegen die Genitalregion, Zusammenpressen der Beine und rhythmischem Schaukeln im Beckenbereich, Sitzen auf der Ferse, Reiten auf Gegenständen. Die Klitoris und die Vulva können aber auch direkt gestreichelt werden.

Bei Bedarf kann auf das Auftreten von Masturbation hingewiesen werden, z. B. »Viele Kinder beginnen in diesem Alter ihre Genitale zu erforschen. Manchmal wird dies bei Jungen eher wahrgenommen, da es aufgrund der Sichtbarkeit der äußeren Genitalien eher auffällt und akzeptiert wird. Aber auch Mädchen stimulieren ihre Klitoris z. B. durch Reiben. Das ist völlig normal und gehört zur Sexualentwicklung dazu.« »Wenn Sie dies öfters beobachten und beunruhigt sind, sprechen Sie mich an«. Diese Stimulationen können außerhalb des Windelalters abends beim Einschlafen stattfinden. Die Mädchen können z. T. massive Schmerzen empfinden, da sich die Stimulation nicht in einen Orgasmus auflöst, sondern in einem Erregungsplateau verharret. Durch die Manipulationsmaßnahmen kann eine temporäre Rötung der Vulva auftreten, die ohne Therapie vergeht. Die Diagnose »Masturbation« ist bei eindeutiger Anamnese problemlos zu stellen (s. in ► Abschn. 4.1.3). Es ist wichtig, klarzustellen, dass Masturbation nicht schädlich ist. Wichtig ist, zu erläutern, dass Masturbation in jedem Altersabschnitt normal ist, es kein »zu oft« gibt, ein unauffälliges Kind nicht »sexsüchtig« macht, nicht auf einen unkontrollierten Sexualtrieb hinweist, nicht krankmacht, keine Vergrößerung der Genitalien bewirkt – um nur einige Vorurteile anzusprechen. Für manche Mütter ist es schwierig, die Sexualität des Säuglings oder Kleinkinds zu akzeptieren, wenn sie sich selbst eine Sexualität nicht zugehen kann (»Es fällt Ihnen schwer, Ihrem Kind zu erlauben, dass es masturbiert. Was könnte Ihnen helfen, das sexuelle Verlangen Ihres Kindes zu akzeptieren?«). Manchmal wird die Stimulation auch von anderen Menschen kritisch gesehen (»Was macht denn Ihr Kind da?«), vor allem, wenn Selbstbefriedigung in der Öffentlichkeit erfolgt (»Sie füh-

len sich durch Masturbation Ihres Kindes in der Öffentlichkeit oder vor anderen Menschen kompromittiert. Welche Vorstellungen haben sie, wie Sie Ihr Kind darauf hinweisen können, dass sexuelle Stimulation im Bereich der Privatsphäre einer Familie bzw. eines Menschen erfolgen kann und soll?«). Eltern sollen sachlich damit umgehen und den Mädchen vermitteln, dass die Stimulation etwas ganz Persönliches darstellt, bei dem es sich ungestört mit sich selbst beschäftigen darf.

➤ **Masturbation ist für Kleinkinder nicht schädlich, sondern ein wichtiger Schritt bei der Entwicklung einer selbstbestimmten Sexualität.**

Dem Kind soll vermittelt werden, dass Selbstbefriedigung ein privates, persönliches und individuelles Ereignis ist, das nicht in der Öffentlichkeit stattfinden muss. Dies ist auch bei 2-jährigen Kleinkindern möglich, wenn man ihnen erklärt, dass es für jede Aktivität einen eigenen Bereich gibt, wie die Toilette zum Urinieren, die Küche zum Kochen oder das eigene Zimmer, um sich mit sich selbst zu beschäftigen. Wichtig ist es, negative Assoziationen zu vermeiden und Masturbation im privaten Bereich positiv zu bewerten. Wenn sich ein Kind über einen längeren Zeitraum mehrmals am Tag befriedigt, ist eine weitere Diagnostik sinnvoll. Es könnte ein Hinweis darauf sein, dass es sich um Ersatz für andere fehlende befriedigende Beschäftigungen handelt, ein Mangel an Zuwendung besteht und das Kleinkind Selbstbefriedigung als einziges positives Gefühl produzieren kann. In den meisten Fällen beginnt jedoch ein bewusstes Masturbieren kaum vor dem Jugendalter.

Schamgefühl

Mit der Entwicklung der Autonomie entsteht das Schamgefühl, das allen Menschen angeboren ist. Es entwickelt sich im 2. bis 3. Lebensjahr bezüglich Regelverstößen im täglichen Leben, Nacktheit und Sexualität.

➤ **Ab dem 3. Lebensjahr sollte das Kleinkind immer aufgefordert werden, sich bei einer Untersuchung selbst auszuziehen, z. B. »Könntest du bitte die Unterhose selbst herunterziehen?«**

Dies ermöglicht, die motorische Entwicklung und die Koordination zu beurteilen und die Grenzen zur

Ich-Entwicklung einzuhalten. Die körperliche Untersuchung ist manchmal erschwert, weil die Mädchen sich bei der Untersuchung nicht mehr die Unterhose ausziehen wollen. Die Schamentwicklung lässt körperliche Nacktheit außerhalb und manchmal auch innerhalb der familiären Strukturen nicht mehr zu. Ein Gespräch über kindliche Sexualität kann zielführend sein. »Mädchen bekommen, wenn sie groß sind, Kinder. Möchtest du auch mal ein Kind bekommen? Damit wir beide wissen, dass du problemlos ein Kind bekommen kannst, schauen wir uns gemeinsam deine Scheide an« oder »Die Kinder kommen bei den Mädchen, wenn sie auf die Welt kommen, durch die Scheide aus dem Bauch heraus. Wie sieht denn deine Scheide aus, schauen wir uns die mal gemeinsam an?«

➤ **Es ist sinnvoll, vor einer Untersuchung die Terminologie der Genitalorgane in der Familie zu erfragen und diese anzuwenden (Muschi, Möschen, Döschen, Mumi usw.).**

In der Untersuchungssituation kann auf die normale Bezeichnung der Genitalien hingewiesen werden. Hilfreich ist, auf den Vergleich mit anderen Untersuchungssituationen hinzuweisen. »Der Zahnarzt muss deine Zähne kontrollieren, damit du keine Karies hast. Ich muss deine Scheide anschauen, damit du weißt, dass alles in Ordnung ist.«

➤ **Auf keinen Fall darf bei der Untersuchung Zwang zur Inspektion der Genitalien angewendet werden.**

Verweigerung oder eine Abwehrhaltung sind ohne zusätzliche Anhaltspunkte kein Zeichen einer Sexualisierung oder Neurotisierung. In der Untersuchung soll der Aufbau einer Beziehung zu dem Mädchen verstärkt werden, um bei einer Kontrolluntersuchung eine Inspektion des Genitales zu ermöglichen. Bei Bedarf ist es sinnvoll, den Eltern eine Beratung bezüglich der Schamentwicklung, über die »normale« Sexualentwicklung im Kleinkindalter, die Funktion von Doktorspielen und die Übernahme genderspezifischen Rollenverhaltens anzubieten.

Hautkontakt

In der Medizin findet wie in der realen Welt die Interaktion durch Hautberührungen statt. Der

Ankündigung »Ich schau mir mal deinen Bauch an« folgt in der Regel die manuelle Berührung ohne weitere Erläuterung. Der Dialog mit unseren Patienten findet aber auch über taktile und mimische Interaktionen statt. Ärzte, aber auch Bezugspersonen, verbinden Hautkontakte eher mit negativen Erwartungshaltungen (»Das kann dir jetzt unangenehm sein oder wehtun«) als mit positiven Aussagen (»Ich streichle dir vorsichtig über den Bauch, um zu tasten, wie er sich anfühlt«). Der Umgang mit Berührungen und Hautkontakt ist von vielen Faktoren abhängig, wie kulturellen, religiösen, sozialen, aber vor allem familiären Vorstellungen darüber, was erlaubt ist oder nicht. Dies gilt ganz speziell für Berührungen im Genitalbereich. Diese werden auch heute noch tabuisiert und sind z. B. als Selbstberührungen im Sinne von Masturbation nicht geduldet oder werden sanktioniert.

Genitalien und Sprache, Doktorspiele

Mädchen und Jungen verfügen im Alter von 4–5 Jahren über eine klare Zuordnung der unterschiedlichen Genitalentwicklung. Mädchen und Jungen können ihre Genitalien benennen, vergleichen sich mit gleichgeschlechtlichen und haben natürliches Interesse an gegengeschlechtlichen Kindern. In der Praxis werden Ärzte gelegentlich mit der »Beurteilung« von sogenannten »Doktorspielen« konfrontiert.

➤ **Doktorspiele gehören zur völlig normalen sexuellen Entwicklung von Kindern ab dem 3. bis 4. Lebensjahr und finden meist in Form von Rollenspielen statt (Arztspiele, Vater-Mutter-Kind-Spiel).**

Doktorspiele beinhalten das Ausziehen der Kinder, das gegenseitige Betrachten, Berühren und die Untersuchung von Kopf bis Fuß, inklusive Genital- und Analbereich. Das Kennzeichen von »normalen Doktorspielen« ist, dass diese in gegenseitigem Einvernehmen unter Kindern gleichen Alters (Altersunterschied bis maximal 2 Jahre) oder Entwicklungsstandes stattfinden. Kinder können infolge der allgemeinen Sexualisierung in der Öffentlichkeit (Medien, Fernsehen, Videos) Geschlechtsverkehr, Oralverkehr oder auch Geburtsszenen nachahmen und imitieren das Verhalten der Erwachsenen. Den Bezugspersonen sollen klare Regelungen vermittelt

werden, die sie mit ihren Kindern austauschen können, z. B. dürfen bei Doktorspielen keine Gegenstände (Stifte, Penis) in After, Mund, Vagina, Nase oder Ohren gesteckt werden, jedes Kind darf jederzeit »Nein« sagen und sich gegen jedes Spiel wehren, kein Kind muss sich von einem älteren Kind in ein Rollenspiel mit nichtgewollten Aktivitäten drängen lassen.

Kinder im Alter zwischen 7 und 8 Jahren hantieren mit sexuellen Wörtern. Doktorspiele werden in diesem Alter geheim gehalten und erfolgen unter anderen Vorzeichen. Das Abwerten des gegengeschlechtlichen Partners erfolgt als Form der Selbstvergewisserung. Die Grundschulzeit ist ein weiterer Schritt der kindlichen Sexualentwicklung mit manchmal noch unbeholfenen sexuellen Inhalten wie z. B. Unter-den-Rock-Greifen oder dem sogenannten »Sackgrapschen«. Mädchen entwickeln eine Eigenständigkeit und es entstehen erste Liebesbeziehungen. Die sexuelle Entwicklung von Kindern im Alter von 7–10 Jahren ist unterschiedlich und wird geprägt von den sexuellen Skripten der Bezugspersonen, der sozialen Umgebung, den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Peergroup, in der sich die Kinder bewegen. Vielfach besteht der Wunsch nach sachlicher Information zu Liebe, Partnerschaft, Sexualität, Schwangerschaft und Geburt, der durch die neue Rolle der Bezugspersonen als Gesprächspartner und Wissensvermittler ausgefüllt werden soll. Manchmal sind Bezugspersonen nicht in der Lage, diesem Wunsch nachzukommen. Gerade bei »frühreifen« Mädchen kann als Lektüre Janoschs »Mutter sag, wer macht die Kinder ...« empfohlen werden, das dieses Thema explizit, aber doch kindgerecht, aufgreift.

Bei der Untersuchung kann die Annäherung durchaus noch auf kindliche Weise erfolgen. Wichtig sind eindeutige Angaben der Geschlechtsorgane, z. B. Penis oder Glied, Vagina oder Scheide, Geschlechtsverkehr oder »miteinander schlafen«. Jeder Untersuchungsgang muss vorher angekündigt und seine Notwendigkeit erläutert werden.

Gelegentlich äußern Mädchen bei der U10 den Wunsch, die U-Untersuchung alleine durchzuführen. Dies führt zu der Frage, wie das Untersuchungssetting gestaltet wird. Viele Autoren empfehlen männlichen Untersuchern bei der Untersuchung der äußeren Genitalien aus rechtlichen

Gründen die Anwesenheit einer weiblichen Person (weibliche Bezugsperson, medizinische Fachangestellte).

Exkurs: Muss bei der Untersuchung eines Mädchens neben dem Arzt eine weitere weibliche Person anwesend sein?

■ **Die Stellungnahme eines Anwalts**

Es gibt keine rechtliche Vorgabe, die zwingend vorschreibt, dass bei der Untersuchung eines Kindes oder eines Jugendlichen eine weitere Person, noch dazu eines anderen Geschlechts als der Arzt, neben dem Kind/Jugendlichen und dem Arzt dabei sein muss. Der Arzt hat hier naturgemäß das »gesetzgeberische Vertrauen«, dass nichts »Falsches« während der Untersuchung passiert. Trotz in der Praxis sicherlich auch schon vorgekommenen Vorfällen, hat sich hieran nichts geändert.

Empfehlungen aus dem ärztlichen Kollegenkreis beruhen aus meiner Sicht auf schlechten tatsächlichen Praxiserfahrungen mit unzufriedenen Eltern infolge Missverständnissen oder aber – und das scheint mir der Hauptfall zu sein – Befürchtungen aufgrund von Erzählungen anderer. Aus meiner Sicht ist es die absolute Ausnahme, dass Ärzte mit unzutreffenden Vorwürfen überzogen werden, ebenso wie es im Fall von Strafverfahren gegen Ärzte auch die absolute Ausnahme ist, dass es zu Falschverurteilungen gekommen ist. Ein Strafverfahren vor einem Gericht, in dem der Grundsatz »in dubio pro reo« gilt, also im Zweifel für den Angeklagten, unterliegt strengen Beweisvorgaben für eine Verurteilung. Es muss praktisch zweifelsfrei feststehen, dass ein Übergriff stattgefunden hat. Ich würde daher einem Arzt nur zu einem tatsächlichen zwingenden Hinzunehmen von weiteren Personen raten, wenn er absolut auf Nummer Sicher gehen will, dass jegliches Risiko von unberechtigten Vorwürfen ausgeschlossen werden soll. Wenn jemand genau dies will und die Personalkapazitäten hat, reicht die Hinzunahme eines/einer MFA unabhängig vom Geschlecht des Kindes/Jugendlichen aus (Meschke).

■ **Persönliche Stellungnahme des Autors**

Der Arzt (Kinder- und Jugendarzt, Gynäkologe, Allgemeinarzt) besitzt eine fachliche Kompetenz. Wenn er bei der Inspektion, Untersuchung und Be-

ratung von Mädchen und Frauen authentisch und empathisch vorgeht, die Untersuchungsschritte vorher ankündigt, erläutert und die Notwendigkeit begründet, besteht keine Veranlassung, das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt durch eine im Dialog unbeteiligte Person zu belasten.

Sexualentwicklung der Jugendlichen

Typisch für die pubertäre Entwicklungsphase ist, dass sich Mädchen mit dem eigenen Körper auseinandersetzen und die Akzeptanz des eigenen Körpers positiv erlernen. Sie setzen sich mit diversen Ängsten auseinander und haben beunruhigende Phantasien über die Sexualität der Erwachsenen. Sie werden unter Umständen bereits mit Sex in Fernsehen, Internet und auf dem Schulhof konfrontiert und bekommen verschiedenste Bilder und Informationen zu Sexualität.

➤ **Die Konfrontation mit sexuellen Bildern löst in der Regel keine verfrühte Sexualisierung aus.**

Von besonderer Bedeutung ist die Sexualitätsentwicklung der Jugendlichen bei der J1. Sie hängt ganz wesentlich von den individuell erlernten sexuellen Skripten der Jugendlichen ab, die von den Erfahrungen im Elternhaus, in der Schule, im psychosozialen Umfeld sowie in der Peergroup geprägt sind. Auch die Möglichkeit des Zugangs zu Informationen über Sexualität spielt eine wichtige Rolle.

Im Vordergrund stehen Themen, wie zufrieden die Jugendliche mit ihrem Körper ist, ob bereits Partner mit Geschlechtsverkehr vorhanden sind, die Sexualentwicklung homosexuell oder heterosexuell terminiert ist, Kontrazeption und die Verhütung sexuell übertragbarer Erkrankungen, ob ein legaler Drogenkonsum (Alkohol, Nikotin) oder ein illegaler Drogenkonsum vorliegt, eine Essstörung möglich ist, wie der Umgang mit Medien gehandhabt wird, ob und welche Erfahrungen mit Pornografie vorliegen und ob eventuell bereits sexuelle Gewalthandlungen erlitten wurden.

Die Entwicklung der Sexualität ist individuell. Mädchen können bei der J1 darin bestärkt werden, nicht dem normierten Verhalten zu entsprechen (»Ich muss das jetzt machen, weil alle Mädchen in diesem Alter das machen«), sondern ihren eigenen, individuellen Entwicklungsverlauf zu gehen.

Prävention sexueller Gewalt

Die sexuelle Gewaltprävention beginnt bereits im Kleinkindalter. Bei der Untersuchung im Rahmen der U7a bis zur U9 kann bei der Inspektion/Untersuchung der Genitalregion dem Kind vermittelt werden, dass der eigene Körper einschließlich der Genitalregion nur ihm alleine gehört.

- **Mit dem Mädchen und den Eltern sollte auf jeden Fall angesprochen werden, wer das Genitale anschauen »darf« (Arzt, Eltern) und wie dem Mädchen Grenzen vermittelt werden können: »Ich darf als dein Arzt deine Scheide oder deinen Popo anschauen und anfassen, wenn deine Mutter oder dein Vater dabei sind. Aber es ist nicht in Ordnung, wenn dies ein anderer Erwachsener oder ein Kind macht. Scheide und Po gehören nur dir, und du entscheidest, wer sie sehen darf. Es ist auch okay, wenn du deine Scheide und Po berührst, wenn du alleine bist. Wenn ein Fremder oder auch jemand, den du kennst, dies will oder macht, solltest du das deinen Eltern oder mir erzählen.«**

Bei den Jugendlichen besteht der Widerspruch, dass über sexuellen Missbrauch gesprochen werden soll, andererseits der Bereich der Sexualität tabuisiert wird.

Den Bezugspersonen soll vermittelt werden, dass ihr Verhalten im Bereich kindlicher Sexualität von Wertschätzung und Aufmerksamkeit geleitet werden kann, sie die notwendige Aufklärung der Mädchen leisten können und der Umgang mit sexueller Gewalt in Abhängigkeit vom Alter in der Familie thematisiert werden kann. Kinder- und Jugendärzte können im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 sowie J1 und J2 diese Themen präventiv ansprechen und Kinder, Jugendliche und deren Eltern bezüglich sexueller Gewalt sensibilisieren. Dies betrifft den Umgang in der Schule und mit den Peers. »Hätte ich nur nicht so einen kurzen Rock angezogen!« oder »Warum habe ich mich nicht besser gewehrt?« sind Aussagen, die zeigen, dass Mädchen sich selbst die Verantwortung geben und das Gefühl haben, machtlos, hilflos zu sein und keine Kontrolle mehr zu haben. Von Bedeutung ist bei jungen Mädchen der Aspekt der »uneindeutigen Kommunikation sexueller Ab-

sichten«, der darüber entscheidet, ob der Junge (Täter) die Zustimmung bzw. Ablehnung eines sexuellen Kontaktes unmissverständlich wahrnimmt. Für Mädchen ist es daher wichtig, nur »Ja« zu sagen, wenn sie auch »Ja« meinen. Bei der Benutzung des Smartphones kann präventiv darauf hingewiesen werden, dass weder damit noch am Computer Bilder angefertigt werden sollen, die die Besitzerin oder andere unbedeckt oder in kompromittierenden Situationen zeigen. Das Senden von Bildern in Chaträume, Twitter, Facebook, Instagram, WhatsApp oder ähnlichen Plattformen ist immer mit Risiken verbunden, da Bilder nicht oder nur schwer gelöscht werden können. Es ist hilfreich, den Mädchen zu vermitteln, dass sie sich jederzeit bei Empfang von SMS, Bildern, Videos, Sprachnachrichten usw., bei denen sie ein ungutes Gefühl haben, an den Kinder- und Jugendarzt, die Eltern oder ausgewiesene Betreuer in den Einrichtungen wenden können.

Beratung der Bezugspersonen

Die Bezugspersonen sollen Kinder und Jugendliche darin stärken, ihre emotionalen und körperlichen Grenzen gegenüber anderen wahrzunehmen, zu verteidigen und das Respektieren und Einhalten von Grenzen zu fordern. Kinder und Jugendliche sollen sich in ihrem geschlechtlichen Verhalten ungestört entwickeln, Gefahren in diesem Bereich erkennen und abwehren können. Dies kann bereits Kindern zu einem frühen Zeitpunkt (2–3 Jahre) vermittelt werden.

Beratung der Kinder/Jugendlichen

Es ist wichtig, mit den Jugendlichen alters- und geschlechtsdifferenziert über »positive Gefühle in Zusammenhang mit Sexualität« zu sprechen. Verbale, sexuell orientierte, Beschimpfungen und unangenehme Berührungen müssen Mädchen nicht zulassen. Mädchen brauchen eine differenzierte Erklärung, was alles unter die Bezeichnung »sexuelle Gewalt« fällt (sexuelle Schimpfwörter von Kindern und Jugendlichen, Zeigen von pornografischem Material, sexuelle Handlungen vor Mädchen usw.). Mädchen soll ein Verständnis von Sexualität vermittelt werden, das es ihnen ermöglicht, sexuelle Gewalt wahrzunehmen, zu benennen und sich vertrauten Personen (Bezugspersonen, Ärzten, Ver-

trauenslehrern) mitzuteilen. Eine besondere Herausforderung ist Prävention von sexueller Gewalt im interkulturellen Kontext bei Migrantinnen.

Prävention sexueller Gewalt in den Medien

Kinder und Jugendliche werden früh mit dem Thema Sexualität in den Medien konfrontiert. Der Eindruck, der durch Fernsehen, Zeitschriften, Jugendmagazine und Internet von Sexualität vermittelt wird, entspricht häufig nicht der gelebten Realität und überfordert Kinder und Jugendliche. Kindern und Jugendlichen Medienkompetenz zu vermitteln, heißt, dass die von außen kommenden Bilder und Meinungen über Sexualität durchaus dem widersprechen können, was sie gelesen, gehört und gesehen haben. Die Aufgabe der Prävention ist, Kinder und Jugendliche zu unterstützen, sich eine eigene Meinung zu bilden, die mit ihren eigenen Erfahrungen und Bedürfnissen im Einklang steht.

Die wichtigsten Medien für Kinder (ab ca. 5 Jahren) und Jugendliche sind das Fernsehen und die »neuen« Medien, also Computerspiele und das Internet. In Abhängigkeit von Medienverhalten und Medienkonsum kann es bereits bei der U10 sinnvoll sein, Bezugspersonen auf mögliche Risiken hinzuweisen (sexualisierte Inhalte, Pornografie auf dem Handy, Computer, Internet, Video, Fernsehen) (Orth u. Töppich 2012). Der Kinder- und Jugendarzt kann diese Themen in der präventiven Beratung ansprechen, wenn er in diesem Themenbereich kompetent, sicher und authentisch ist.

Medienkompetenz

Zur Medienkompetenz gehören sichere Verhaltensweisen bei Konfrontation mit Pornografie auf dem Handy oder im Netz. Die Bezugspersonen sollen sich über die Mediennutzung bei Freunden sowie mögliches Unter-Verschluss-Halten von Erotikfilmen (Fernsehen, Video) bzw. Sperrmöglichkeiten von Adressen im Internet informieren.

Insbesondere beim »Chatten« können Kinder und Jugendliche Opfer sexueller Übergriffe bzw. sexueller Belästigungen werden, wie unangemessener sexualisierter Sprache, sexueller Gewaltphantasien (»Ich fick dich in jedes Loch«) oder gezielter Aufforderungen zum sog. Cybersex. Eine häufige Form von sexueller Belästigung im Internet sind

E-Mails mit anzüglichen Inhalten und dem Verschicken von pornografischen Darstellungen im Dateianhang sowie die Beobachtung mithilfe von Webcams. Mädchen werden im Zusammenhang mit Cybersex aufgefordert, die Webcam einzuschalten und sexuelle Handlungen an sich vorzunehmen.

Jugendlichen muss vermittelt werden, dass sie z. B. die wahre Identität in der E-Mail-Adresse nicht angeben, um keine Rückschlüsse auf Wohnort oder Schule zuzulassen. Auf jedem Fall sollte den Mädchen eingeschärft werden, keine Profile im Internet auszufüllen (Adresse, Telefonnummer) oder intime Fotos ins Netz (Chatroom, Twitter, Bildprogramm) zu laden (Weissenrieder 2012).

2.1.4 Prävention von Suchtmitteln

Bei der Beratung muss auf die besondere Gefahr von Suchtmitteln (Alkohol, Drogen) hingewiesen werden.

➤ **Etwa 68 % aller 12- bis 17-Jährigen in Deutschland haben bereits Erfahrungen mit Trinkalkohol. Dabei betreiben 14,1 % der 12- bis 17-Jährigen mindestens einmal monatlich Rauschtrinken (Orth u. Töppich 2012).**

Alkohol ist bezüglich seiner akuten Auswirkungen die wichtigste und ubiquitär verbreitetste Kulturdroge. In der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) 2011 (IFT 2012) geben 9,4 % der befragten Schülerinnen und Schüler an, unter Alkoholeinfluss sexuellen Verkehr ohne Kondom gehabt zu haben; 7,6 % der Schülerinnen geben Alkoholkonsum als entscheidenden negativen Einfluss auf das Sexualverhalten an, der zu einem nicht intendierten Geschlechtsverkehr führte. Für Mädchen besonders problematisch ist der Umstand, dass bei gleicher getrunkener Alkoholmenge der Blutalkoholgehalt bei Mädchen etwa ein Fünftel höher ist als bei Jungen. Das kann unvorsichtigen, auch ungewollten, ungeschützten Geschlechtsverkehr mit der steigenden Gefahr von Teenagerschwangerschaften und Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten bedingen.

Cannabiskonsum spielt eine Hauptrolle an deutschen Schulen: 9,7 % aller 12- bis 17-Jährigen haben Erfahrungen hiermit, die leichte Zunahme

gegenüber 2011 (IFT 2016) resultiert besonders aus weiblichen Erstkonsumenten. Wie bei synthetischen Drogen (z. B. Crystal, Liquid Ecstasy) erleben die jugendlichen Konsumenten eine gesteigerte Wachheit, ein gestärktes Selbstvertrauen und ein Gefühl der Stärke, verbunden mit Euphorie und sexueller Stimulierung (Brockstedt 2017).

- **Junge Mädchen müssen wissen, dass bei Konsum von Liquid Ecstasy durch Interaktionen die Wirksamkeit empfängnisverhütender Pillen abgeschwächt werden kann.**

Dieser Hinweis ist auch deswegen relevant, weil die von der Substanz erwünschten Wirkungen neben Glücksgefühlen und Entspannung auch eine Entemmung und Steigerung der Berührungsempfindlichkeit beinhalten, weshalb sie auch gerne als Sexdroge benannt wird bzw. als K.o.-Tropfen (»rape drug«) kriminell eingesetzt wird.

2.1.5 Prävention von Schwangerschaft – Kontrazeption, STD

Das Thema Kontrazeption kann in der pädiatrischen Praxis im Rahmen der Jugendvorsorgeuntersuchungen mit 12–17 Jahren aktiv angesprochen werden. Jede Gelegenheit sollte genutzt werden, um Fragen zu beantworten, Aufklärung über die Physiologie des weiblichen Zyklus, aber auch ausführliche Aufklärung über den Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen zu betreiben (► Kap. 5).

2.1.6 Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, Kondom

- **Den Mädchen muss bei der präventiven Beratung eindringlich vermittelt werden, dass die Einnahme von Kontrazeptiva durch das Verwenden eines Kondoms ergänzt werden muss.**

Bei jugendlichen Anwendern ist die Versagerquote höher als bei Erwachsenen. Daher sollte das Kondom, wenn möglich, in Kombination mit einer anderen Verhütungsmethode zum Einsatz kommen. Jugendliche haben zu Beginn der Kohabitarche häu-

figer wechselnde Sexualkontakte. Frühe Kohabitarche, multiple Sexualpartner und Drogenkonsum sind entscheidende Risikofaktoren. Junge Mädchen sind aufgrund verschiedener biologischer Faktoren, wie einer ausgeprägten Ektopie der Cervix bei Östrogendominanz, verminderter lokaler Immunität und eingeschränkter Lubrikation mit der Gefahr der Entstehung von Mikrotraumata als Eintrittspforte für Erreger, besonders gefährdet (Smith u. Robinson 2002). Die Zahlen der HIV-Infektionen und Teenagerschwangerschaften in Deutschland belegen, dass die Jugendlichen tatsächlich sehr gewissenhaft verhüten.

- **Besonders sehr junge Mädchen haben ein erhöhtes Risiko, sich mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung zu infizieren.**

2.1.7 Schwangerschaftsabbruch

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist bei Teenagern in den letzten Jahren rückläufig, dennoch stellt eine meist ungewollte Schwangerschaft ebenso wie ein Schwangerschaftsabbruch eine hohe psychische und physische Belastung für die Jugendliche dar. In Deutschland werden nur etwa 6 von 1000 Mädchen unter 20 Jahren schwanger. Zur Vermeidung von Teenagerschwangerschaften ist sexuelle Aufklärung das wichtigste Mittel der Prävention. Diese kann durch verbesserte Sexualaufklärung in der Schule und Institutionen/Ärzte geleistet werden. Bei der Beratung ist es wichtig zu wissen, dass Armut, ein niedriger Bildungsstand und Probleme in der Familie die Wahrscheinlichkeit einer sehr frühen Schwangerschaft erhöhen. Viele Mädchen glauben, durch das Kind einer belastenden Situation zu entkommen, da Mutter zu sein ein anerkannter Status in der Gesellschaft ist. Je mehr Sex eine Jugendliche vor ihrem 18. Geburtstag hat (und je schlechter sie verhütet), desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer ungewollten Schwangerschaft. Das Risiko, beim ersten Geschlechtsverkehr mit einem Partner schwanger zu werden, nimmt zu, wenn der Partner deutlich älter ist als das Mädchen (Block u. Matthiesen 2007).

2.2 Kinder- und jugendgynäkologische Zielerkrankungen bei den Früherkennungsuntersuchungen

In der Praxis können kinder- und jugendgynäkologische Erkrankungen auftreten, die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen erkannt und behandelt werden. Die einzelnen Untersuchungen können altersadaptiert auch bestimmten Präventionsthemen zugeordnet werden, die die Kinder- und Jugendgynäkologie betreffen (Weissenrieder 2015).

■ U1

Die U1 (■ Tab. 2.1) wird unmittelbar nach der Geburt von unterschiedlichen Berufsgruppen (Hebammen, Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen) durchgeführt.

Nach der Geburt wird das Geschlecht des Kindes zugeordnet. Bei Störungen oder Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung ist dies ohne weitere diagnostische Untersuchungen (Chromosomen, Molekulargenetik, Endokrinologie) nicht zeitnah möglich. In Deutschland gibt es seit dem 1. 11. 2013 die gesetzliche Möglichkeit, neben männlich/weiblich im Geburtenregister keine Eintragung vorzunehmen.

➤ **Dieses »3. Geschlecht« bezeichnet, dass eine Person formaljuristisch nicht eindeutig zugeordnet ist und kein Geschlecht hat. Die Person kann zu einem späteren Zeitpunkt die Zuordnung aufheben.**

■ **Tab. 2.1** Zielerkrankungen U1/U2 – Präventionsthemen

Zielerkrankungen	Präventionsthemen
Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung	Hygiene
Hyperandrogenämie – Klitorishypertrophie	
Östrogenisierung – vaginale Blutung	
Mastitis neonatorum	
Hymenalatresie	
Hymenalanhängsel	

Zeichen der Hyperandrogenisierung wie eine Klitorishypertrophie werden endokrinologisch weiter abgeklärt. Als Zeichen der Östrogenisierung kann es zu einer verstärkten vaginalen Sekretion bzw. Blutung kommen (► Abschn. 1.1.1). Die Genitalorgane (Klitoris, Labia majora und minora, Hymen, Introitus vaginae) sollen eindeutig identifizierbar sein und eine Hymenalatresie (fehlender genitaler östrogen Fluor) ausgeschlossen werden (s. in ► Abschn. 4.3.1). Hymenalanhängsel (sogenannte Hymenaltags: bis zu mehreren Zentimetern lange bindegewebige Stränge) werden beobachtet bzw. entfernt (s. in ► Abschn. 4.3.1). Im Bereich der Mamma kann es zu Brustdrüsenanschwellungen kommen, die keiner Therapie bedürfen, mit Ausnahme der Mastitis nonpuerperalis/neonatorum (► Abschn. 4.3.2). Die Eltern werden über die physiologischen Zusammenhänge aufgeklärt und beruhigt, dass keine pathologischen Veränderungen bestehen.

■ U2

Die U2 wird in der Regel durch einen Kinder- und Jugendarzt durchgeführt. Falls bei der vorangegangenen Untersuchung Auffälligkeiten dokumentiert wurden, müssen diese abgeklärt werden. Die Zielerkrankungen entsprechen der U1. Bei der U2 kann die präventive Beratung im Vordergrund stehen. Junge Eltern sind beim ersten Kind bezüglich der Hygiene unsicher und sollen eine umfassende präventive Beratung zur Hygiene bekommen (► Abschn. 2.1.2).

■ U3/U4

Die U3/U4 untersuchen auf weitere Zielerkrankungen (■ Tab. 2.2).

Bei der U3 kann im Genitalbereich bereits eine Vulvasynechie (s. in ► Abschn. 4.3.1) mit einer durchsichtigen Verklebung der Vulvaränder auffal-

■ **Tab. 2.2** Zielerkrankungen U3/U4 – Präventionsthemen

Zielerkrankungen	Präventionsthemen
Windeldermatitis	Hygiene
Vulvasynechien	Beschneidung (Migranten)
Brustdrüsenanschwellung	

len, die sich bei der Untersuchung mit Separation oder Traktion der Labia majora spontan lösen kann. Bei weiblichen Säuglingen kann sich interlabial ein Hygienedefizit mit Resten von Käseschmiere, Stuhl und Pflegecremes finden (s. in ► Abschn. 2.1.2).

Die häufigste Erkrankung im Anogenitalbereich ist die perivulväre und/oder perianale Windeldermatitis. Im Vordergrund der Prävention steht die Information über die Art und Häufigkeit der genitalen Hygiene. Eine hormonell bedingte Brustdrüsenanschwellung ist zu diesem Zeitpunkt noch möglich.

In den letzten Jahren hat die Migration aus Ländern zugenommen, in denen heute noch regelmäßig eine Beschneidung (Female Genital Mutilation – FGM) durchgeführt wird (► Abschn. 6.2). Die Thematik FGM soll bei weiblichen Säuglingen eindeutig angesprochen werden und die Eltern darauf aufmerksam gemacht werden, dass die genitale Beschneidung vom Gesetzgeber geahndet wird. Es ist hilfreich, auch die Generation der Großeltern in die Beratung miteinzubeziehen, da diese unter Umständen einen großen Einfluss auf die Entscheidungen in der Familie haben.

■ U5/U6

Bei nicht mehr gestillten Säuglingen bestehen keine Östrogenisierungszeichen (Hymen, Brustdrüsenanschwellung) mehr, das Genitale befindet sich in der hormonellen Ruhephase (■ Tab. 2.3).

Bei einer neu aufgetretenen Brustdrüsenanschwellung muss eine Pubertas praecox ausgeschlossen werden (s. in ► Abschn. 4.2.2).

■ U7/U7a

Die U7/U7a untersuchen auf weitere Zielerkrankungen (■ Tab. 2.4).

■ Tab. 2.3 Zielerkrankungen U5/U6 – Präventionsthemen

Zielerkrankungen	Präventionsthemen
Windeldermatitis	Hygiene
Vulvasynechien	
Prämature Thelarche	

■ Tab. 2.4 Zielerkrankungen U7/U7a – Präventionsthemen

Zielerkrankungen	Präventionsthemen
Windeldermatitis	Hygiene
Vulvasynechien	Sexualentwicklung
Vulvovaginitis	Gewaltprävention
Prämature Thelarche	Masturbation
Dermatosen – Lichen sclerosus	

Eltern können ab der U7 befragt werden, ob seit der letzten Früherkennungsuntersuchung Besonderheiten im Genitalbereich aufgetreten sind, wie Perioden anhaltenden Juckreizes, Kratzens oder Reibens. Ab dem 3. Lebensjahr können Dermatosen an der Vulva beginnen wie z. B. der Lichen sclerosus (s. in ► Abschn. 4.1.1). Mit der Kontrolle über die willentliche Ausscheidungsfunktionen und der zunehmenden Autonomie des Kleinkindes können Hygienedefizite auftreten, wie eine Vulvovaginitis (s. in ► Abschn. 2.1.2).

Bei den präventiven Themen kann der Umgang mit Masturbation (s. in ► Abschn. 2.1.3) angesprochen und die sexuelle Entwicklung thematisiert werden. Die Einbindung des Kleinkindes in den Untersuchungsablauf und die Information über den Zweck der Untersuchung und wer das Genitale anschauen bzw. berühren darf, sind wichtig. »Wenn jemand deine Scheide anschauen will und du es nicht willst, musst du das ganz deutlich sagen. Du sollst das dann auch deiner Mama sagen« ist ein erster Schritt zur »Ich«-Stärkung und zur Gewaltprävention (s. in ► Abschn. 2.1.3).

■ U8/U9

Zielerkrankungen und Präventionsthemen sind identisch mit der vorhergehenden Früherkennungsuntersuchung. Bei der Untersuchung soll eine Inspektion des Genitalbereichs durchgeführt werden und die einzelnen Organe benannt werden (Scheide, Schamlippen, Kitzler, After). Im Gespräch mit den Eltern kann die normale Sexualentwicklung (Doktorspiele, Rollenverhalten) thematisiert werden (s. in ► Abschn. 2.1.3).

■ **Tab. 2.5** Zielerkrankungen U10 – Präventionsthemen

Zielerkrankungen	Präventionsthemen
Vulvovaginitis	Schamentwicklung
Frühnormale Pubertät	Pubertätsberatung
	Hygiene
	Medienberatung
	Gewaltprävention

■ U10

Die U10 untersucht auf weitere Zielerkrankungen (■ Tab. 2.5).

Auch bei den 7- bis 8-jährigen Mädchen spielt die »richtige« Hygiene eine große Rolle (s. in ► Abschn. 2.1.2). Das Auftreten von Pubarche und Thelarche kann im Sinne einer frühnormalen Pubertät (>7 Jahre) erfolgen und muss von einer Pubertas präcox abgegrenzt werden. Im Alltag kommt es häufig vor, dass Mädchen mit einer frühnormalen Pubertät aufgrund der körperlichen Veränderungen (Wachstumsschub, Genitalentwicklung) als »älter« eingeschätzt werden, als es ihrem chronologischen Alter entspricht. Dies betrifft aber nicht ihre Entwicklungen bezüglich psychosozialer Kompetenzen und emotionaler Stabilität, die altersentsprechend verlaufen.

In der präventiven Beratung spielen die Schamentwicklung (s. in ► Abschn. 2.1.3) und die sexuelle Entwicklung (s. in ► Abschn. 2.1.3) eine große Rolle. Dies betrifft die Sexualisierung der Sprache und des Alltags, dem die Mädchen durch die Medien ausgesetzt sind. Viele Kinder (7–8 Jahre 25 %) besitzen in diesem Alter schon ein Smartphone (vgl. Webseite »mobile zeitgeist«) und unterliegen häufig keiner Kontrolle.

Die oben genannten Beratungsthemen sind für die Kinder und deren Bezugspersonen relevant. Dies kann eine beginnende Adipositas (s. in ► Abschn. 4.3.3) oder auch Essstörung sein, die sich früh manifestieren können und einen Einfluss auf die weitere Lebensqualität haben. Die Scham des Mädchens z. B. vor dem Ausziehen in der Arztpraxis kann in eine Beratung zur Gewaltprävention überleiten: »Du hast völlig recht, wenn du dich nicht

■ **Tab. 2.6** Zielerkrankungen U11 – Präventionsthemen

Zielerkrankungen	Präventionsthemen
Einseitige Thelarche	Menstruations-, Hygieneberatung
Weißfluss	Pubertätsberatung
Störungen der Pubertätsentwicklung	Medienberatung
Sexuelle Gewalt	Suchtberatung
	Gewaltprävention
	Ernährungsberatung

ganz ausziehen willst. Du darfst dich, du musst dich auch wehren, wenn jemand dich nackt sehen will und du das nicht möchtest. Auch bei unserer Untersuchung musst du nie ganz nackt sein, wir schauen uns deinen Körper miteinander an, ein Teil nach dem anderen!«

■ U11

Die Zielerkrankungen (■ Tab. 2.6) werden um die altersrelevanten Krankheitsbilder wie Thelarche (s. in ► Abschn. 4.2.2) und die Zeichen der beginnenden Östrogenisierung wie Weißfluss (s. in ► Abschn. 2.1.2) oder Störungen der Pubertätsentwicklung (► Abschn. 4.2.3) erweitert. Für junge Mädchen, die über den Beginn oder das Ausbleiben der pubertären Entwicklung beunruhigt sind, ist die Erläuterung über die physiologische Variationsbreite des Zeitablaufs von entlastender Bedeutung. Hier kann eine Beratung zu den aufgelisteten Themenbereichen erfolgen. »Du hast ja sicher bemerkt, dass deine Scheide immer etwas Flüssigkeit produziert. Das bedeutet, dass dein Körper jetzt vermehrt weibliche Hormone produziert und ist ein Vorzeichen, dass du in der nächsten Zeit deine Periode bekommen wirst. Vielleicht achtest du darauf, dass du immer eine Binde einsteckst, z. B. in die Schultasche, da die Periode auch mal überraschend eintreten kann. Dann bist du gut vorbereitet.« Bezüglich der Nutzung von Medien sollte eine Beratung der Eltern stattfinden, in der auf Nutzen und Risiken der Handybenutzung und des Internets hingewiesen wird. Entscheidend ist die Information der

Jugendlichen, dass es im Internet die unterschiedlichsten Darstellungsformen von Sexualität zwischen Männern und Frauen gibt, die der eigenen Realität häufig widersprechen. Das beste Angebot der Bezugspersonen ist, mit den Mädchen über Inhalte zu sprechen, wenn sie verunsichert sind.

■ J1/J2

Die J1/J2 untersuchen auf weitere Zielerkrankungen (Tab. 2.7).

Die Jugendgesundheitsuntersuchung hat vielfältige Bezüge zu jugendgynäkologischen Themen. Viele Mädchen haben im Altersbereich von 12–14 Jahren ihre Menarche.

➤ **Kinder- und Jugendärzte sind bis zur Aufnahme regelmäßiger Sexualkontakte die Ansprechpartner von Mädchen und daher dafür prädestiniert, Abweichungen der Brustentwicklung (Abschn. 4.3.2), der Pubertätsentwicklung (Abschn. 4.2.3) und Störungen des Zyklus (s. in Abschn. 4.2.4) zu diagnostizieren und zu therapieren.**

Die jungen Mädchen und deren Bezugspersonen sind in der Praxis bekannt, und es hat sich eine tragfähige Beziehung entwickelt, die im therapeutischen und präventiven Setting genutzt werden kann. Die Kompetenz und die Empathie des Kinder- und Jugendarztes wird von den meisten Jugendlichen hoch geschätzt und prädestiniert sie als authentische Vermittler für verschiedene Themen wie

Tab. 2.7 Zielerkrankungen J1/J2 – Präventionsthemen

Zielerkrankungen	Präventionsthemen
Störungen der Brustentwicklung	Menstruations-, Hygieneberatung
Störungen des Zyklus	Pubertätsberatung
Störungen der Pubertätsentwicklung	Medienberatung
Essstörungen	Suchtberatung
Sexuelle Gewalt	Gewaltprävention
	Kontrazeptionsberatung

Suchtberatung (Abschn. 2.1.4), Medienberatung (s. in Abschn. 2.1.3) oder Gewaltprävention (s. in Abschn. 2.1.3) (Abb. 2.4).

2.3 Relevante Impfungen in der Kinder- und Jugendgynäkologie

2.3.1 Röteln

Die relevante Erkrankung ist die Rötelnembryofetopathie, die bei seronegativen Schwangerschaften als Risiko einer konnatalen Rötelninfektion besteht. In den Jahren 2011–2012 wurden dem RKI keine Fälle gemeldet, im Jahr 2013 ein Fall. Der beste Schutz für

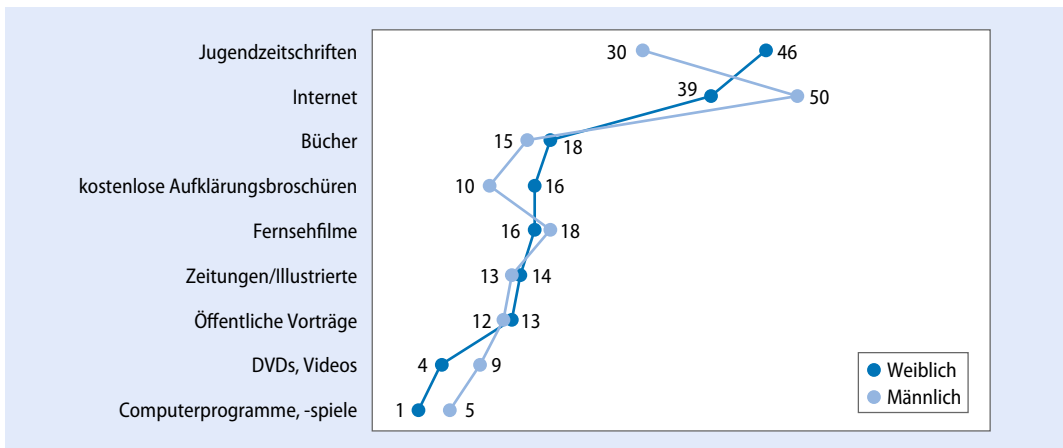


Abb. 2.4 Medien als Quellen der Sexualaufklärung (Bode et al. 2015)

das Ungeborene ist eine flächendeckende Rötelnimpfung im Kindes- und Jugendalter, wie sie mit der MMR-V-Impfung angeboten wird.

2.3.2 Windpocken

Das Gleiche gilt für das fetale Varizellensyndrom, das bei 1–2 % infizierter Schwangerer durch diaplazentare Übertragung zwischen der 5. und 24. Schwangerschaftswoche auftritt, sowie die peripartale Varizelleninfektion.

2.3.3 Hepatitis B

Die Inzidenz im Kindesalter (<15 Jahre) ist niedrig. In der Altersgruppe der unter 15-Jährigen zeichnet sich der Einfluss der Einführung der Hepatitis-B-Impfempfehlung für alle Neugeborenen ab dem Jahr 1995 ab. Die absolute Anzahl der Fälle bei unter 15-Jährigen hat von einem Median von 13 in den Jahren 2005–2009 auf einen Median von 6 in den letzten 5 Jahren (2010–2014) abgenommen. Wegen des häufig symptomarmen Verlaufs einer Hepatitis-B-Infektion im Kindesalter ist anzunehmen, dass ein unbestimmter Anteil von Infektionen in dieser Altersgruppen nicht frühzeitig diagnostiziert wird und damit nicht zur Meldung kommt (RKI 2016).

Der wirksamste Schutz gegen eine Hepatitis-B-Infektion ist eine Schutzimpfung vor Aufnahme von Sexualkontakten und die Anwendung von Kondomen. Die Impfung muss frühzeitig erfolgen, da eine Übertragung durch unterschiedliche Arten von Sexualkontakten (Küssen, Oralverkehr, vaginal- und Analverkehr, gemeinsame Benutzung von Sextoys) und durch Speichel, Sperma, Vaginalsekret oder Urin möglich ist.

2.3.4 HPV-Infektion

Die HPV-Impfung wurde 2007 durch die STIKO (Ständige Impfkommission) eingeführt und zuletzt 2014 (RKI 2017) angepasst. Die Impfung wird jetzt für die Altersgruppe von 9–14 (vorher 12–17) Jahren empfohlen. Damit soll zum einen die minimale

Anzahl von Mädchen, die vor dem 12. Lebensjahr sexuell aktiv sind, vor einer Infektion geschützt werden, zum anderen legen höhere Antikörpertiter nahe, dass im jüngeren Alter ein besseres Ansprechen durch eine Impfung gegen HPV erreicht werden kann. Die Impfung muss dann nur noch zweimal erfolgen. Mit dem Anbieten der Impfung im Rahmen der neuen, gesetzlichen Früherkennungsuntersuchung im Alter von 9–10 Jahren ist eine Steigerung der Durchimpfungsrate zu erwarten. Mit der Kombination von mehreren HPV-Typen in neuen Impfstoffen (6, 11, 16, 18, 31, 45, 52, 58) hat sich der Impfschutz bezüglich der Entstehung von Zervixkarzinomen auf 90 % erhöht. Zugleich besteht ein Schutz zur Prävention von Genitalwarzen. Der Abstand zwischen 1. und 2. Impfung muss bei dem neunvalenten Impfstoff mindestens 5–12 Monate betragen. Bei kürzerem Abstand oder Impfbeginn nach dem 15. Lebensjahr muss ein 3-fach-Impfschema (0, 2, 6 Monate) angewendet werden. Die Impfquoten waren auch 2014 in jedem Bundesland unterschiedlich. Die niedrigsten Impfquoten bezogen auf den Geburtsjahrgang (2014) finden sich in Bayern (22,7 %), die höchsten in Sachsen-Anhalt mit 53 %, bei einem deutschlandweiten Durchschnitt von 30,5 %.

Literatur

- Block K, Matthiesen S (2007) Teenagerschwangerschaften in Deutschland, Studienergebnisse zu Risikofaktoren und Verhütungsfehlern bei minderjährigen Frauen. BzGA-Forum 2:12–17
- Bode H, Heßling A (2015) Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Brockstedt M (2017) Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In: Stier B, Schwab KO, Weissenrieder N (Hrsg) Jugendmedizin, Kap 30. Springer, Heidelberg
- Höger PH (2005) Kinderdermatologie. Schattauer, Stuttgart, S 7–15
- IFT – Institut für Therapieforschung München (2012) ESPAD. Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen. IFT-Berichte 181
- IFT – Institut für Therapieforschung München (2016) ESPAD. Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen. IFT-Berichte 188
- Lob-Corzilius T (2017) Körperpflege, Kleidung und andere Gebrauchsgegenstände. In: Stier B, Schwab KO, Weissen-

rieder N (Hrsg) Jugendmedizin, Abschn 9.8.5. Heidelberg, Springer

Meschke (persönliche Mitteilung) Dr. Andreas Meschke, Rechtsanwalt/Fachanwalt für Medizinrecht Möller & Partner· Kanzlei für Medizinrecht Partnerschaft mbB. AG Essen PR 1642

mobile zeitgeist. <https://www.mobile-zeitgeist.com/das-moderne-kind-ist-digital-und-mobil-85-mit-smartphone/mpfs> – Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg) (2016) JIM-Studie 2016. Jugend, Information, (Multi-) Media. mpfs, Stuttgart

Orth B, Töppich J (2012) Rauschtrinken und durchschnittlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Suchttherapie 13:6–14

RKI – Robert-Koch-Institut (2015) Epidemiologisches Bulletin Nr. 29. Robert-Koch-Institut, Berlin

RKI – Robert-Koch-Institut (2016) Epidemiologisches Bulletin Nr. 16. Robert-Koch-Institut, Berlin

RKI – Robert-Koch-Institut (2017) Epidemiologisches Bulletin Nr. 1. Robert-Koch-Institut, Berlin

Smith JS, Robinson NJ (2002) Age-specific prevalence of infection with herpes simplex virus types 2 and 1: a global review. *J Infect Dis* 186(Suppl 1):S3–28

Weissenrieder N (2012) In: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, Erkennen und Handeln, Leitfaden für Ärztinnen. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, München, S 23–24

Weissenrieder N (2015) Untersuchungen im Rahmen der Vorsorge. In: Oppelt PG, Dörr HG (Hrsg) Kinder- und Jugendgynäkologie. Thieme, Stuttgart, S 83–92



<http://www.springer.com/978-3-662-55527-9>

Kinder- und Jugendgynäkologie für die pädiatrische
Praxis

Weissenrieder, N.

2018, VIII, 252 S. 220 Abb., 200 Abb. in Farbe. Book +
eBook., Softcover

ISBN: 978-3-662-55527-9