

Teenage-Schwangerschaften

Von H. Kahl, R. L. Bergmann und G. Röseler

Einleitung

Schwangerschaften im Teenage-Alter sind größtenteils ungeplant und stellen die Betroffenen vor die Entscheidung, das Kind gewollt oder ungewollt auszutragen oder die Schwangerschaft zu unterbrechen [1]. Zudem reagiert die Umgebung oft negativ auf die Tatsache der Schwangerschaft. Auseinandersetzungen mit den Eltern, eine oft ungesteigerte Beziehung zum Partner, eine Unterbrechung der Schule oder Ausbildung bewirken vielfältige emotionale und psychische Belastungssituationen. Verantwortung für ein Kind zu übernehmen, bei einer selbst noch nicht abgeschlossenen Persönlichkeitsentwicklung und ökonomischen Unselbständigkeit, bedeutet oft eine Überforderung. Daraus können sich auch nachteilige Folgen für das Kind ergeben, wie Entwicklungsstörungen oder ein erhöhtes Risiko für Mißhandlungen [2]. Mit der frühen Mutterschaft verschlechtern sich auch die Möglichkeiten für ein berufliches und gesellschaftliches Fortkommen, so daß die junge Mutter und ihr Kind häufig in einen sozialen »Fürsorgekreislauf« geraten, den sie schwer durchbrechen können.

Auch wenn die Risikogruppe von Teenage-Schwangerschaften in Deutschland zahlenmäßig gering ist, erfordert sie aufgrund der aufgezeigten Problemsituation besondere Unterstützungsmaßnahmen, die sowohl die werdende Mutter als auch die weitere Beratung und Betreuung von Mutter und Kind betreffen sollten. Somit ist diese spezielle Zielgruppe mit ihren Besonderheiten bei der

Gesundheitsförderung junger Familien mit zu berücksichtigen [3].

Der Begriff »Teenage-Schwangerschaft« oder »School aged pregnancy« bezieht sich auf die Altersgruppe der zwölf- bis 18jährigen Mädchen. In Statistiken ist meist die Gruppe der unter 15jährigen und der 15- bis 18jährigen ausgewiesen. International ist eine Differenzierung in die Altersgruppen 15-17 Jahre und 18-19 Jahre gebräuchlich.

Geburten und Schwangerschaftsabbrüche bei unter 18jährigen Mädchen

Geburtenrate

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Anzahl der Lebendgeborenen in den vergangenen Jahrzehnten von 1,3 Millionen Kinder (1960) auf 866 000 (1980) und weiter auf 798 000 (1993) gesunken. Mit diesem Rückgang der allgemeinen Geburtenziffer von 17,3 (1960) auf 9,8 pro 1000 Einwohner 1993 gehört Deutschland neben Italien und Spanien zu den Ländern mit den niedrigsten Geburtenraten in Europa. In der Altersgruppe der unter 18jährigen ist die absolute Zahl der Lebendgeborenen ebenfalls gesunken. 1977 wurden 31 472 Kinder lebend geboren, 1992 betrug die Zahl der Lebendgeborenen nur noch 9899. So sank beispielsweise von 1970 bis 1990 die altersspezifische Geburtenziffer bei den 17jährigen von 26,2 Geburten/1000 Frauen auf 8,3 Geburten/1000 Frauen dieser Altersgruppe. Die Entwicklung in weiteren Altersgruppen veranschaulicht die Tabelle 1.

Die Ursachen für den Geburtenrückgang sind komplex. Längere Ausbildungszeiten, Veränderungen in den Familienstrukturen, höhere Ansprüche an die Partnerbeziehung, die zunehmende Berufstätigkeit der Frau, fehlende Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, hohe Lebenskosten, das veränderte Verhütungsverhalten, Umwelt und Zukunftängste sowie eine subjektive andere Wertigkeit von Freizeit und Selbstverwirklichung spielen dabei eine Rolle.

Schwangerschaftsabbrüche

Rechtliche Grundlagen

Das Problem »unerwünschte Schwangerschaft« und »Abbruch« ist seit jeher in den Streit um die Persönlichkeitsrechte der Frau (Art. 2, Abs. 1 GG) und den Schutz des ungeborenen Lebens durch die Gesellschaft (Art. 2, Abs. 2, Satz 1 GG) eingebettet [4]. In der Bundesrepublik galten für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches seit 1976 bestimmte Indikationsregelungen: die medizinische, eugenische, kriminologische und die Notlagenindikation [5]. Mit dem 1993 reformierten § 218 hat sich eine Beratungsregelung durchgesetzt. Ein Rechtsanspruch auf Schwangerschaftsabbruch besteht nicht, jedoch gilt Straffreiheit bei Pflichtberatung unter bestimmten Voraussetzungen, die z. B. auch durch das sehr junge Alter der Schwangeren gegeben sein können.

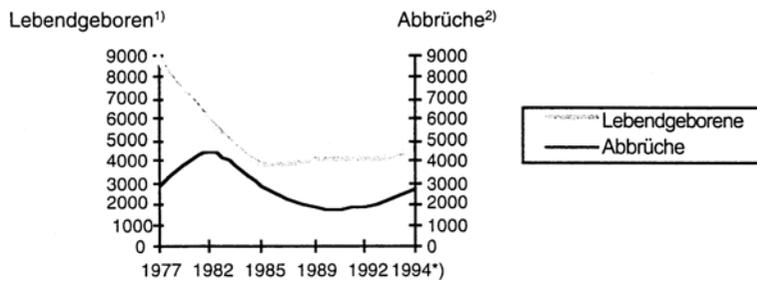
Erfassung und Häufigkeit

Seit 1974 existiert eine Meldepflicht für Schwangerschaftsabbrüche an das Statistische Bundesamt (Fachserie 12, Reihe 3) [6]. Es wird von einer erheblichen Untererfassung durch Ärzte und Kliniken ausgegangen. Gleichzeitig mit der sinkenden Anzahl der Lebendgeborenen ist auch die Anzahl der insgesamt gemeldeten legalen Schwangerschaftsabbrüche zurückgegangen: im Zeitraum von 1982 bis 1991 von 14,6 % (86 529) auf 11,0 % (74 856). Bei unter 18jährigen Frauen sank die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in dieser Zeit von 3829 auf 1863 Abbrüche, dies entspricht einem Rückgang von 5 % auf 2,2 %. In dieser Altersgruppe besteht zur Zeit ein Verhältnis von fünf Geburten zu einem Abbruch im Vergleich von 7:1 bei höheren Altersgruppen. Das heißt, in der Altersgruppe der unter 18jährigen

Tabelle 1: Lebendgeborene je 1000 Frauen der nebenstehenden Altersgruppe

Alter der Mutter in Jahren	1970	1975	1980	1985	1989	1990	1993*	1994*
15	1,2	1,0	0,7	0,6	0,8	0,8	0,9	0,9
16	6,8	5,6	3,6	2,1	3,3	3,3	2,9	2,9
17	26,2	16,8	10,7	5,6	7,8	8,3	7,1	7,1
18	56,6	33,6	22,6	11,7	14,7	16,7	7,5	7,8

* ab 1993 = Deutschland (bis 1990 Geburtenziffern der alten Bundesländer)
Quelle: Statistische Jahrbücher 1971-1996



1 Alter der Mutter ermittelt als Differenz zwischen Geburts- und Berichtsjahr.
 2 Alter der Schwangeren bis unter 18 Jahre
 * = ganz Deutschland (Daten bis 1992 = alte Bundesländer)
 Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten der Statistischen Jahrbücher 1979–1996 des Statistischen Bundesamtes

Abbildung 1: Entwicklung der Lebendgeborenenzahlen 1 (absolut) in der Altersgruppe der unter 18jährigen Frauen im Vergleich zu Schwangerschaftsabbrüchen 2 (absolut) von 1977 bis 1992.

schwangeren Frauen werden weniger Schwangerschaften ausgetragen als in den anderen Altersgruppen. Da es sich meist um eine Erstschwangerschaft handelt, sind die Frauen mit einem besonders hohen Risiko für Nachfolgekomplicationen in bezug auf ihre spätere Fertilität und den Verlauf weiterer Schwangerschaften behaftet [7]. Ost-West-Unterschiede bei der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch untermauern die Bedeutung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen insbesondere im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Der Abbruch der ersten Schwangerschaft ist in den alten Bundesländern häufiger, während in den neuen Bundesländern die dritte bzw. letzte Schwangerschaft abgebrochen wird [1] (Abb. 1).

Internationaler Überblick

In den letzten Jahrzehnten ist in fast allen europäischen Ländern die Geburtenrate gesunken. Die höchsten Raten mit 13 Geburten/1000 Einwohner weisen Norwegen, Dänemark und Finnland auf, die niedrigsten mit ca. neun Geburten pro 1000 Einwohner Spanien, Italien und Deutschland. Nur noch 2–6 % aller Geburten entfallen auf Mütter unter 20 Jahre; 8 % beträgt dieser Anteil in Kanada, in den USA 13 %. Dabei nimmt die durchschnittliche Anzahl von geborenen Kindern pro Frau (15–44 Jahre) immer weiter ab. Eine einfache Reproduktion ist damit kaum noch gewährleistet und mit steigender Lebenserwartung wird sich das Problem der »Überalterung« weiter verschärfen. Positiv hat sich die Säuglingssterblichkeit entwickelt. 1994 bewegte sie sich auf einem

Niveau zwischen 4,4 ‰ (Schweden) und 7,6 ‰ (Belgien) (Tab. 2).

Die unterschiedliche Rechtslage in den einzelnen Ländern macht es schwierig, international den Trend bei Schwangerschaftsabbrüchen zu vergleichen [8]. Die Spanne reicht vom absoluten Verbot eines Abbruchs, von der Zulassung bestimmter Indikationen bis hin zur Regelung eines straffreien Abbruchs auf Wunsch der Frau [9, 10] und wirkt sich somit auch auf die erfassten Zahlen aus. In den meisten westeuropäischen Län-

dern wird rund die Hälfte der Schwangerschaftsabbrüche bei den jungen Frauen der Altersgruppe 20–30 Jahre vorgenommen, so auch in Deutschland. Die Niederlande, mit der liberalsten Gesetzesregelung für einen Schwangerschaftsabbruch und zudem einer zielgerichteten Sexualaufklärung, weisen die geringsten Abbruchraten auf.

Mit 113 Schwangerschaften auf 1000 Frauen der Altersgruppe 15–19 Jahre hatten 1988 die USA die höchste Schwangerschaftsrate unter den westlichen Ländern, zweimal so hoch wie England und Wales, Frankreich und Kanada, dreimal höher als die Rate in Schweden und siebenmal so hoch wie in den Niederlanden. 1994 verringerte sich diese Zahl der Teenage-Schwangerschaften in den USA auf ca. 90 Schwangerschaften pro 1000 der Altersgruppe. Ein Großteil dieser Schwangerschaften wird nicht ausgetragen [11]. 1989 hatten von den jungen Mädchen unter 15 Jahre 46 % die Schwangerschaft mit einem Abbruch beendet, 36 % waren es in der Altersgruppe 18–19 Jahre (U. S. Department of Human Services 1993). Insgesamt entfallen 25 % aller Aborte auf Frauen unter 20 Jahre. Ethnische Unterschiede sind deutlich nachweisbar. Schwarze und spanische Mädchen werden in diesem Alter häufiger schwanger und haben mehr Aborte als weiße. Nach dem National Family Growth Survey

Tabelle 2: Internationaler Vergleich der Geburtenrate, Fertilität, Geburtenhäufigkeit bei Müttern unter 20 Jahre und Säuglingssterblichkeit 1993/94 (ausgewählte Angaben)

Land	Geburtenrate	Totale Fertilität	Geburten (%) von Frauen	Säuglingssterblichkeit < 20 Jahre
Norwegen (1993)	13,7	2,0	4	5,0
Dänemark (1993)	13,4	1,7	2	5,7
Finnland	13,0	1,8	2	4,7
England (UK)	12,9	1,9	6	6,2
Schweden	12,6	2,1	3	4,4
Frankreich (1993)	12,3	1,8	2	6,5
Niederlande	12,1	1,7	3	5,6
Belgien	11,9	1,7	6	7,6
Schweiz	11,9	1,7	2	5,1
Österreich	11,6	1,5	6	6,3
Deutschland (ges.)	9,4	1,5	3	5,6
Italien	9,3	1,3	4	6,6
Spanien (1922)	9,2	1,4	8	6,7
Kanada*	13,2	1,8	8	6,2
USA	15,3	2,1	13	8,0

* vorläufige Daten
 [Quelle: Myron E. Wegman, MD: Infant Mortality: Some International Comparisons, Pediatrics 98, 6 (1996) 1022]

(NSFG) 1988 waren die Abbrüche bei schwarzen Teenagern mit 5,1 % doppelt so hoch wie bei weißen Mädchen mit 2,8 % [13].

Eine Auswertung von insgesamt 89 096 Krankenhausdaten über den Zeitraum von 19 Jahren, 1975–1993, durch Amini et al. zeigt eine ähnliche Relation [14]. Von 2,7 % aller Geburten in der Altersgruppe 12–15 Jahre kamen 4,1 % der Geburten auf schwarze, 2,4 % auf spanische und 1,6 % auf weiße Teenager. Von den 25,3 % Geburten in der Altersgruppe 16–19 Jahre entfielen 28,1 % der Geburten auf schwarze Frauen, 24,7 % auf Hispanics und 23,1 % auf Weiße. Die Problematik der Teenage Pregnancy hat in den USA die Forschung dazu aktiviert, Risikofaktoren in dieser Altersgruppe zu finden [15]. Als solche wurden u. a. die ethnische Zugehörigkeit, Armut, das Sucht-, Sexual- und Verhütungsverhalten neben bestimmten psychischen Voraussetzungen (z. B. geringes Selbstbewusstsein) identifiziert [16, 17]. In einer Vergleichsstudie zwischen USA und England wurde versucht, Bereiche und Faktoren zu ermitteln, die die Unterschiede in der Anzahl der Teenage-Schwangerschaften in beiden Ländern erklären könnte [18]. Dazu gehören unterschiedliche Strukturen in der Gesundheitsversorgung, unterschiedliche soziale Rahmenbedingungen und Sicherungssysteme, unterschiedliche Strategien der Sexualerziehung, die den Umgang mit Verhütungsmitteln und -methoden einschließt. Nationale Einstellungen und kulturelle Besonderheiten sind ebenfalls von Bedeutung. In den USA spielt z. B. das Problem der Vergewaltigung eine herausragende Rolle, und es wird erwogen, neue gesetzlichen Regelungen einzuführen [19].

Erstmals zeichnen sich auch in den USA seit 1995 Erfolge in der Präventionsarbeit der Familienplanung ab. Während 1991 von den 15–19-jährigen Frauen 62,1 Kinder pro 1000 Frauen geboren wurden, fiel 1995 die Rate auf 56,9 pro 1000. Gleichzeitig verbesserte sich die Inanspruchnahme der pränatalen Fürsorge 1995 auf 81,2 % für das erste Trimester gegenüber 78,9 % im Jahr 1993 [20]. Durch einen internationalen Vergleich sind durchaus Rückschlüsse auf die Effektivität von sexualerzieherischen Maßnahmen und der medizinischen Vorsorge möglich, wobei der jeweilige nationale, ethnische, kulturelle und soziale Hintergrund zu berücksichtigen ist.

Risiken der Teenage-Schwangerschaft und -Geburt für Mutter und Kind

Schwangerschafts- und Geburtsrisiko

Zu gesundheitlichen Gefährdungen einer Teenage-Schwangerschaft und -Geburt existieren kontroverse Aussagen. Angaben zu leichteren Geburtsverläufen und weniger operativen Eingriffen stehen Angaben über eine erhöhte Sectiorate, eine höhere Frühgeburtenrate hin zum häufigeren Auftreten einer Eklampsie gegenüber [7, 21]. Bozkaya et al. berichten ebenfalls über eine erhöhte Inzidenz an Präeklampsie, ein geringes Geburtsgewicht bei 17,2 % der Geborenen und eine vorzeitige Geburt bei 9,3 % [22]. Amini et al. werteten 69 096 Geburten über einen Zeitraum von 19 Jahren (1975–1993) aus und stellten fest, daß die Neugeborenen von Jugendlichen in der Altersgruppe 16–19 Jahre ein höheres Geburtsgewicht haben als die von über 20-jährigen Frauen Geborenen [14]. Der Sectiorate von 9,4 % bei 16–19-jährigen stehen Raten von 11,6 % bei 12–15-jährigen und 10,2 % bei den Erwachsenen gegenüber ($p < 0.001$). Im Durchschnitt hatten die 16–19-jährigen somit die besten Ergebnisse. Die unterschiedlichen Bewertungen zu erhöhten Beinrchtigungen (Hochdruck, Gestose, Frühgeburt) in der Schwangerschaft sehr junger Mütter und die erhöhte peripartale Mortalität der von diesen Müttern geborenen Kinder sind kein altersspezifisches Problem. Sie sind eher auf eine nicht ausreichende medizinische und soziale Betreuung in und nach der Schwangerschaft zurückzuführen und mit den in dieser Gruppe verstärk nachgewiesenen sozialen und gesund-

heitlichen Problemsituationen verbunden. Zackler u. Mitarbeiter haben bereits 1969 darauf hingewiesen, daß durch die vorhandene Diagnostik in der Schwangerenbetreuung, eine Beratung hinsichtlich Ernährung und Gesundheitsverhalten sowie durch eine Zusammenarbeit mit anderen nichtärztlichen Sozialeinrichtungen die Gruppe der jugendlichen Schwangeren nicht länger eine gefährdete Gruppe zu sein braucht [23]. Die Ergebnisse der Wiener Studie zur Häufigkeit von Geburtskomplikationen in unterschiedlichen Altersgruppen bekräftigen die Aussage, daß Schwangerschaft und Geburt auch bei jungen Schwangeren aus medizinischer Sicht kein Risiko darstellen [24] (Tab. 3).

Risiken für das Kind

Für Kinder jugendlicher Mütter besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, mit gesundheitlichen Problemen geboren zu werden als für Kinder älterer Erstgebärender. Die festgestellte höhere Frühgeburtslichkeit wird u. a. auf das häufiger vorkommende gesundheitsschädigende Verhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum bis hin zum Drogengebrauch bei jugendlichen Schwangeren, aber auch auf eine geringere Inanspruchnahme der Vorsorge zurückgeführt [20, 25]. Damit verbunden sind eine erhöhte perinatale Mortalität sowie eine später erhöhte Morbidität und Entwicklungsstörungen. Diese sind jedoch nicht allein durch das geringe Geburtsgewicht, sondern auch durch weitere psychosoziale Risikofaktoren im Umfeld bedingt.

Kinder jugendlicher Mütter weisen nicht nur häufiger Entwicklungsrückstände auf, sie werden auch häufiger mißhandelt [27]. Dukewich et al. ha-

Tabelle 3: Häufigkeit von Geburtskomplikationen in unterschiedlichen Altersgruppen, Studie der Universitäts-Frauenklinik Wien, 1970–1993 [nach Plöckinger et al, 1996]

Untersuchte Indikatoren	Altersgruppen	
	11–15 Jahre n = 188	Primipara 20–24 Jahr n = 4569 (Kontrollgruppe)
Schwangerschafts-Hypertonie	2,1	3,5
premature Geburtenrate	24,4	29,8
Geburtsgewicht unter 2500 g	10,1	9,1
Durchschnittl. Geburtsgewicht	3082 g	3117 g
intrauterine Retardierung	2,1	2,4
Mißbildungen	1,6	3,1
perinatale Mortalität	1,1	0,5
spontane Geburten	85,1	74,9 $p > 0,005$
Sectio	6,4	11,3 $p > 0,05$
Geburtsgewicht > 4000 g	1,1	4,3 $p > 0,05$

ben bei mißhandelten Kindern mütterliche und kindliche Risikofaktoren untersucht (soziale Unterstützung, Vorbereitung auf Elternschaft, psychologische Situation, Stress, Drogenmißbrauch, kindliches Temperament). Als strengster Indikator erwies sich die Vorbereitung auf die Elternschaft (Wissen und Einstellung zur Entwicklung des Kindes). Hinsichtlich des kindlichen Temperaments war die Kompetenz der Mutter bezogen auf die Bewältigung von Aggressionen bedeutsam [2].

Gesundheitliche und psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbrüchen

Gesundheitliche Folgen

Das Risiko eines legalen Schwangerschaftsabbruches ist in den letzten Jahrzehnten besonders durch die verbesserte OP-Technik erheblich gesunken. Nach Tietze lag in den 70er Jahren in den USA die Mortalität legaler Abbrüche bei 17 Todesfällen auf 100 000 Eingriffe (in New York bei 4/100 000 Eingriffe) [28]. In Deutschland gab es 1977 noch insgesamt acht Todesfälle, 1993 keinen Todesfall. Die Mortalität eines Abbruchs ist vom Alter der Schwangeren zum Zeitpunkt des Eingriffs und vom benutzten Verfahren abhängig. Sie liegt in den ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft niedriger als die Mortalität einer ausgetragenen Schwangerschaft mit Geburt und Wochenbett. Im Gegensatz zur stark gesunkenen Mortalität hat sich die Morbidität weniger senken lassen. Obwohl die legalen Schwangerschaftsabbrüche unter guten Bedingungen in den Krankenhäusern und Arztpraxen durchgeführt werden, sind danach auftretende Erkrankungen oft sehr langwierig. Unmittelbar nach dem Eingriff treten bei 2 % der betroffenen Frauen Komplikationen auf. Mit zunehmender Schwangerschaftsdauer steigt die Häufigkeit von Komplikationen und liegt bei Eingriffen nach der zwölften Woche bei 8 %. Die Häufigkeit von Frühkomplikationen, wie Eileiterentzündung (Salpingitis, Adnexitis), Entzündung der Gebärmutterinnenhaut oder des Muskels (Endometritis, Myometritis) und Entzündungen des Beckenbindegewebes (Parametritis) wird auf 5–10 % geschätzt. Bei den Spätkomplikationen handelt es sich im wesentlichen um die spätere Kinderlosigkeit (Sterilität durch Tubenverschuß, als Endzustand einer doppelseitigen Eileiterentzündung (Salpingitis) oder als Folge einer fieberhaften Fehlgeburt).

Man rechnet damit, daß ein großer Teil der Entzündungen der inneren Genitalorgane ursächlich Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen ist. Bei späteren gewünschten Schwangerschaften ist mit einer Verdoppelung von Fehlgeburten, Extrauteringraviditäten und einer erhöhten Frühgeburtenrate zu rechnen [7]. Die Frage eines Schwangerschaftsabbruches bei einem jungen Mädchen oder einer jungen Frau, die noch nicht geboren hat und die sich Kinder wünscht, muß besonders kritisch geprüft werden, da die Chance, später ein lebensfähiges gesundes Kind zur Welt zu bringen, deutlich vermindert ist.

Psychische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs

Problematisch ist die Bewertung von bleibenden psychischen Störungen als Folge von Abbrüchen. Inwieweit hier der Abbruch als solcher ein psychisches Trauma bewirkt hat oder ob die seelische Ausnahmesituation der ungewollten Schwangerschaft selbst ursächlich von Bedeutung ist, geht aus den Statistiken nicht hervor. Untersuchungen aus dem sozialmedizinischen Dienst der Universitäts-Frauenklinik Basel zeigen, daß bei 50 % der Frauen Schuldgefühle und in 11 % psychische Fehlhaltungen registriert wurden [7]. Barnett et al. ermittelten bei 21 % der befragten Frauen psychische Abruptionfolgen [29]. Ein wichtiger Faktor für die ungünstige psychische Verarbeitung ist ein partnerschaftlicher Dissens, vor allem dann, wenn das Mädchen oder die Frau im Gegensatz zum Freund oder Ehepartner eher zum Austragen der Schwangerschaft neigt. Die großen Unterschiede in den Häufigkeiten erklären sich durch unterschiedliche methodische Zugänge und jeweils ausgewählte Gruppen von Frauen.

Familienplanung

Veränderungen im Sexualverhalten

In Deutschland wurde in den 60er Jahren das bis dahin tabuisierte Thema der Sexualität zunehmend in der Öffentlichkeit diskutiert. Dazu trugen wesentlich die Entwicklung und Einführung der Pille bei, wodurch sich neue Möglichkeiten der Verhütung ergaben. Junge Menschen sprachen offen über Liebe, Sex, Verhütung, Kinderwunsch und Familie, so daß sich in den Formen des familiären Zusammenlebens als auch in der »Familienplanung« ein tiefgreifender Wandel vollzog. Auch das Thema Entwicklung von Kindern und Erzie-

hungsformen standen zur Diskussion, waren aber weniger eingebettet in die Betreuung und Beratung durch den Kinderarzt.

Gleichzeitig setzte in den 70er Jahren verstärkt eine Diskussion zu Schwangerschaftsabbrüchen ein, die in vielen Ländern eine Liberalisierung zur Folge hatte. Die DDR führte 1972 eine Fristenregelung ein, in der Bundesrepublik galt ab 1976 die bereits erwähnte Indikationsregelung [5, 30]. Diese Regelungen umfaßten zwar unterschiedliche ethische und rechtliche Aspekte, sollten aber u. a. die Zahl illegaler Abtreibungen vermindern helfen, die mit ihren z. T. tödlichen Folgen die Müttersterblichkeitsrate wesentlich beeinflussten.

Wachstumsbeschleunigung und Vorverlegung der sexuellen Reifeentwicklung, die Enttabuisierung sexueller Themen und neue Verhütungsmöglichkeiten hatten zudem Auswirkungen auf das Sexualverhalten. So hat sich die Aufnahme des ersten Geschlechtsverkehrs vorverlagert. Als Mittelwert wurde in einer 1994 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführten Studie 16,6 Jahre errechnet [31]. Dabei steigt im Alter von 16 bis 17 Jahren der Anteil von Jugendlichen, die über Koituserfahrungen berichten, von ca. 31 auf 61 % an und erhöht sich auf 82 % (Männer) und 94,6 % (Frauen) bei 20jährigen.

Ähnliche Veränderungen des Sexualverhaltens der Jugendlichen werden u. a. als eine Ursache für die hohe Anzahl von Teenage-Schwangerschaften in den USA diskutiert. Angaben zur sexuellen Aktivität zeigen von 1982 zu 1990, daß in der Altersgruppe 15–17 Jahre eine Steigerung von 32,2 auf 41,0 % erfolgt ist, in der Altersgruppe der 18–19jährigen eine Steigerung von 64,1 auf 74,4 %. Insgesamt geben 54,9 % der Jugendlichen bis 19 Jahre an, sexuelle Erfahrungen zu haben [12] (Tab. 4).

Kontrazeption

Verhütungsmittel sind heute leicht erreichbar, trotzdem ist der Anteil der Frauen, die ungeplant schwanger werden, sehr hoch. Ergebnisse einer neuen Studie der BZgA 1994 zum Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 16–24 Jahre) zeigen, daß bei den unter 20jährigen ca. 60 % der Schwangerschaften ungeplant waren [31]. Bei nicht geplanter erster Schwangerschaft geben zwei Drittel der befragten Frauen an, nicht

Tabelle 4: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (Angaben in %)

Alter in Jahren	Männer	Frauen
bis 13	3,3	1,2
14	6,0	8,9
15	11,9	17,7
16	26,1	26,2
17	22,6	21,8
18	17,1	12,5
19	6,2	6,7
20	4,5	3,3
> 21	2,4	1,7
missing	23,3	18,7

Quelle: BZgA: Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 3, S. 30

verhütet zu haben. In der Studie »Jugendsexualität« ermittelte Schmidt 1993, daß jedes fünfte Mädchen beim ersten Geschlechtsverkehr keine Verhütungsmittel benutzt hat (Westdeutschland 17 %, Ostdeutschland 19 %). Dies bedeutet, daß bei ungeschütztem Verkehr die Wahrscheinlichkeit für eine Frühschwangerschaft wächst [32]. Bei den gegenwärtig angewandten Verhütungsmethoden nimmt die Pille eine klare Vorrangstellung ein (68 %). Weniger als ein Drittel (30 %) benutzt das Kondom, andere Methoden spielen eine untergeordnete Rolle (jeweils unter 3 %). Die Kondomanwendung unter jüngeren Befragten ist verbreiteter als bei älteren. Als Gründe des Nichtverhütens wird von jüngeren Männern häufiger genannt, daß die Situation spontan kam (12,4 %), man aufpassen wollte (8,8 %), Alkohol getrunken hatte (6,1 %), es schon nicht passieren wird (5,4 %). Über ein Viertel (27 %) der Befragten gab an, im letzten Jahr nicht immer eine Verhütung betrieben zu haben. Folglich sollte die Aufklärungsarbeit weiter verbessert werden (Tab. 5).

Risikomerkmale

Untersuchungen zu psychosozialen Voraussetzungen einer jugendlichen Schwangerschaft haben gezeigt, daß die Gruppe »Jugendliche Schwangere« eine Vielzahl von Charakteristika aufweist. So leben diese Mädchen häufiger im Haushalt Alleinerziehender, gehören zum großen Teil zur sozialen Unterschicht, geben mangelnde Zuwendung im Elternhaus an und zeigen ein bestimmtes Suchtverhalten [25, 33, 38]. Sie sind früher sexuell aktiv, hatten zum Teil schon mehrere Sexualpartner und

verhüten kaum oder unzuverlässig [34, 35]. Über Gewalterfahrungen in der Familie und Mißbrauch wird ebenfalls häufiger berichtet [36]. Auch für die Gruppe der jungen Väter konnten ähnliche Risikoverhaltensweisen ermittelt werden wie Teilnahme an Schlägereien, Fahren unter Alkohol, bereits mehrere Sexualpartnerinnen, kaum Anwendung von Verhütungsmitteln [17, 37].

Ergebnisse aus dem 1993 durchgeführten »Swiss Multicentre Adolescent Survey« weisen ebenfalls auf Faktoren hin, die eng mit einer jugendlichen Schwangerschaft korrelieren [16]. Dazu gehören eine weniger effektive Verhütung, Verkehr mit mehr als vier Sexualpartnern, Drogengebrauch in den letzten 30 Tagen, nicht mehr im Elternhaus leben, unter Streß leiden, keine Zukunftsperspektive sehen. Harrison gibt zu bedenken, daß mangelnde elterliche Fürsorge, Unsicherheit, Unwissenheit und Gewalttätigkeit unbewußte Konfliktmotive zur Schwangerschaft sein können [16]. Dann gelte sie als Protest, um Zuwendung, Aufmerksamkeit und Selbständigkeit in welcher Art auch immer zu erlangen. Merz vertritt eine ähnliche These, nach der die jugendliche Schwangerschaft kein zufälliges Ereignis ist, sondern unbewußten Bedürfnissen entgegenkommt und Ausdruck und Symptom einer gestörten Entwicklung darstellt [34]. Die Untersuchungen verdeutlichen, daß die Problematik der »Teenage-Schwangerschaft« zwar im medizinischen Bereich vorrangig untersucht wurde, die Prädiktoren jedoch aus der sozialen und psychischen Situation der jungen Mädchen erkennbar sind.

Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation

Präventionsmodelle

Interventionsprogramme zur Reduktion von »Teenage-Schwangerschaften«

liegen insbesondere aus den USA vor. Sie konzentrieren sich vor allem auf eine Intensivierung der Sexualerziehung und bessere Beratungsmöglichkeiten in sogenannten Schul-Polikliniken [39]. Dabei wird kritisiert, daß die Schulprogramme zu wenig effektiv sind und andere Bereiche gesundheitlicher und sozialer Probleme nicht mitumfassen [40]. In der Betreuung jugendlicher Schwangerer haben Hausbesuche im Rahmen der Vorsorge die Häufigkeit von Frühgeburten reduziert [41]. Die Einbeziehung der Mütter und Kindsväter in die Betreuung hatte ebenfalls einen günstigen Einfluß auf depressive Symptome bei jungen Schwangeren [29].

Die Effektivität der Präventionsarbeit zu erhöhen, ist in den USA aus Kostengründen dringend notwendig. Es wurde errechnet, daß der Staat für die Versorgung der jungen Mütter über 21 Milliarden Dollar pro Jahr für die sozialen, medizinischen und fürsorglichen Dienstleistungssysteme ausgibt. Diese Situation erklärt sich dadurch, daß 95 % der Teenager über keine private Gesundheitsversicherung verfügt und medizinisch und sozial über Medicaid und Wohlfahrtsorganisationen versorgt wird (die »Pro life«-Bewegung in den USA, die sich gegen Schwangerschaftsabbrüche wendet, hat in einigen Bundesstaaten durchgesetzt, daß die Kostenübernahme für einen Abbruch gänzlich gestrichen wurde und somit die bereits prekäre Lage weiter verschärft wird).

Schwerpunkte der Prävention

Aufklärung über Chancen und Methoden der Familienplanung

In Anlehnung an die Ergebnisse der vorliegenden Studien »Jugendsexualität« von Schmidt 1993 und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1994 aus dem Bereich Forschung und

Tabelle 5: Planung und Verhütung vor der ersten Schwangerschaft (n= 1176)

Anwendung von Verhütung zum Zeitpunkt der Kontrazeption	Schwangerschaft war geplant %	Entscheidung war offen %	Schwangerschaft war nicht geplant* %
nein	99,7	85,1	65,8
ja	0,3	14,9	34,2

* Inkonsistent verhütende Frauen sind jünger, haben einen niedrigeren Ausbildungsstatus, waren prozentual häufiger in der ostdeutschen Stichprobe vertreten, haben zu Beginn der ersten Schwangerschaft häufiger erst eine kurze Beziehung, sind heute seltener mit dem Partner dieser Beziehung zusammen.

Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung unterstreichen, wo heute folgende Schwerpunkte gesetzt werden [1, 31, 32]:

- eine über die rein biologische Sexualaufklärung hinausgehende Ausbildung zur Partnerschaft,
- Verbesserung der Kenntnisse zur Anwendung von Verhütungsmethoden,
- Bekanntmachen der neuen Regelung im § 218 zum Zugang zu Verhütungsmitteln (Kostenübernahme für Kontrazeptiva wie Antibabypille und Spirale für junge Frauen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres).
- Verbesserung der Kenntnisse über Möglichkeiten und Gefahren eines Schwangerschaftsabbruches sowie dessen Finanzierung (nur 18 % sind über die Eigenfinanzierung des Abbruchs informiert).

Besondere Zielgruppen sind dabei Jugendliche mit niedrigem Schulabschluß, ausländische Jugendliche und Jugendliche mit gesundheitsschädigendem Verhalten. Nicht nur Schulen, auch an der Jugendarbeit beteiligte Institutionen und Träger, wie Pro familia, Mädchenberatungsstellen, Jugendeinrichtungen und kirchliche Institutionen sollten ihre Arbeit an den o. g. Schwerpunkten orientieren.

Verbesserung der Vorsorge für jugendliche Schwangere und Unterstützung bei der Betreuung und Erziehung des Kindes

- Informationsabende für werdende und junge Mütter/Väter in Schulen, Gemeindezentren und Sozialeinrichtungen anbieten (Elternschulen).
- Vorsorgeuntersuchungen stärker nutzen, um Kenntnisse über Schwangerschaft und Geburt zu vermitteln, verstärkt Einfluß auf das Gesundheitsverhalten bzw. Suchtverhalten der jungen Schwangeren zu nehmen und Unterstützung bei Konflikten (Schule, Familie) anzubieten.
- In der Mütterberatung mehr Kenntnisse zur Entwicklung und Betreuung des Kindes vermitteln (u. a. Vorbeugung von Mißhandlungen). Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (Jugendhilfe, Sozialeinrichtungen) ist auszubauen.
- Beratungskompetenz des Kinderarztes verbessern.

Aus- und Weiterbildung

Erzieher, Lehrer und Ärzte sind durch entsprechende Aus- und Weiterbildung in die Lage zu versetzen, auf sexualbiologische und sexualerzieherische Themen besser einzugehen und ein größeres Spektrum von Problemsituationen in

bezug auf Partnerschaft in eine Beratung mit einzubeziehen. Eine Untersuchung bei praktischen Ärzten in England zeigte, daß sie auf das Problem einer jugendlichen Schwangerschaft nicht vorbereitet sind [42]. Die Erhöhung der Beratungskompetenz bezieht sich dabei besonders auf Fragen der Familienplanung und Konfliktschwangerschaften. Auch andere Personenkreise (Mitarbeiter der Jugendhilfe, von Jugend- und Sozialeinrichtungen etc.) sollten eine entsprechende Weiterbildung erfahren.

Forschung

Die Einrichtung eines Arbeitsbereiches zur Sexualaufklärung und Familienplanung 1992 in der BZgA hatte eine Schubwirkung im interdisziplinären Diskurs über Sexualität, Kontrazeption und Familienplanung zur Folge. Die im Text erwähnten Ergebnisse zum Sexualverhalten, zum Verhütungsverhalten, zur Aufklärungsarbeit verschiedenster Institutionen sollten Grundlage für neue Präventionstrategien sein und weitere Forschungen anregen.

Literatur:

Das Literaturverzeichnis kann bei der Verfasserin, Dr. Heidrun Kahl, angefordert werden.

Anschrift der Verfasserinnen:

Dr. Heidrun Kahl, Renate L. Bergmann und Gabriele Röseler, Robert Koch-Institut, Postfach 650280, 13302 Berlin

Geschlechtsdifferenzen bei Mehrfacherkrankungen

Von J. Grimm, E. Bittner und G. Wiesner

Zusammenfassung

Die gesundheitliche Situation der männlichen Bevölkerung ist trotz insgesamt niedrigerer Prävalenzraten an multimorbiden Zuständen gegenüber der weiblichen Bevölkerung ungünstiger zu beurteilen:

- Im jüngeren Erwachsenenalter haben die Männer höhere Prävalenzraten an multimorbiden Zuständen als die Frauen.
- Die männliche multimorbide Population hat ein um 5,25 Jahre niedrigeres durchschnittliches Krankheitsalter als die weibliche Krankenpopulation.

- Prognostisch ungünstigere multimorbide Profile kommen in der männlichen Krankenpopulation häufiger vor.

Zu den Folgen der epidemiologischen Transition gehören u. a. ein sozialer Bedeutungswandel von Gesundheitsrisiken, eine Ausdehnung des Krankheitsbegriffs und eine zunehmende Differenzierung pathischer Zustände sowie ein Trend von der Heilung zur Verlängerung des Lebens mit der Krankheit. Eine positiv geleitete Explikation der höheren Morbiditätsraten bei der weiblichen Bevölkerung eröffnet einen inhaltlich

konsistenten und logischen Zugang zur Erklärung der gesundheitsbezogenen geschlechtsdifferenzen Kenngrößen wie Lebenserwartung und Sterblichkeit.

Einführung

Frauen und Männer sind hinsichtlich vieler Gesundheitsprobleme unterschiedlich belastet. Die Unterschiede im Gesundheitszustand der männlichen und weiblichen Bevölkerung sind dabei erheblich, wie u. a. an der beträchtlichen Lebenserwartungsdifferenz von 6,5 Jahren zuungunsten der Männer aus der Sterbetafel 1993/95 für die Bundesrepu-