

DMW

Schwangerschaften bei Jugendlichen

Üblicherweise werden Schwangerschaften in verschiedenen Lebensphasen der Frau nicht besonders bezeichnet. Eine Ausnahme bilden die Schwangerschaften in den ersten Jahren der körperlichen Reife und sozioökonomischen Abhängigkeit. Minderjährigen-, Adoleszenten- oder Jugendlichen-Schwangerschaft betonen jeweils juristische, biologische oder soziologische Aspekte, während der Begriff »Teenager-Schwangerschaft« einen durch sprachliche Willkür festgelegten Altersbereich umfaßt.

Genau Zahlen über die Schwangerschaften bei Jugendlichen fehlen. Allerdings vermitteln die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes über die Lebend- und Totgeburten (persönliche Mitteilung) eine ungefähre Vorstellung. In den Jahren 1950, 1960, 1970 und 1978 registrierte man bei den unter 20jährigen (Zahlen für die unter 18jährigen in Klammern) 29 818 (4177), 45 071 (6793), 70 666 (13 413) und 40 054 (7858) Geburten einschließlich Totgeburten. Die altersspezifische Geburtenzahl, das heißt die Geburtenzahl pro 1000 Frauen dieser Altersgruppe, betrug in den genannten Jahren bei den 15- bis 19jährigen (15- bis 17jährige in Klammern): 17,5 (3,9), 24,9 (6,2), 36,2 (11,4) und 16,4.

Die altersspezifischen Geburtenzahlen stiegen von 1950 bis 1970 bei den unter 20jährigen um das Zweifache und bei den unter 18jährigen um das Dreifache. Danach folgte bis zum Jahre 1978 eine Rückkehr auf die Werte von 1950; das dürfte als Folge einer verbesserten Kontrazeption sowie einer Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche zu erklären sein. Allerdings ist dieser Rückgang bei den unter 18jährigen nicht ganz so ausgeprägt.

Die Zahl der legalen und illegalen Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen dagegen bleibt im Dunkeln. Nach neuesten Angaben des Statistischen Bundesamtes werden etwa 5% der gemeldeten legalen Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik Deutschland bei Minderjährigen durchgeführt; doch muß die bekannte Untererfassung mitberücksichtigt werden. Bereits vor der Änderung des § 218 StGB nahmen in Bayern zwischen 1966 und 1976 die legalen Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen vor allem aus medizinisch-psychiatrischer Indikation sprunghaft zu (6). In England führte man 1973 24% und in Schweden 23% der Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen unter 18 Jahren durch (10). In den USA werden jährlich etwa 1 Million Teenager schwanger, das heißt ein Zehntel aller Frauen der Alters-

gruppe von 15 bis 19 Jahren. Hinzu kommen jährlich etwa 30 000 Schwangerschaften bei den unter 15jährigen. Das Schicksal dieser Teenager-Schwangerschaften war im Jahr 1974 wie folgt: 28% eheliche Geburten bei vorehelicher Konzeption, 10% eheliche Geburten bei ehelicher Konzeption, 21% ledige Mütter, 27% Schwangerschaftsabbrüche und 14% Fehlgeburten (1). Somit entstammen 20% aller Lebendgeburten in den Vereinigten Staaten von Teenager-Müttern (15).

Verglichen mit der Bundesrepublik Deutschland liegt die altersspezifische Fruchtbarkeit in den USA etwa dreimal höher bei den unter 20jährigen und etwa sechsmal höher bei den unter 18jährigen; die Unehelichkeitsrate für beide Altersgruppen ist etwa fünf- bis sechsmal höher (15). Dadurch erhält das Problem der Schwangerschaft bei Jugendlichen in den USA allein schon zahlenmäßig eine viel größere Bedeutung. Die Unterschiede in beiden Ländern gehen vor allem auf die farbigen Jugendlichen zurück. Deren gegenüber Weißen zwei- bis dreimal höhere altersspezifische Geburtenzahl ist für die USA bevölkerungspolitisch von allergrößter Bedeutung. Den aus Teenager-Schwangerschaften auch erwachsenden gesundheitspolitischen Problemen versucht man durch Verbreitung der Gedanken und Methoden der Familienplanung mit großem materiellem Aufwand und Pragmatismus zu Leibe zu rücken. 1977 berieten und behandelten 5300 von privaten oder öffentlichen Trägern unterstützte Family Planning Services 4,2 Millionen Frauen (davon ein Drittel Teenager) in Family Planning sowie Abortion Clinics, wofür 253 Millionen Dollar aufgewendet wurden (16). Im selben Jahr wurden 1,3 Millionen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, wiederum ein Drittel davon bei Teenagern. 59% der Abbrüche erfolgten in Ballungsgebieten von Großstädten (4).

Im Gefolge dieser Entwicklung hat seit Beginn der sechziger Jahre die wissenschaftliche Erforschung der Ursachen von Schwangerschaften bei Jugendlichen sowie der medizinischen und sozialen Folgen für Mütter und Kinder einen Aufschwung erfahren. Galten nicht verheiratete jugendliche Schwangere als schwachsinnig oder haltlos oder zog man wirtschaftliche, familiäre, rassische, (sub-)kulturelle Einflüsse, seit der Nachkriegszeit auch psychologische und psychiatrische Auffälligkeiten oder ein permissives Sexualverhalten zur Erklärung heran (17), so weiß man heute, daß Schwangerschaften bei Jugendlichen in allen Gesellschaftsschichten zu beobachten sind (5). Das erklärt sich wohl unter anderem aus den verfügbaren Lösungsmöglichkeiten bei einem Schwangerschaftskonflikt, die offenbar sozialschichtabhängig sind. Jugendliche Unterschichtmütter tragen diese

Schwangerschaften eher aus, während Mädchen höherer Sozialschicht bei Eintritt einer unbeabsichtigten Schwangerschaft eine Mußheirat eingehen oder einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen (18).

Mit der Vorverlegung des durchschnittlichen Menarchealters in Europa tritt die biologische Reife derzeit um das 13. Lebensjahr ein. Tiefgreifende Veränderungen in unserer Gesellschaft haben den Sozialisationsprozeß verlängert. Zwischen den Beginn der sexuellen Reife einerseits und der sozialen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit andererseits hat sich ein Zeitraum von etwa 4 Jahren, bei der studentischen Jugend gar von über 10 Jahren geschoben. Spätestens aber mit den neuen Einsichten in die Sexualität und ihrer veränderten Bewertung ist das Tabu der sexuellen Enthaltbarkeit vor der Ehe vom Ansturm der veränderten Zeitläufte hinweggefegt worden. Es besteht kein Zweifel: Immer mehr Jugendliche nehmen zunehmend früher sexuelle Beziehungen auf. Damit ist die zweite Voraussetzung für die Entstehung von Schwangerschaften gegeben.

Auch hier liegen aus den USA genaue Untersuchungsergebnisse vor. Von 21 Millionen junger Leute im Alter von 15 bis 19 Jahren sind rund die Hälfte, etwa 11 Millionen koituserfahren: 7 Millionen Jungen und 4 Millionen Mädchen. Von den etwa 8 Millionen 13- bis 14jährigen nimmt man an, daß etwa 20% bereits Geschlechtsverkehr hatten (1).

In einer nationalen Zufallsstichprobe von 4240 farbigen und weißen Mädchen zwischen 14 und 19 Jahren hatten 21,2% ihren ersten Geschlechtsverkehr vor dem 17. Lebensjahr und 46,1% vor dem 20. Lebensjahr. Fünf Jahre später lauteten die entsprechenden Zahlen bei einer Stichprobe von 2193 Mädchen 20% und 66%. Insgesamt sank der Median des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr von 18,7 Jahren 1971 auf 18,1 Jahre bei der Untersuchung 1976 (19).

Von den 18- bis 19jährigen Mädchen – so zeigen die Ergebnisse der 1976iger Studie – werden fast 20% innerhalb der ersten 6 Monate nach Aufnahme sexueller Beziehungen schwanger. Die Hälfte der vorehelichen Teenager-Schwangerschaften tritt in den ersten 6 Monaten nach Aufnahme sexueller Beziehungen ein, mehr als 20% sogar bereits im ersten Monat. Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb der ersten sechs Monate nach Aufnahme sexueller Beziehungen schwanger zu werden, ist bei Mädchen mit einem Kohabitäralter unter 15 Jahren zweimal höher verglichen mit jenen, die den ersten Geschlechtsverkehr im Alter von 18 oder 19 Jahren vollziehen (2). Entsprechende Untersuchungen über das Sexualverhalten Jugendlicher und das Schwangerschaftsrisiko liegen hierzulande noch nicht vor¹. Gleiches gilt für andere europäische Länder.

¹ An der Familienplanungsstelle der Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Prof. Dr. K. Richter) wird derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit zusammen mit einem Meinungsumfrageinstitut eine repräsentative Zufallsstichprobenuntersuchung in bundesdeutschen Haushalten bei 1000 Mädchen und 500 Jungen im Alter von 14–17 Jahren unter Einbeziehung eines Elternteils dieser Jugendlichen unter der Projektbezeichnung »Sexual- und Kontrazeptionsverhalten aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern« durchgeführt.

Das Schwangerschaftsrisiko im Einzelfall hängt davon ab, ob, wann und wie sexuelle Beziehungen aufgenommen und unterhalten werden und inwieweit die gegebene Fruchtbarkeit durch schwangerschaftsverhütende Mittel überlistet wird, also von den jeweiligen Determinanten des Sexual- und Kontrazeptionsverhaltens. Amerikanische Autoren wiesen die signifikante Bedeutung der Familienstruktur, der Berufserwartung der Jugendlichen, der Ausbildung und des Alters des Vaters für die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme sexueller Beziehungen bei Adoleszenten nach. Das Kontrazeptionsverhalten soll vom Berufsabschluß der Mutter und der Qualität der Mutter-Tochter-Kommunikation wesentlich mitbestimmt sein (19). Immer wieder wird eine oft geradezu als erschreckend empfundene Unkenntnis der Reproduktionsphysiologie mitgeteilt. In einer prospektiven Fallkontrollstudie bei Mädchen unter 18 Jahren in München fanden sich auffällige Unterschiede zwischen der schwangeren Untersuchungs- und der nicht schwangeren Kontrollgruppe bezüglich der Familiensituation, der Beziehung zu den Eltern, der Erziehung, der Sexualaufklärung und des Sexual- und Kontrazeptionsverhaltens (12), während sich im Gießen-Test keine signifikanten Unterschiede zeigten (9). Mit einer ganz anderen Methode forschte Merz (7) bei 30 minderjährigen Schwangeren nach den Ursachen angeblich nicht beabsichtigter Schwangerschaften. Seine psychoanalytischen Untersuchungen scheinen den allenthalben geäußerten Verdacht zu belegen, wonach die Schwangerschaft bei Jugendlichen kein zufälliges, unerwünschtes Ereignis sei. Vielmehr entspränge sie unbewußten archaischen Bedürfnissen der Jugendlichen. Demnach wäre die Adoleszenten-Schwangerschaft ein Austragungsmodus unbewußter Konflikte, zum Beispiel des Lösungskonfliktes, der Bedrohung der narzistischen Homöostase und der Auseinandersetzung mit der Realität des Todes, wobei es sich um »Teilaspekte eines im Komplex der gesamten Adoleszenz zu verstehenden Geschehens« handeln soll.

Die Schwangerschaft wäre dann, ähnlich dem Selbstmord Jugendlicher, als ein gravierendes Symptom eines mißlungenen Sozialisationsprozesses anzusehen. Diesen Jugendlichen gelingt es aus unterschiedlichen Gründen nicht, ihr Sexual- und Kontrazeptionsverhalten mit den gestiegenen Anforderungen der Gesellschaft bis zum Erreichen seelischer, sozialer und materieller Selbständigkeit in Einklang zu bringen. Reife und Erwachsensein werden ja nicht allein durch biologische Kriterien wie Schwangerwerden und Gebären, sondern durch soziale und wirtschaftliche Faktoren bestimmt. Daher sind in den industrialisierten Gesellschaften Europas im Alter von 15 bis 19 Jahren nur etwa 5% der Frauen verheiratet, in Amerika dagegen etwa 20%, in Asien etwa 30% und in Afrika gar etwa 40% (10).

Das Schicksal der jugendlichen Schwangerschaft hängt von der Beurteilung der Beteiligten, der Schwangerschaftsdauer und der Verfügbarkeit alternativer Lösungsmöglichkeiten, aber auch der näheren und ferneren Umgebung ab. Die jugendliche Schwangere beurteilt ihre Schwangerschaft nach den Umständen der Entstehung, nach der Art der Partnerbeziehung, nach der bewußten oder unbewußten Bedeutung für sie selbst, den damit erreichbaren Zielen (zum Beispiel Lösung von Zuhause) und wohl erst zuletzt nach ihrem eigenen sozia-

len Entwicklungsstand. Für den Partner sowie die nähere und weitere Umgebung kommen deren eigene Beziehung zu Jugendlichen, das Ausmaß der Auswirkungen auf die eigene Lebensgestaltung und die vorherrschende Einstellung zur Schwangerschaft und zum Kind hinzu. Nach Auffassung verschiedener Autoren gilt die unerwünschte Schwangerschaft bei Jugendlichen – von wem unerwünscht? – als Indikation zum Abbruch schlechthin (3), eine Auffassung, der wir auch mit Blick auf die Hintergründe der Konzeption mit großem Vorbehalt gegenüberstehen.

Wegen der emotionalen, materiellen oder (und) sozialen Abhängigkeit, vor allem von den Eltern, vermag die Jugendliche im allgemeinen das weitere Schicksal der Schwangerschaft in noch geringerem Maße selbst zu bestimmen als die erwachsene Schwangere. Gegen ihren Willen kann sie nicht zum Schwangerschaftsabbruch gezwungen werden. Beim Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch genügt die schriftliche Einwilligung der Minderjährigen. Die Zustimmung der Eltern ist nicht erforderlich, sie einzuholen jedoch ratsam (11, 14).

Medizinische Risiken spielen im Einzelfall bei der Entscheidung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft so gut wie keine Rolle. Die Mortalitätsrate jugendlicher Mütter ist deutlicher höher als beim Schwangerschaftsabbruch. Der Schwangerschaftsabbruch scheint aber trotz des geringen medizinischen Risikos keine »banale Operation« zu sein, sondern »ein schwerwiegender Eingriff in die psychische Ökonomie« der Jugendlichen, was besonders bei erneuter Schwangerschaft nach einem Abbruch deutlich wird (7). Beim Austragen der Schwangerschaft ist amerikanischen Untersuchungen zufolge das Risiko für die Mütter höher als bei Frauen anfangs der zwanziger Jahre (10). Unveröffentlichte Daten der Münchner Perinatalstudie der Jahre 1976 und 1977 belegen für jugendliche Mütter, verglichen mit 20- bis 23jährigen, eine wesentlich höhere Mortalität. In der Risikogruppe der unter 17jährigen allerdings war kein mütterlicher Todesfall zu verzeichnen. Die kindliche perinatale Mortalität war in beiden Altersgruppen gleich. Allenfalls wird ein um den Faktor 1,5 höheres Risiko einer Totgeburt bei den unter 18jährigen Müttern bundesweit im Jahre 1978 aus Angaben des Statistischen Bundesamtes erkennbar, verglichen mit den 20- bis 24jährigen Müttern. In Übereinstimmung mit der Literatur fanden sich in der Münchner Perinatalstudie untergewichtige Kinder (unter 2500 g) bei Minderjährigen fast doppelt so häufig wie bei den 20- bis 23jährigen (8). Die Altersgruppe der 20- bis 25jährigen Frauen gilt bekanntlich sowohl für Mütter als auch für Kinder als mit dem geringsten Risiko behaftet. Nach der Geburt weisen Kinder von Teenager-Müttern innerhalb des ersten Lebensjahres eine deutlich höhere Mortalitätsrate auf (1).

Bei allen Studien über die kindliche und mütterliche Mortalität und Morbidität bei Schwangerschaften Jugendlicher läßt sich die Bedeutung sozialer Faktoren

und deren Einfluß auf das altersabhängige Risiko nur schwer abschätzen. So nahmen beispielsweise in der Münchner Perinatalstudie 95% der Minderjährigen (unter 18 Jahre) an der Schwangerenvorsorge teil; allerdings ist die Gesamtzahl der Untersuchungen etwas geringer und der Zeitpunkt der ersten Untersuchung später als bei einer älteren Kontrollgruppe. Dagegen beteiligen sich in den USA 20- bis 24jährige Frauen zweimal häufiger als schwangere Teenager an der Schwangerenvorsorge; nur etwa 25% der unter 18jährigen und 50% der 18- bis 19jährigen sind krankenversichert (1).

Der Abbruch der Schulausbildung und die erhöhte Scheidungsrate bei früherer Mußheirat belegen beispielhaft die schwerwiegenden sozialen Folgen, die durch das Austragen der Schwangerschaft bei Jugendlichen entstehen.

Literatur

- (1) Alan Guttmacher Institut: 11 Million Teenagers. Veröffentlichung des Instituts, 515 Madison Ave, New York, N. Y. 10023
- (2) Chilman, C. S.: Adolescent and Sexuality in a Changing American Society. Social and Psychological Perspectives. U.S. Dept. Health, Education and Welfare, NIH Publication No. 80-1426 (1980).
- (3) Eicher, W., V. Herms: Psychosoziale Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. In Lau, H. (Hrsg.): Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch (Demeeter: Gräffelfing 1976), 125.
- (4) Forrest, J. D., E. Sullivan, Ch. Tietze: Abortion in the United States, 1977-1978. Fam. Plan. Perspect. 11 (1979), 329.
- (5) Hollingsworth, D. R., A. K. K. Kreutner: Teenage pregnancy. New Engl. J. Med. 303 (1980), 516.
- (6) Lohmüller, B., I. Schmid-Tannwald: Der legale Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen in Bayern von 1966 bis 1976. 1. Wissenschaftliche Sitzung der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin, Heidelberg 1980.
- (7) Merz, M.: Unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch in der Adoleszenz. Eine psychoanalytische Untersuchung (Huber: Bern-Stuttgart-Wien 1979).
- (8) Mosler, G., I. Schmid-Tannwald, K. H. Selbmann: Zur Frühgeburtlichkeit bei Minderjährigen. Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Graz 1979.
- (9) Müller, M. A., C. Johnson, I. Schmid-Tannwald, Ch. Förster: Psychologische Untersuchung mit dem Gießen-Test bei minderjährigen Schwangeren. 1. Wissenschaftliche Sitzung der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin, Heidelberg 1980.
- (10) Population Report: Adolescent fertility. Risks and consequences. Series J., Nr. 10, July 1976.
- (11) Schlund, G. H.: Können Eltern einer minderjährigen Tochter dem Schwangerschaftsabbruch widersprechen? Geburtsch. u. Frauenheilk. 40 (1980), 834.
- (12) Schmid-Tannwald, I.: Prädisponierende Faktoren für unerwünschte Schwangerschaften bei Minderjährigen? In Huber, A. (Hrsg.): Probleme der Kontrazeption bei der Jugendlichen (Excerpta Medica: Amsterdam-Oxford-Princeton 1980), 8.
- (13) Schwab Zabin, L., J. F. Kantner, M. Zelnik: The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse. Fam. Plan. Perspect. 11 (1979), 215.
- (14) Spann, W.: Rechtsfragen bei der Behandlung minderjähriger Mädchen. Fortschr. Med. 96 (1978), 605.
- (15) National Center for Health, Statistics, 1978.
- (16) Torres, A.: Organized Family Planning Services in the United States, 1976-1977. Fam. Plan. Perspect. 11 (1979), 342.
- (17) Vincent, C. E.: Teenage unwed mothers in American society. J. soc. Issues (N. Y.) 22 (1966), 22.
- (18) World Health Organization: Pregnancy and the unmarried girl. WHO-Chronicle 30 (1976), 108.
- (19) Zelnik, M., J. I. Kim, J. F. Kantner: Probabilities of intercourse and conception among US teenage women, 1971 and 1976. Fam. Plan. Perspect. 11 (1979), 177.

Dr. I. Schmid-Tannwald
Familienplanungsstelle
Universitäts-Frauenklinik
Klinikum Großhadern
8000 München 70, Marchioninstr. 15