

Häufigkeiten und Trends in der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Frauenheilkunde durch Mädchen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

Prevalence and Trends in the Utilization of Gynecological Services by Adolescent Girls in Germany. Results of the German Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS)

Autoren

Laura Krause*, Stefanie Seeling*, Franziska Prütz, Alexander Rommel

Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

Schlüsselwörter

Gynäkologie, Inanspruchnahme, Mädchen, KiGGS, Gesundheitssurvey, Deutschland

Key words

gynecology, utilization, girls, KiGGS, health survey, Germany

eingereicht 20. 7. 2017

revidiert 10. 8. 2017

akzeptiert 10. 8. 2017

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-118284>

Geburtsh Frauenheilk 2017; 77: 1002–1012 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York | ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

Dr. Laura Krause
Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Straße 62–64, 12101 Berlin
krausel@rki.de

ZUSAMMENFASSUNG

In Deutschland sind nur wenige Daten zur Nutzung frauenärztlicher Leistungen verfügbar. Basierend auf Daten der bundesweiten „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts wird die Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten durch Mädchen untersucht. Anhand der Daten aus KiGGS Welle 1 (2009–2012) wird analysiert, welche Faktoren die Nutzung beeinflussen. Für Trendanalysen wird die KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) herangezogen. Datenbasis ist eine Teilstichprobe aus KiGGS Welle 1 (n = 2575), der ersten telefonischen

Folgebefragung nach der Basiserhebung. Berichtet werden Prävalenzen und Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervallen. Zusammenhänge mit ausgewählten Einflussfaktoren wurden mit multivariaten logistischen Regressionsmodellen berechnet. Unterschiede zwischen den Studienpopulationen werden bei $p < 0,05$ als signifikant ausgewiesen. Zum Befragungszeitpunkt von KiGGS Welle 1 haben 53,9% der 14- bis 17-jährigen Mädchen mindestens einmal frauenärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Dieser Anteil nimmt mit jedem Lebensjahr deutlich zu. Bei 61,9% der 17-jährigen Mädchen, die bereits eine gynäkologische Praxis besucht haben, fand der erste Kontakt mit 15 oder 16 Jahren statt. Das Aufwachsen mit Geschwistern geht mit einer geringeren, ein mittlerer sozioökonomischer Status, ein riskanter Alkohol- und täglicher Tabakkonsum sowie die Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen mit einer höheren 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme einher. Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung hat die Inanspruchnahme deutlich zugenommen. Bei Mädchen besteht ein großer Bedarf an Informationen zu Fragen der sexuellen Gesundheit. Frauenärztinnen und Frauenärzte sind dabei wichtige, aber nicht die einzigen Anlaufstellen. Der Informationsbedarf sollte evidenzbasiert im Rahmen eines abgestimmten Vorgehens unter Beteiligung der relevanten Akteure gedeckt werden. Dabei sollten Initiativen wie der WHO Action Plan for Sexual and Reproductive Health und dessen Empfehlungen berücksichtigt werden.

ABSTRACT

There is only limited data available on the utilization of gynecological services in Germany. Based on data from the German Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS) of the Robert Koch Institute, a survey carried out across all of Germany, this study aimed to examine the utilization of gynecological services by girls in Germany. Data from the KiGGS Wave 1 survey (2009–2012) was used to analyze the factors

* Laura Krause und Stefanie Seeling teilen sich die Erstautorenschaft.

which affect utilization. The KiGGS baseline study (2003–2006) was used to analyze trends. The database consisted of a subsample from the KiGGS Wave 1 survey ($n = 2575$), the initial follow-up survey conducted by telephone after the baseline study. Data are shown as prevalence and mean with 95% confidence intervals. Correlations with selected influencing factors were calculated using multivariate logistic regression models. Differences between study populations were considered significant if $p < 0.05$. At the time of the KiGGS Wave 1 survey, 53.9% of girls aged 14 to 17 years had visited a gynecologist at least once. This percentage increased significantly with each additional year of life. For 61.9% of 17-year-old girls who had previously visited a gynecologist at least once, the first visit to a gynecologist occurred at the age of

15 or 16 years. Growing up with siblings was associated with a lower prevalence of utilization, while middle socioeconomic status, risky alcohol consumption and daily consumption of tobacco, and the utilization of general medical services were associated with a higher 12-month prevalence for the utilization of gynecological services. The utilization of gynecological services has increased significantly compared to the KiGGS baseline survey. Among girls there is a high need for information on issues of sexual health. Gynecologists are important but they are not the only port of call. Information needs should be covered as part of a coordinated approach which includes the involvement of all relevant stakeholders. Initiatives such as the WHO Action Plan for Sexual and Reproductive Health and its recommendations should be incorporated.

Einleitung

Das Jugendalter stellt eine Lebensphase dar, in der vielfältige körperliche und mentale Veränderungen stattfinden. Die damit verbundenen Herausforderungen können als Entwicklungsaufgaben verstanden werden, die sich den Heranwachsenden beim Übergang vom Kindes- in das Erwachsenenalter stellen [1]. Eine dieser Aufgaben besteht darin, die körperlichen Veränderungen im Zuge der Persönlichkeitsentwicklung in das eigene Selbstbild zu integrieren, um auf diesem Weg die Basis für eine gesunde Sexualität und eine selbstbewusste und informierte Ausgestaltung sexueller Beziehungen zu schaffen [2].

Weil das Jugendalter spezifische gesundheitsbezogene Bedürfnisse mit sich bringt, fordert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen universellen Zugang zu Gesundheits- und Beratungsleistungen für Heranwachsende, die speziell auf deren Bedürfnisse ausgerichtet sind [3]. Im Bereich der reproduktiven bzw. sexuellen Gesundheit (Definitionen siehe Infobox) wird daher von der WHO im Rahmen der Beratungen für einen zukünftigen Aktionsplan zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit eine Ausweitung der Beratungs- und Vorsorgeangebote gefordert [4]. Jugendliche sollen rechtzeitig über körperliche und mentale Veränderungen aufgeklärt werden, u. a. um unerwünschten Ereignissen wie ungewollten Schwangerschaften oder sexuell übertragbaren Erkrankungen vorzubeugen [5–7].

Innerhalb des medizinischen Systems sind in Deutschland Gesundheits- und Beratungsleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit über den universellen Zugang zu ärztlichen Leistungen grundsätzlich gewährleistet. Von Bedeutung ist daher vor allem die Frage, ob die vorhandenen Angebote in ausreichendem Umfang wahrgenommen werden. In der Literatur werden die negativen Folgen von Unterversorgung thematisiert [2], es wird aber auch darauf hingewiesen, dass Überversorgung – verstanden als Medikalisierung physiologischer Prozesse – ebenfalls negative Folgen haben kann [8]. Empfehlungen dazu, wann erstmals eine frauenärztliche Praxis aufgesucht werden bzw. in welchen zeitlichen Abständen eine Inanspruchnahme gynäkologischer Beratungsleistungen stattfinden sollte, gibt es in Deutschland vor allem von Fachgesellschaften und Berufsverbänden [9, 10]. Danach ist der Besuch einer frauenärztlichen Praxis für Mädchen u. a. dann

INFOBOX: DEFINITIONEN

Sexuelle und reproduktive Gesundheit (WHO Regionalbüro für Europa 2011) [50]

Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.

Reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte (Weltbevölkerungskonferenz 1994) [51]*

Reproduktive Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen bei allen Aspekten, die mit den Fortpflanzungsorganen und ihren Funktionen und Prozessen verbunden sind. Reproduktive Gesundheit bedeutet deshalb, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie davon Gebrauch machen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl sowie zu anderen Methoden ihrer Wahl zur Regulierung der Fruchtbarkeit zu haben, die nicht gegen die rechtlichen Bestimmungen verstoßen, und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmöglichen Voraussetzungen schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen.

* Deutsche Übersetzung: [52]

angezeigt, wenn ein Beratungsbedarf besteht oder abgeklärt werden muss, ob Krankheiten oder Störungen vorliegen (z. B. bei Ausbleiben der Regelblutung) [9, 10]. Darüber hinaus sollte aus medizinischen Gründen bei Einnahme der Anti-Baby-Pille neben der Untersuchung und ausführlichen Aufklärung vor der erstmaligen Verordnung eine halbjährliche Kontrolle in einer gynäkologischen Praxis erfolgen [11].

In den USA gehen die Empfehlungen deutlich darüber hinaus und legen eine frühe und wiederholte Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich der sexuellen Gesundheit nahe. Das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) empfiehlt einen ersten Besuch bei einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt im Alter von 13 bis 15 Jahren, also dann, wenn ein Teil der Mädchen erste sexuelle Erfahrungen machen [12]. Mit dem Verweis auf sich ändernde Bedürfnisse im Zuge des Jugendalters wird zudem die Notwendigkeit regelmäßiger Beratungen und Untersuchungen gesehen [6, 7, 13]. Entsprechend befürwortet auch die National Academy of Medicine (früher: Institute of Medicine, IOM) eine jährliche Beratung sexuell aktiver Frauen aller Altersgruppen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen [14].

Auch wenn in Deutschland keine derartigen Empfehlungen bestehen, werden durch die Kodifizierung neuer Leistungsansprüche im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und in den anschließenden Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neue Anlässe zur Beratung und Vorsorge im Bereich der sexuellen Gesundheit geschaffen. So sind Pubertät und Sexualverhalten thematischer Bestandteil der J1-Untersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchung) für 12- bis 14-Jährige seit ihrer Einführung im Jahr 1998 [15, 16]. Sexuell aktive Frauen haben seit 2008 Anspruch auf einen jährlichen Chlamydien-Test bis zum 25. Lebensjahr [17]. Des Weiteren empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut die Durchführung einer Immunisierung gegen Humane Papillomviren (HPV) vor dem ersten Geschlechtsverkehr; in einer ersten Phase seit 2007 für 12- bis 17-jährige Mädchen, seit 2014 im Alter von 9 bis 14 Jahren [18]. Darüber hinaus bieten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte die J2-Untersuchung für Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren an, deren Kosten aber nicht von allen Krankenkassen erstattet werden [19]. Im Fokus dieser letzten Jugendgesundheitsuntersuchung stehen die Themen Sexualität, Sozialisationsverhalten und Berufswahl [19].

Die Nutzung der genannten Leistungen setzt den mehr oder weniger regelmäßigen Kontakt von Mädchen im Kindes- und Jugendalter zu Ärztinnen oder Ärzten voraus, die diese Leistungen anbieten. Neben Kinderärztinnen und Kinderärzten kommt den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten dabei eine Schlüsselrolle zu, da zu ihnen häufig ein Vertrauensverhältnis besteht und sie aus Sicht der heranwachsenden Mädchen eine zentrale Informationsquelle in Fragen der sexuellen Gesundheit sind [20, 21].

Der Hauptanlass für den Erstbesuch in einer gynäkologischen Praxis waren laut den Studienergebnissen zur Jugendsexualität der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Fragen zum Thema Verhütung und das Verschreiben von Verhütungsmitteln [21]. Fast die Hälfte der 14- bis 25-Jährigen verhütet beim ersten Geschlechtsverkehr mit der Pille. Daneben stellen Menstruationsbeschwerden und die Impfung gegen HPV weitere Anlässe für

einen Besuch in einer gynäkologischen Praxis dar [21]. Nach Ergebnissen aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts sind 52,6% der 14- bis 17-jährigen Mädchen mindestens 1-mal gegen HPV geimpft, 39,5% haben die vollständige Impfserie mit 3 Impfdosen erhalten. Mädchen, die schon einmal eine gynäkologische Praxis besucht haben, haben dabei eine doppelt so hohe Chance, gegen HPV geimpft zu sein [22].

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu klären, in welchem Alter Mädchen in Deutschland zum ersten Mal gynäkologische Leistungen in Anspruch nehmen und wie häufig sie dies im Mittel tun. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht nur vom medizinischen Bedarf, sondern auch von einer Reihe sozialer und personaler Faktoren abhängig ist [23, 24].

Die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen bei Mädchen wird auf Basis der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) analysiert. Im Folgenden werden zunächst die Lebenszeitprävalenz der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Frauenheilkunde sowie das Alter beim ersten Besuch einer Frauenarztpraxis dargestellt. Diese Angaben werden ergänzt durch die Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten und die Kontakthäufigkeit. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit den sozialen, verhaltensbezogenen und versorgungsspezifischen Einflussfaktoren der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen. Ein zeitlicher Vergleich zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und der ersten Folgebefragung KiGGS Welle 1 (2009–2012) runden die Ergebnisdarstellung ab.

Methode

Daten

Um die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Frauenheilkunde durch Mädchen in Deutschland zu beschreiben, wird auf die Ergebnisse der vom Robert Koch-Institut durchgeführten bevölkerungsweiten KiGGS-Studie zurückgegriffen.

Die KiGGS-Studie ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts und wird als kombinierte bundesweite Querschnitt- und Längsschnittstudie realisiert. Die KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) umfasste Befragungen, Untersuchungen und Laboranalysen [25], in der 1. Folgebefragung KiGGS Welle 1 (2009–2012) wurden ausschließlich Befragungen in Form von Telefoninterviews durchgeführt [26]. An der KiGGS-Basiserhebung nahmen insgesamt 17 641 Kinder und Jugendliche (8656 Mädchen, 8985 Jungen) im Alter von 0 bis 17 Jahren teil, die Response lag bei 66,6%. Die Einzuladenden wurden in einer geschichteten Zufallsstichprobe von 167 Orten Deutschlands zufällig aus den Einwohnermelderegistern gezogen [25]. Die Stichprobe von KiGGS Welle 1 bestand zum einen aus einer neuen Querschnittstichprobe 0- bis 6-Jähriger, die wiederum zufällig aus den Melderegistern der ursprünglichen 167 Studienorte gezogen wurden. Zum anderen wurden die ehemaligen Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung, die inzwischen 6 bis 24 Jahre alt waren und als geschlossene Kohorte weitergeführt werden, zur Befragung eingeladen. An KiGGS Welle 1 nahmen 12 368 Kinder und Jugendliche

(6093 Mädchen, 6275 Jungen) in dem für den Querschnitt relevanten Altersbereich von 0 bis 17 Jahren teil, darunter 4455 Erst- und 7913 Wiedereingeladene (Response 38,8%) und 7913 Wiedereingeladene (Response 72,9%) [26].

Variablen

Die Auswertungen zur Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen wurden für 11- bis 17-jährige Mädchen nach Lebensalter und Altersgruppen vorgenommen. Die beiden verwendeten Altersgruppen – 11 bis 13 Jahre und 14 bis 17 Jahre – spiegeln kindliche Entwicklungsphasen wider, insofern die 1. Phase etwa dem Übergang von Kindheit zu Jugend (Transeszenz) und die 2. Phase dem Jugendalter (Adoleszenz) entspricht [27].

Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren wurden in KiGGS Welle 1 selbst befragt: „Warst du schon mal bei einem Frauenarzt bzw. Gynäkologen?“, „Und wie oft warst du in den letzten 12 Monaten bei einem Frauenarzt bzw. Gynäkologen?“. Zusätzlich wurde ihnen die Frage gestellt „Wie alt warst du, als du das erste Mal bei einem Frauenarzt bzw. Gynäkologen warst?“. Im Elterninterview der 7- bis 13-jährigen Mädchen wurde gefragt: „War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten bei einem Frauenarzt bzw. Gynäkologen?“, „Und wie oft war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten beim Frauenarzt bzw. Gynäkologen?“.

Zur Messung des medizinischen Bedarfs wurde der subjektiv eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand bei den 11- bis 17-jährigen mit einer Frage aus dem Minimal European Health Module (MEHM) erfasst „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“. Die Antwortvorgaben wurden zu den Kategorien „sehr gut/gut“ und „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht“ zusammengefasst [28]. Als spezifischer medizinischer Indikator für die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen wurde das Vorliegen wiederholt auftretender Regelschmerzen in den letzten 3 Monaten bei den 11- bis 17-jährigen mit der Frage erhoben „Hattest du folgende Schmerzen in den letzten 3 Monaten?“ [29]. Als Schmerzlokalisierung konnten Mädchen u. a. Regelschmerzen wählen. Die Antwortskala war 3-stufig und wurde für die Auswertungen dichotomisiert in „ja, wiederholt“ vs. „ja, einmalig/nein“.

Neben dem medizinischen Bedarf wurden in früheren Studien vor allem soziodemografische und familiäre Faktoren als Einflussgrößen für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Kindheit und Jugend identifiziert [24, 30, 31]. Als soziodemografische Faktoren wurden neben dem Alter auch der sozioökonomische Status (SES) und der Migrationshintergrund der Mädchen berücksichtigt. In KiGGS Welle 1 wurde der SES auf Basis elterlicher Angaben zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung und ihrem Haushaltsnettoeinkommen (bedarfsgewichtet) gebildet und in eine niedrige, mittlere und hohe sozioökonomische Statusgruppe eingeteilt. Den Kindern und Jugendlichen wurde der SES des Haushalts zugewiesen, in dem sie leben [28]. Als Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund wurden diejenigen Befragten definiert, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind [32].

Als familialer Faktor wurde berücksichtigt, ob weitere Geschwister im Haushalt leben. Den Eltern der Teilnehmenden aller Altersjahre wurde hierzu folgende Frage gestellt: „Hat Ihr Kind leibliche Geschwister? Gemeint sind hier auch Halbgeschwister.“ (Antwortvorgaben „ja“, „nein“ und „weiß nicht“). Darüber hinaus wurde die Familienform auf Basis der Angaben der Eltern zum Hauptaufenthaltort einbezogen. Unterschieden wurde hierbei zwischen Einelternfamilien, in denen Kinder in Haushalten mit nur einem Elternteil aufwachsen (im Folgenden Alleinerziehende) sowie Kern- und Stieffamilien, in denen 2 leibliche oder soziale Elternteile zusammenleben [31]. Außerdem wurde das familiäre Miteinander bei Jugendlichen ab 11 Jahren über das Item „Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus“ aus der Familienklima-Skala von Schneewind et al. selbst erfasst [33]. Die Antwortmöglichkeiten wurden zu den 3 Ausprägungen „stimmt genau“, „stimmt eher“ und „stimmt kaum oder nicht“ zusammengefasst [34].

Darüber hinaus wird geprüft, inwieweit die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen mit verhaltensbezogenen Faktoren assoziiert ist. Herangezogen werden Indikatoren, die laut verfügbarer Literatur einen Einfluss auf die Inanspruchnahme haben [35]. Zur Abschätzung eines riskanten Alkoholkonsums wurde das aus 3 Fragen bestehende, international etablierte AUDIT-C-Instrument (Alcohol Use Disorders Identification Test) eingesetzt [36]. Ursprünglich für das Screening in der Erwachsenenbevölkerung konzipiert, hat sich das AUDIT-C-Instrument auch für den Einsatz bei Jugendlichen als hilfreich erwiesen [37]. Das Rauchverhalten wurde in KiGGS Welle 1 über mehrere Fragen erhoben [37]. Zur Abgrenzung einer Gruppe mit vergleichsweise hohem Tabakkonsum wurden tägliche Raucherinnen abgegrenzt von Nichtraucherinnen und Mädchen, die seltener als täglich rauchen.

Als versorgungsbezogene Einflussfaktoren werden die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin sowie für Kinderheilkunde in den letzten 12 Monaten untersucht, da diese im Rahmen der Grundversorgung eine gynäkologische Beratung oder Behandlung empfehlen oder veranlassen können [38, 39]. Im Elterninterview der 7- bis 13-jährigen wurde u. a. gefragt: „War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten bei einem Allgemeinmediziner oder praktischen Arzt bzw. Kinderarzt?“, 14- bis 17-jährige wurden selbst befragt: „Warst du schon mal bei einem Allgemeinmediziner oder praktischen Arzt bzw. Kinderarzt?“.

Statistische Analysen

Der Schwerpunkt der KiGGS-Welle-1-Auswertungen liegt im Altersbereich von 14 bis 17 Jahren, da die Inanspruchnahme in den jüngeren Altersgruppen sehr gering ist. Wenn für jüngere Mädchen Daten vorliegen, werden diese im Text erwähnt.

Berichtet wird der Anteil der 14- bis 17-jährigen Mädchen, die jemals eine frauenärztliche Sprechstunde aufgesucht haben. Für 17-jährige Mädchen wird dargestellt, in welchem Alter sie erstmals in gynäkologischer Behandlung waren. Anschließend wird der Anteil der Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren ausgewiesen, der in den letzten 12 Monaten gynäkologische Leistungen in Anspruch genommen hat, und es wird das arithmetische Mittel der Kontaktfrequenz in den letzten 12 Monaten berichtet. Es folgen Zusammenhangsanalysen für 14- bis 17-jährige Mädchen zwischen der 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäko-

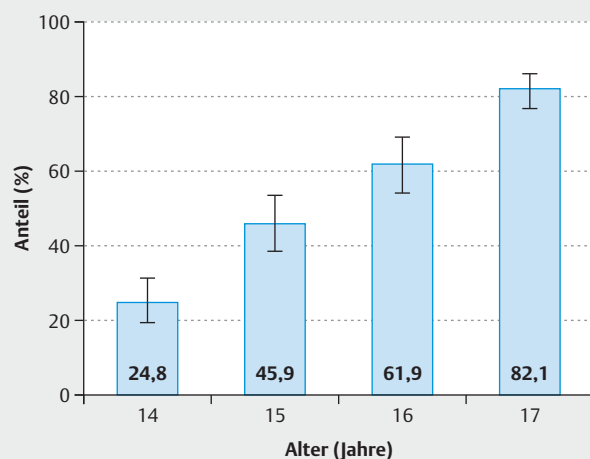
► **Tab. 1** Stichprobenbeschreibung von KiGGS Welle 1 in Bezug auf in Deutschland lebende Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren; Anzahl und Stichprobenanteil (%) (n = 2575).

	Anzahl		Anteil (%)	
	unge- wichtet	ge- wichtet	ge- wichtet	95%-KI
Altersgruppen				
▪ 11–13 Jahre	1097		42,7	40,6–44,8
▪ 14–17 Jahre	1478		57,3	55,2–59,4
sozioökonomischer Status				
▪ niedrig	297		21,2	18,4–24,3
▪ mittel	1650		61,6	58,6–64,5
▪ hoch	594		17,1	15,2–19,3
▪ Missings	34		–	–
Migrationshintergrund				
▪ mit Migrationshintergrund	262		18,1	15,3–21,3
▪ ohne Migrationshintergrund	2313		81,9	78,7–84,7
▪ Missings	0		–	–
Geschwister				
▪ ja	2235		89,1	87,4–90,6
▪ nein	304		10,9	9,4–12,6
▪ Missings	36		–	–

logischer Leistungen und potenziellen Einflussfaktoren. Abschließend erfolgen Trendvergleiche der 12-Monats-Prävalenz und Kontakthäufigkeit durch Querschnittsanalysen der Stichproben der beiden Erhebungszeitpunkte KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und KiGGS Welle 1 (2009–2012) für 14- bis 17-jährige Mädchen.

Prävalenzen und Mittelwerte werden gewichtet in Prozent mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) und bezogen auf die Gesamtheit aller Mädchen mit gültigen Antworten angegeben. Zusammenhänge zwischen der 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen und den ausgewählten Einflussfaktoren wurden mit multivariaten logistischen Regressionsmodellen berechnet, als deren Ergebnis Odds Ratios ausgewiesen werden. Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen sowie in der Kontakthäufigkeit zwischen den Studienpopulationen von KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und KiGGS Welle 1 (2009–2012) wurden mit dem nach Rao-Scott über die F-Verteilung korrigierten Chi-Quadrat-Test auf statistische Signifikanz geprüft. Unterschiede wurden in dieser Arbeit bei p-Werten <0,05 als statistisch signifikant gewertet.

Die Analysen wurden mit Verfahren für komplexe Stichproben unter Verwendung des Softwareprodukts StataSE 14 durchgeführt. Alle Analysen wurden mit einem Gewichtungsfaktor berechnet, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand 31.12.2010) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildungsstand des Haushaltsvorstandes (Mikrozensus 2009) korrigiert. Für die ehemaligen Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung wurde die unterschiedliche Wiederteilnahmebereitschaft mittels Gewichtung



► **Abb. 1** Lebenszeitprävalenz der Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten bei 14- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter; Anteil in % (n = 1395). Datenquelle: KiGGS Welle 1 (2009–2012).

nach relevanten Merkmalen aus der Basiserhebung ausgeglichen. Für die Berechnung der Trendanalysen wurden die Daten der Basiserhebung bezüglich der oben genannten Merkmale neu gewichtet und auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010 altersstandardisiert.

Ergebnisse

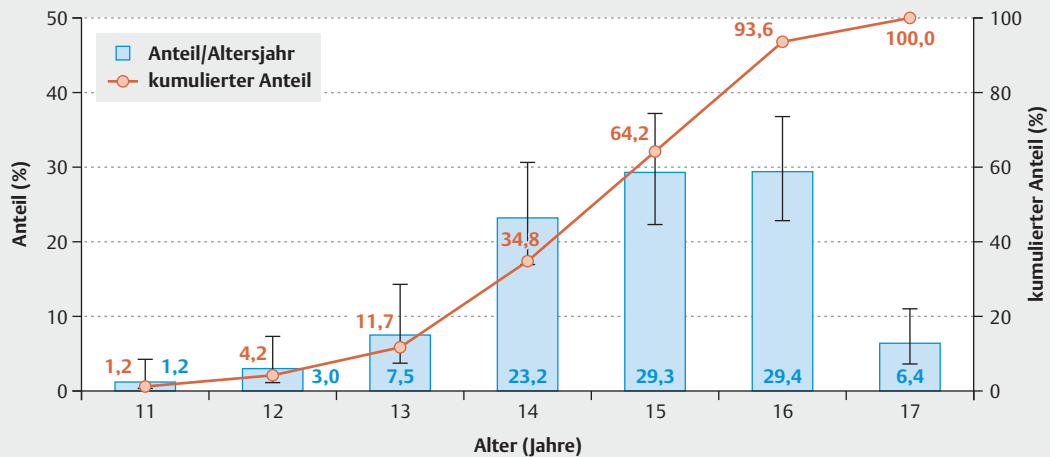
Stichprobenszusammensetzung

Die statistischen Analysen beruhen auf den Daten von 2575 Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren in Deutschland. Einige zentrale Charakteristika der verwendeten KiGGS-Welle-1-Stichprobe finden sich in ► **Tab. 1**.

Erstmalige Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen

53,9% (95%-KI 50,3–57,4) der 14- bis 17-jährigen Mädchen in Deutschland haben schon einmal Leistungen einer Frauenärztin oder eines Frauenarztes in Anspruch genommen. Der Anteil der Mädchen, die jemals bei einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt waren (Lebenszeitprävalenz), nimmt mit jedem Lebensjahr der Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren deutlich zu (► **Abb. 1**). Haben von den 14-jährigen Mädchen etwa ein Viertel (24,8%; 95%-KI 19,2–31,3) eine frauenärztliche Sprechstunde aufgesucht, sind dies bei den 15-jährigen beinahe die Hälfte (45,9%; 95%-KI 38,5–53,6) und bei den 16-jährigen knapp zwei Drittel (61,9%; 95%-KI 54,2–69,1). Während die überwiegende Mehrheit der 17-jährigen Mädchen bereits gynäkologische Leistungen in Anspruch genommen hat, haben 17,9% (95%-KI 13,7–23,1) den 1. Besuch in einer frauenärztlichen Praxis noch vor sich.

Von den 82,1% (95%-KI 76,9–86,3) der 17-jährigen Mädchen, die zum Befragungszeitpunkt bereits gynäkologische Leistungen in Anspruch genommen haben, waren 11,7% schon im Alter von



► **Abb. 2** Alter der erstmaligen Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten bei 17-jährigen Mädchen; Anteil und kumulierter Anteil in % (n = 276). Datenquelle: KiGGS Welle 1 (2009–2012).

13 Jahren oder jünger erstmals bei einer Ärztin oder einem Arzt für Frauenheilkunde. 64,2% dieser Mädchen waren mit 15 Jahren und 93,6% mit 16 Jahren mindestens ein 1. Mal in einer frauenärztlichen Sprechstunde (► **Abb. 2**, kumulierte Anteile). Am häufigsten fand der erste Kontakt mit 15 oder 16 Jahren statt. Jeweils knapp 30% der 17-Jährigen, die bereits in einer gynäkologischen Praxis waren, haben sich in diesem Alter erstmals in gynäkologische Behandlung oder Beratung begeben (► **Abb. 2**, Anteil/Altersjahr).

12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme und Kontakthäufigkeit

Rund die Hälfte (45,8%; 95%-KI 42,2–49,4) der 14- bis 17-jährigen Mädchen hat in den letzten 12 Monaten eine Ärztin oder einen Arzt für Frauenheilkunde aufgesucht (Ergebnisse nicht gezeigt). Bei den 11- bis 13-jährigen trifft dies auf 7,1% (95%-KI 4,7–10,4) zu, bei Mädchen zwischen 7 und 10 Jahren auf 1,0% (95%-KI 0,5–2,2). Die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme, also der Anteil der Mädchen, die in den letzten 12 Monaten eine frauenärztliche Sprechstunde in Anspruch genommen haben, nimmt mit jedem Lebensjahr deutlich zu. Während sie bei 12-jährigen Mädchen 4,7% (95%-KI 2,3–9,4) beträgt, steigt sie bei 14-jährigen Mädchen auf 20,0% (95%-KI 15,1–26,1) und bei 15-jährigen auf 38,7% (95%-KI 31,8–46,2) an. Im Alter von 16 Jahren waren 52,9% (95%-KI 45,8–59,9) der Mädchen in den letzten 12 Monaten in einer gynäkologischen Praxis und mit 17 Jahren trifft dies auf beinahe drei Viertel (71,1%; 95%-KI 64,4–77,0) der befragten Mädchen zu.

Analog zur 12-Monats-Prävalenz nimmt auch die Häufigkeit der Praxisbesuche binnen eines Jahres mit dem Alter zu. Im Mittel waren Mädchen im Alter von 11 bis 13 Jahren in den letzten 12 Monaten 1,7-mal (95%-KI 1,3–2,1) und 14- bis 17-jährige Mädchen 2,3-mal (95%-KI 2,1–2,6) bei einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt (Ergebnisse nicht gezeigt). Die höchste Kontaktfrequenz geben 16-jährige Mädchen mit 2,6 (95%-KI 2,1–3,2) Besuchen in den letzten 12 Monaten an.

Soziale, verhaltensbezogene und versorgungsspezifische Einflussfaktoren

Als soziale Einflussfaktoren auf die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen wurden der sozioökonomische Status (SES), der Migrationshintergrund, die Familienform, das Aufwachsen mit Geschwistern und das familiäre Miteinander untersucht (► **Tab. 2**). Die Ergebnisse zeigen, dass 14- bis 17-jährige Mädchen aus Familien mit mittlerem SES im Vergleich zu Gleichaltrigen mit hohem SES signifikant häufiger eine gynäkologische Beratung wahrnehmen. Mädchen, die Geschwister haben, gehen signifikant seltener zu einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt. Detailliertere Auswertungen der vorliegenden Daten ergeben, dass die geringere Inanspruchnahme unabhängig vom Alter und Geschlecht der Geschwister im Haushalt besteht (Ergebnisse nicht gezeigt). Unter den verhaltensbezogenen Einflüssen gehen ein riskanter Alkoholkonsum und das tägliche Rauchen mit einer signifikant häufigeren Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten einher. Mädchen, die täglich rauchen, haben eine fast 4-fach erhöhte Chance, eine Frauenarztpraxis zu besuchen verglichen mit Mädchen, die nicht täglich rauchen. In Bezug auf versorgungsspezifische Faktoren zeigen die Ergebnisse, dass die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen signifikant mit der Nutzung allgemeinmedizinischer Leistungen in den letzten 12 Monaten assoziiert ist. Zur Nutzung kinderärztlicher Leistungen in den letzten 12 Monaten besteht hingegen kein Zusammenhang (Ergebnisse nicht gezeigt).

Inanspruchnahme im Zeitvergleich

Zwischen den Erhebungszeitpunkten der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und von KiGGS Welle 1 (2009–2012) hat die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen in den letzten 12 Monaten bei 14- bis 17-jährigen Mädchen signifikant zugenommen (► **Tab. 3**). Stratifiziert man die Analysen nach SES zeigt sich, dass diese Zunahme nur für Mädchen aus Familien der niedrigen und mittleren Statusgruppe festzustellen ist. Neben der Inanspruch-

► **Tab. 2** Determinanten der 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten bei 14- bis 17-jährigen Mädchen; Prävalenzen (%) und Ergebnisse multivariater binär-logistischer Regressionen (Odds Ratios) (n = 1389). Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009–2012).

	% (95%-KI)	OR (95%-KI)	p
sozioökonomischer Status			
▪ niedrig	42,3 (32,7–52,4)	1,50 (0,85–2,64)	0,160
▪ mittel	50,8 (46,0–55,5)	1,88 (1,23–2,89)	0,004
▪ hoch	35,2 (29,2–41,7)	Ref.	
Migrationshintergrund			
▪ mit Migrationshintergrund	30,5 (22,0–40,6)	0,62 (0,34–1,15)	0,128
▪ ohne Migrationshintergrund	49,1 (45,3–52,9)	Ref.	
alleinerziehend			
▪ ja	51,1 (42,2–60,6)	0,99 (0,62–1,57)	0,963
▪ nein	45,3 (41,4–49,3)	Ref.	
Geschwister im Haushalt			
▪ ja	44,7 (41,0–48,4)	0,52 (0,31–0,86)	0,011
▪ nein	59,9 (49,0–69,9)	Ref.	
gutes familiäres Miteinander			
▪ stimmt nicht/kaum	55,9 (43,1–67,9)	1,37 (0,68–2,78)	0,378
▪ stimmt eher	47,5 (42,1–53,1)	1,18 (0,83–1,68)	0,353
▪ stimmt genau	42,2 (37,5–47,4)	Ref.	
riskanter Alkoholkonsum			
▪ ja	67,6 (60,6–73,9)	1,58 (1,04–2,41)	0,034
▪ nein	37,6 (33,6–41,7)	Ref.	
tägliches Rauchen			
▪ ja	83,1 (72,5–90,2)	3,67 (1,79–7,50)	0,000
▪ nein	42,2 (38,8–45,8)	Ref.	
Besuch einer allgemeinmedizinischen Praxis in den letzten 12 Monaten			
▪ ja	56,0 (51,1–60,7)	2,11 (1,51–2,96)	0,000
▪ nein	31,6 (26,2–37,5)	Ref.	

OR: Odds Ratio; OR kontrolliert für Alter, subjektive Gesundheit und Regelschmerzen.

nahme hat auch die Kontakthäufigkeit zu Frauenärztinnen und Frauenärzten in den letzten 12 Monaten bei 14- bis 17-jährigen Mädchen in dem betrachteten Zeitraum von etwa 6 Jahren signifikant zugenommen. Bei Differenzierung nach SES zeigt sich diese Zunahme vor allem für Mädchen mit mittlerem SES.

Diskussion

Von den 14- bis 17-jährigen Mädchen in Deutschland haben zum Befragungszeitpunkt von KiGGS Welle 1 rund 54% mindestens 1-mal frauenärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Dieser Anteil nimmt mit jedem Lebensjahr deutlich zu. Etwa jedes 5. 17-jährige Mädchen war noch nicht bei einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt. Bei fast zwei Dritteln der Mädchen, die mit 17 Jahren bereits in einer gynäkologischen Sprechstunde waren, fand der erste Kontakt mit 15 oder 16 Jahren statt. Eine regelmäßige Konsultation stellt sich aber erst im späteren Jugendalter ein: Gut die Hälfte der 16-jährigen Mädchen und fast drei Viertel der 17-jährigen, die bereits frauenärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben, geben an, im letzten Jahr eine gynä-

kologische Praxis aufgesucht zu haben. Bei der Betrachtung sozialer Faktoren zeigt sich, dass das Aufwachsen mit Geschwistern mit einer deutlich geringeren 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten assoziiert ist. Bezüglich verhaltensbezogener Einflüsse gehen ein riskanter Alkoholkonsum und das tägliche Rauchen mit einer stärkeren Nutzung frauenärztlicher Leistungen einher. Zudem ist die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen signifikant mit der Nutzung allgemeinmedizinischer Leistungen assoziiert. Im Vergleich mit der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) hat die Inanspruchnahme frauenärztlicher Leistungen in KiGGS Welle 1 (2009–2012) deutlich zugenommen. Dies zeigt sich insbesondere für Mädchen aus Familien der niedrigen und mittleren sozioökonomischen Statusgruppe.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind einige Limitationen zu beachten. So muss bedacht werden, dass es bei Selbst- bzw. Elternangaben zu einer gewissen Erinnerungsverzerrung (Recall Bias) kommen kann. Dies wurde u. a. dadurch vermindert, dass die 14- bis 17-jährigen Mädchen selbst zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten befragt wurden. Denn es konnte gezeigt werden, dass

► **Tab. 3** Trends in der Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten in den letzten 12 Monaten bei 14- bis 17-jährigen Mädchen. Prävalenzen (%) und Kontakthäufigkeit (arithmetisches Mittel). Datenquellen: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012).

Indikator		KiGGS-Basiserhebung ¹	KiGGS Welle 1	
		% (95%-KI)	% (95%-KI)	p ^{2,3}
n		1808	1389	
Prävalenz	gesamt	37,2 (34,6–39,9)	45,8 (42,2–49,4)	0,000
	niedriger SES	28,6 (22,2–35,9)	42,3 (32,7–52,4)	0,019
	mittlerer SES	39,8 (36,4–43,3)	50,8 (46,0–55,5)	0,000
	hoher SES	37,8 (32,4–43,6)	35,2 (29,2–41,7)	0,540
		AM (95%-KI)	AM (95%-KI)	p ⁴
Kontakthäufigkeit	gesamt	2,0 (1,8–2,1)	2,3 (2,1–2,6)	0,006
	niedriger SES	2,4 (1,8–3,0)	2,7 (2,1–3,4)	0,492
	mittlerer SES	1,9 (1,8–2,1)	2,2 (2,0–2,5)	0,021
	hoher SES	1,8 (1,6–2,0)	2,1 (1,6–2,6)	0,241

¹ Altersadjustiert auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010.

² Der Signifikanztest bezieht sich auf den Vergleich der altersadjustierten Prävalenzen von KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1.

³ Chi-Quadrat-Test 2. Ordnung nach Rao-Scott.

⁴ allgemeines lineares Modell

SES: sozioökonomischer Status; AM: arithmetisches Mittel

Eltern die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Jugendlichen vor allem dann unterschätzen, wenn es um vertrauliche Beratungsleistungen geht [40]. Darüber hinaus ist ein Recall Bias vor allem dann zu erwarten, wenn ein längerer Zeitraum als die letzten 12 Monate erfasst wird [41]. Bei der Lebenszeitprävalenz der Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten kann hingegen davon ausgegangen werden, dass keine Erinnerungslücken vorliegen, weil kein konkreter Zeitraum und keine Kontaktzahlen erfragt werden. Bei den Trendauswertungen ist zu berücksichtigen, dass von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zu KiGGS Welle 1 (2009–2012) ein Wechsel von einer schriftlichen zu einer telefonischen Befragung stattgefunden hat. Bei der Untersuchung unterschiedlicher Erhebungsmodi in Gesundheitssurveys konnten aber für Indikatoren der Inanspruchnahme keine Mode-Effekte gefunden werden [42]. Dafür spricht auch, dass die Inanspruchnahme zwischen den ersten beiden KiGGS-Erhebungen nicht bei allen Arztgruppen angestiegen ist [31]. Grundsätzlich ist es im Rahmen von Zusammenhangsanalysen auf Basis von Querschnittsdaten schwierig, zwischen Ursache und Wirkung klar zu unterscheiden, da alle Informationen zu einem Zeitpunkt erhoben werden. Allerdings können Wechselwirkungen insofern ausgeschlossen werden, als Effekte der Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten auf die einbezogenen Determinanten, bspw. den SES, implausibel sind. Einzige Ausnahme sind Wechselwirkungen zwischen der Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und für Frauenheilkunde. Es liegt daher nahe, dass die übrigen ausgewählten Determinanten einen signifikanten Effekt auf die Nutzung gynäkologischer Leistungen haben. Anhand der Daten aus KiGGS Welle 2 bietet sich die Möglichkeit, diese Befunde künftig auch anhand von Längsschnittauswertungen zu prüfen.

Insgesamt fügen sich die vorliegenden Befunde gut in den bestehenden Wissensstand ein. So weisen die Ergebnisse der Studi-

en zur Jugendsexualität der BZgA ähnliche Lebenszeitprävalenzen für die Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten bei 14- bis 17-jährigen Mädchen aus und bestätigen, dass der Erstbesuch einer gynäkologischen Sprechstunde überwiegend im Altersbereich von 14 bis 17 Jahren stattfindet [20, 21]. Die im Vergleich zu KiGGS Welle 1 in den BZgA-Studien höheren Anteile der Lebenszeitprävalenz bei unter 17-jährigen können u. a. dadurch erklärt werden, dass für die Auswertungen der KiGGS-Studie nur die Angaben von Mädchen bis 17 Jahren herangezogen wurden. Dadurch werden 17-jährige mit einem Erstbesuch nach der Befragung, aber vor Vollendung des 18. Lebensjahrs, nicht berücksichtigt.

Die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen wird den vorliegenden Ergebnissen zufolge durch verschiedene Faktoren wie den SES beeinflusst. So hat zum Befragungszeitpunkt die mittlere sozioökonomische Statusgruppe am häufigsten gynäkologische Leistungen in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen. Nach den Auswertungen von KiGGS Welle 1 gilt dies auch für die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Praxen, während für die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme niedergelassener Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte keine Unterschiede nach SES gefunden wurden [31]. Studien liefern insgesamt ein inkonsistentes Bild, ob der SES einen Einfluss auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Kindheit und Jugend hat [30, 31, 43].

Ein weiterer Einflussfaktor für die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen ist das Aufwachsen mit Geschwistern im Haushalt. Hier könnte insbesondere das Aufwachsen mit Schwestern relevant sein: Die Daten der BZgA zeigen, dass sich 14- bis 17-jährige Mädchen bei der Aufklärung stark an Personen des gleichen Geschlechts wie der Schwester orientieren [21]. Die KiGGS-Daten zeigen jedoch, dass die geringere Inanspruchnahme unabhängig vom Alter und Geschlecht der Geschwister besteht, was auf einen

Effekt der Familienkonstellation insgesamt hindeutet: Geschwister könnten potenzielle Ansprechpartner sein, bevor das medizinische System konsultiert wird. Dies stünde im Einklang mit dem Befund der BZgA, dass Jugendliche heutzutage im Familienkreis offen über sexuelle Themen sprechen können [21]. Eine weitere Erklärung für die geringere Inanspruchnahme beim Aufwachsen mit Geschwistern beruht darauf, dass Eltern die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch ihre Kinder wesentlich mitbestimmen. So nehmen Kinder in kleineren Familien häufiger kinderärztliche Leistungen in Anspruch [24]. Begründet wird dies damit, dass Eltern in kleineren Familien den Gesundheitsproblemen ihrer Kinder mehr Aufmerksamkeit widmen und mehr Zeit haben, eine Praxis aufzusuchen. Umgekehrt haben Eltern in größeren Familien mehr Erfahrung, mit gesundheitlichen Beschwerden ihrer Kinder umzugehen, ohne das medizinische Versorgungssystem zu kontaktieren [24]. Diese elterlichen Verhaltensweisen lassen sich vermutlich – vor allem für jüngere Mädchen – auf die gynäkologische Inanspruchnahme übertragen.

Auch das tägliche Rauchen und ein riskanter Alkoholkonsum sind relevante Einflussfaktoren und gehen mit einer stärkeren Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen einher (siehe auch [35]). Zur Erklärung können Studien herangezogen werden, die auf einen Zusammenhang zwischen sexueller Aktivität und Substanzkonsum hinweisen: Jugendliche im fortgeschrittenen Reifungsprozess machen eher sexuelle Erfahrungen und sind auch im Hinblick auf (regelmäßigen) Tabak- und Alkoholkonsum Gleichaltrigen voraus [44–46]. Auch ist ein regelmäßiger bzw. riskanter Substanzkonsum mit einem riskanten Sexualverhalten assoziiert [47]. Nach den Daten der BZgA gehen Mädchen gerade dann zu einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt, wenn sie sexuell aktiv werden und Beratungsdarf besteht [21].

Eine im Zeitverlauf steigende Inanspruchnahme konnte auf Basis der KiGGS-Untersuchungen auch für kinderärztliche, nicht jedoch für allgemeinmedizinische Leistungen gezeigt werden. Dies wird auf eine Ausweitung des Leistungsangebots im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1–U9, J1, J2) sowie auf die Einführung neuer Impfungen zurückgeführt [31]. Auch für die steigende Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen können solche Faktoren eine Rolle spielen. So fällt die Einführung der HPV-Impfung wie auch des Chlamydien-Screenings in den Zeitraum zwischen den beiden ersten KiGGS-Erhebungen. Die HPV-Impfung war zunächst für 12- bis 17-jährige Mädchen empfohlen und stellt nach Informationen der BZgA-Studien durchaus einen relevanten Anlass für den Besuch gynäkologischer Praxen dar [21]. In der KiGGS-Studie wurden die Mädchen zwar nicht nach dem Anlass für den Praxisbesuch gefragt; Auswertungen zeigen allerdings, dass die HPV-Impfquoten bei Mädchen, die bereits mindestens einmal eine Frauenarztpraxis besucht haben, signifikant höher sind als bei Mädchen, die noch nie bei einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt waren [22]. Insgesamt kommt es zudem zu einer Diversifizierung der Inanspruchnahme auf ein breiteres Spektrum an fachärztlichen Praxen [31]. Auch die Verlagerung von Leistungen aus dem pädiatrischen und allgemeinmedizinischen Bereich in andere Fachrichtungen könnte somit zu einer steigenden Inanspruchnahme von Gynäkologinnen und Gynäkologen beitragen.

Außerdem zeigen Langzeittrends eine Verschiebung der Menarche in frühere Altersgruppen [21]. Da Menstruationsprobleme einen häufigen Beratungsanlass darstellen [21], ist es naheliegend, dass eine frühere Menarche frühere Erstkontakte zu frauenärztlichen Praxen und häufigere Folgekontakte und somit eine insgesamt steigende Inanspruchnahme mit sich bringen. Mit der Verschiebung der Menarche ins jüngere Alter geht auch ein jüngeres Alter beim ersten Geschlechtsverkehr einher [21]. Daraus ergibt sich auch ein Bedarf an Verhütungsberatung bzw. der Wunsch nach Verschreibung eines Verhütungsmittels in einem früheren Alter [21].

Generell besteht bei Jugendlichen ein im Altersgang wachsender Informationsbedarf zu Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Hinzu kommt, dass zu Maßnahmen wie der HPV-Impfung oder dem Chlamydien-Screening, die neu in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wurden, ebenfalls Informationsbedarf besteht. Um eine selbstbestimmte Sexualität ausbilden zu können, sollten diese Informationsbedarfe adäquat und im Rahmen eines abgestimmten Vorgehens gedeckt werden. Frauenärztinnen und Frauenärzte sind dabei wichtige, aber nicht die alleinigen Anlaufstellen [21, 48]. Das Elternhaus, Geschwister, aber auch Freundinnen, die Schule und andere Einrichtungen werden von den Mädchen häufig um Rat gefragt, bevor Leistungen des medizinischen Systems in Anspruch genommen werden. Insofern ist es schwierig zu bemessen, inwieweit sich die Inanspruchnahme von Frauenärztinnen und Frauenärzten bei Mädchen in Deutschland auf einem angemessenen Niveau bewegt. Dass den Ärztinnen und Ärzten für Frauenheilkunde in diesem Zusammenhang eine wachsende Bedeutung zukommt, zeigt die steigende Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren. Wichtiger scheint aber, dass die relevanten Informationen evidenzbasiert und zielgruppengerecht dort verfügbar sind, wo sie von den Mädchen nachgefragt werden. Im Sinne des „WHO Action Plan for Sexual and Reproductive Health“ [4], der sich derzeit noch in der Abstimmung befindet, ist daher ein konzertiertes Vorgehen gefordert. Die WHO empfiehlt u. a., die bestehenden Konzepte der Informationsvermittlung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu prüfen und ggf. zu überarbeiten. Auf diese Weise soll ein abgestimmtes Vorgehen zur Information von Eltern und Kindern gefördert werden, bei dem wichtige Akteure wie Schulen und Gesundheitsberufe eng kooperieren, um eine zielgruppengerechte Ansprache zu finden, mit der auch schwer erreichbare Gruppen besser integriert werden können. Sinnvoll wäre in jedem Fall die Kooperation wichtiger nationaler Akteure wie der BZgA, des G-BA, von Krankenkassen, Ärztenverbänden und Fachgesellschaften. Vor dem Hintergrund der regionalen Ausrichtung der aktuellen Präventionsgesetzgebung würde es sich anbieten, Konzepte in Kooperation mit Akteuren wie Schulen, Gesundheitsämtern und anderen Einrichtungen vor Ort unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten zu entwickeln bzw. an bereits bestehende, erfolgreich arbeitende Projekte (z. B. das Projekt „Ärztinnensprechstunde“ [49]) anzuknüpfen.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Silbereisen R, Weichold K. Jugend (12–19 Jahre). In: Schneider W, Lindenberger U, Hrsg. Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz; 2012: 235–258
- [2] Gille G, Layer C, Hinzpeter B. Mädchengesundheit in der Pubertät: Den Körper mit seinen Äußerungen und Zuschreibungen akzeptieren. Dtsch Arztebl 2008; 105: A2576–A2578
- [3] World Health Organisation (WHO). Health for the World's Adolescents. A second Chance in the second Decade. Geneva: WHO; 2014
- [4] World Health Organisation (WHO) Regional Office for Europe. Action plan for sexual and reproductive Health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind (Working document, 1 August 2016). Kopenhagen: WHO; 2016
- [5] Layer C, Hinzpeter B, Klapp C et al. Ärztliches Aufklärungsgespräch. Fundament der STD-Prävention bei Mädchen und jungen Frauen. Gynäkologie 2010; 43: 1033–1040
- [6] Tyler CP, Warner L, Gavin L et al.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Receipt of reproductive health services among sexually experienced persons aged 15–19 years–National Survey of Family Growth, United States, 2006–2010. MMWR Suppl 2014; 63: 89–98
- [7] Hoover KW, Tao G, Berman S et al. Utilization of health services in physician offices and outpatient clinics by adolescents and young women in the United States: implications for improving access to reproductive health services. J Adolesc Health 2010; 46: 324–330
- [8] Schmidt B. Mädchen als neue Klientel – Die Medikalisierung der Pubertät durch die Mädchengynäkologie. In: Kolip P, Hrsg. Weiblichkeit ist keine Krankheit. Weinheim, München: Juventa Verlag; 2000: 31–57
- [9] Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. Empfehlung des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie für die Gesundheitsberatung junger Mädchen: „Wann muss ein Mädchen zum ersten Mal zum Frauenarzt?“. 2014. Online: <http://www.kindergynaekologie.de/fachwissen/handlungs-empfehlungen/>; Stand: 29.06.2017
- [10] Berufsverband der Frauenärzte e.V. Menstruationsstörungen. o.J. Online: https://www.frauenaeerzte-im-netz.de/de_menstruationsstoerungen-was-sind-menstruationsstoerungen-_409.html; Stand: 29.06.2017
- [11] Berufsverband der Frauenärzte e.V. Pille. o.J. Online: http://www.frauenaeerzte-im-netz.de/de_pille-kontrolluntersuchungen_678.html; Stand: 29.06.2017
- [12] The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion no. 598: Committee on Adolescent Health Care: The initial reproductive health visit. Obstet Gynecol 2014; 123: 1143–1147
- [13] Potter J, Trussell J, Moreau C. Trends and determinants of reproductive health service use among young women in the USA. Hum Reprod 2009; 24: 3010–3018
- [14] Gee RE, Brindis CD, Diaz A et al. Recommendations of the IOM clinical preventive services for women committee: implications for obstetricians and gynecologists. Curr Opin Obstet Gynecol 2011; 23: 471–480
- [15] Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. J1 – wichtige Vorsorge für Jugendliche. o.J. Online: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/vorsorge/teenager-j1-bis-j2/j1-wichtige-vorsorge-fuer-jugendliche/>; Stand: 29.06.2017
- [16] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie). Berlin: G-BA; 2016
- [17] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch. Berlin: G-BA; 2016
- [18] Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut – 2016/2017. Epidemiologisches Bulletin 2016; Nr. 34: 301–340
- [19] Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. J2 – bald erwachsen. o.J. Online: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/vorsorge/teenager-j1-bis-j2/j1-wichtige-vorsorge-fuer-jugendliche/>; Stand: 29.06.2017
- [20] Goeckenjan M, Rabe T, Hessling A et al. Jugendliche und Sexualität heute. Praktische Konsequenzen der Befragung der BZgA für die gynäkologische Praxis. Frauenarzt 2011; 52: 468–474
- [21] Bode H, Heßling A. Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2015
- [22] Poethko-Müller C, Buttman-Schweiger N. Impfstatus und Determinanten der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) bei Mädchen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014; 57: 869–877
- [23] Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. Psychosoc Med 2012; 9: Doc11
- [24] Janicke DM, Finney JW. Determinants of children's primary health care use. J Clin Psychol Med Settings 2000; 7: 29–39
- [25] Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 547–556
- [26] Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014; 57: 747–761
- [27] Stiksrud A. Jugendpsychologie. In: Wenninger G, Hrsg. Lexikon der Psychologie Psychologie. Heidelberg: Spektrum; 2000
- [28] Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie: Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014; 57: 762–770
- [29] Krause L, Neuhauser H, Hölling H et al. Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Aktuelle Prävalenzen und zeitliche Trends: Ergebnisse der KiGGS-Studie: Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Monatsschrift Kinderheilkunde 2016. doi:10.1007/s00112-016-0128-5
- [30] Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 836–850
- [31] Rattay P, Starker A, Domanska O et al. Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014; 57: 878–891
- [32] Sass AC, Grüne B, Brettschneider AK et al. Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitsurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58: 533–542
- [33] Schneewind K, Beckmann M, Hecht-Jackl A. Familienklima-Skalen. München: Institut für Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, Ludwig Maximilians Universität; 1985
- [34] Rattay P, Starker A, Domanska O et al. Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014; 57: 878–891
- [35] Hall KS, Moreau C, Trussell J. The link between substance use and reproductive health service utilization among young US women. Substance Abuse 2013; 34: 283–291

- [36] Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 1998; 158: 1789–1795
- [37] Lampert T, Kuntz B; KiGGS Study Group. Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2014; 57: 830–839
- [38] Gröber-Grätz D, Gulich M. Überweisungsverhalten von Ärzten: Fachärzte überweisen häufiger. Dtsch Arztebl 2010; 107: A-1742 / B-1540 / C-1520
- [39] Forrest CB, Glade GB, Baker AE et al. The pediatric primary-specialty care interface: how pediatricians refer children and adolescents to specialty care. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 705–714
- [40] Klein JD, McNulty M, Flatau CN. Adolescents' access to care: teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152: 676–682
- [41] Bhandari A, Wagner T. Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. Med Care Res Rev 2006; 63: 217–235
- [42] Christensen AI, Ekholm O, Glumer C et al. Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. Eur J Public Health 2014; 24: 327–332
- [43] Berra S, Tebe C, Erhart M et al. Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries. Med Care 2009; 47: 161–167
- [44] Kuntsche S, Windlin B. HBSC 2006 Sexualität bei Jugendlichen. Fact Sheet. 2009. Online: http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/hbsc_bibliographie_d168.pdf; Stand: 29.06.2017
- [45] Silbereisen RK, Kracke B, Nowak M. Körperliches Entwicklungstempo und jugendtypische Übergänge. In: Jugendwerk der Deutschen Shell, Hrsg. Jugend '92 Lebenslagen, Orientierungen und Entwicklungsperspektiven im vereinigten Deutschland. Opladen: Leske + Budrich; 1992: 171–196
- [46] Westling E, Andrews JA, Hampson SE et al. Pubertal timing and substance use: the effects of gender, parental monitoring and deviant peers. J Adolesc Health 2008; 42: 555–563
- [47] Khadr SN, Jones KG, Mann S et al. Investigating the relationship between substance use and sexual behaviour in young people in Britain: findings from a national probability survey. BMJ Open 2016; 6: e011961
- [48] Kluge N. Jugendsexualität heute. In: KKH-Allianz, Hrsg. Weißbuch Prävention 2010 | 2011. Heidelberg: Springer; 2011: 168–179
- [49] Klapp C. „Aber – wissen die nicht schon alles...?“ Ärztliche Präventionsangebote an Berliner Schulen. Berliner Ärzte 2016; 1: 25–26
- [50] WHO Regionalbüro für Europa. Definition – Sexuelle und reproduktive Gesundheit. 2011. Online: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>; Stand: 19.06.2017
- [51] United Nations (UNO). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. United Nations, New York. 1995. Online: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf; Stand: 19.06.2017
- [52] UN Women. Bericht der Vierten Weltfrauenkonferenz, Beijing, 4.-15.9.1995, Anlage II: Aktionsplattform, Kapitel IV: Strategische Ziele und Maßnahmen. 1995. Online: http://www.un.org/depts/german/conf/beijing/anh_2_3.html#iv-c; Stand: 19.06.2017