

Jugendschwangerschaften in Deutschland

Ergebnisse einer Studie mit 1801 schwangeren Frauen unter 18 Jahren

Gunter Schmidt, Elke Thoß, Silja Matthiesen, Sigrid Weiser, Karin Block, Svenja Mix

Übersicht: Im internationalen Vergleich ist die Rate von 8–9 Schwangerschaften per 1000 15- bis 17-jährige Frauen in Deutschland eher niedrig. Die vorliegende Studie an 1801 minderjährig Schwangeren sollte klären, bei welchen Zielgruppen und in welcher Hinsicht die Prävention ungewollter Jugendschwangerschaften noch verbessert werden kann. Die zentralen Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen: (1) Soziale Benachteiligung (niedrige Schulbildung, Arbeitslosigkeit/fehlender Ausbildungsplatz) erhöht die Wahrscheinlichkeit von Jugendschwangerschaften; (2) Anwendungsfehler bei Kondom und Pille sind eine unerwartet häufige Ursache solcher Schwangerschaften; (3) sexuelle und emotionale Unvertrautheit der Partner erhöhen das Risiko ungewollter Schwangerschaften ebenso wie (4) Konstellationen, in denen die sexuelle Selbstbestimmung und die Verhandlungsposition der Frau prekär sind; (5) die „Pille danach“ spielt bisher eine zu geringe Rolle in der Prävention von Jugendschwangerschaften; (6) sozial benachteiligte junge Frauen tragen ungeplante Schwangerschaften besonders häufig aus. Konsequenzen der Ergebnisse für die Prävention werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Jugendschwangerschaften; Jugendsexualität; Prävention ungewollter Schwangerschaften; Schwangerschaftsabbruch; soziale Schicht und Sexualität

Seit der Liberalisierung der 1970er-Jahre sind sexuelle Beziehungen jugendlicher üblich und sie werden gesellschaftlich weitgehend akzeptiert. Heute haben etwa 25% der 15-jährigen und 70% der 17-jährigen Frauen schon einmal mit einem Mann geschlafen (BZgA 2006; Bravo 2006). Ungeplante Schwangerschaften Minderjähriger sind ein Risiko der sexuellen Aktivität von Jugendlichen. Dieses Risiko ist im internationalen Vergleich in Deutschland eher niedrig (vgl. S. 338). Als Ende der 1990er-Jahre ein

moderater Anstieg der Schwangerschaftsraten von Frauen unter 18 Jahren registriert wurde, kam es zu erregten Diskussionen über die „unaufgeklärte Nation“ (Spiegel 2002; zur Kritik vgl. Weller 2003). Daten zum Verhütungsverhalten zeigen allerdings, dass die überwältigende Mehrheit der Jugendlichen sorgsam verhütet. So hatten nach den Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus den Jahren 1998, 2001 und 2005 (BZgA 2006) beispielsweise zwischen 93% und 95% der 14- bis 17-jährigen Frauen beim jüngsten Geschlechtsverkehr „sicher“, das heißt mit Pille und/oder Kondom verhütet. Internationale Studien belegen, dass sich in den westlichen Industriegesellschaften das Verhütungsverhalten Jugendlicher seit den 1970er-Jahren kontinuierlich verbessert hat (Bozon und Kontula 1998). Um die Frage beantworten zu können, durch welche präventiven Maßnahmen bei diesem hohen Niveau der Verhütungssorgfalt das Risiko ungewollter Teenager-Schwangerschaften weiter reduziert werden kann, sind detaillierte Informationen darüber erforderlich, welche Gruppen Jugendlicher in besonderem Maße betroffen sind und welche Konstellationen oder Umstände mit einem erhöhten Risiko ungewollter Schwangerschaften einhergehen. Dazu will die hier vorgestellte Studie einen Beitrag leisten.

Schwangerschaften, Geburten und Abbrüche minderjähriger Frauen zwischen 1996 und 2005

Bevor wir zu den Ergebnissen unserer Erhebung kommen, sollen die Verbreitung von Schwangerschaften Minderjähriger sowie zeitliche Trends dargestellt und diskutiert werden. Abb.1 zeigt die *absolute Anzahl* der Schwangerschaften¹, Schwangerschaftsabbrüche und Geburten von minderjährigen Frauen für die Jahre 1996 bis 2005. Die Abbildung beginnt mit dem Jahr 1996, da es über Abbrüche in den vorausgegangenen Jahren keine verlässliche Statistik gibt.² Während die Zahl der Geburten in diesen Jahren nahezu konstant blieb, sind Schwangerschaften und Abbrüche zwischen 1996 und 2001 um gut 3000 gestiegen. In den letzten fünf Jahren sind jedoch auch die Zahlen der Schwangerschaften und Abbrüche unverändert bis leicht rückläufig, der Aufwärtstrend der späten 1990er-Jahre hat sich nicht mehr fortgesetzt.

Absolute Zahlen sind allerdings kein gutes Maß für zeitliche Trends, da sie eventuelle Schwankungen in der Größe der Alterskohorten nicht berücksichtigen. Aussagekräftiger sind Raten, die die Anzahl der Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche per 1000 Teenager beschrei-

¹ Die Zahl der Schwangerschaften umfasst nicht die Fehlgeburten, da diese statistisch nicht erhoben werden. Nach Henshaw (2004) enden etwa 15% aller Schwangerschaften von Teenagern mit einer Fehlgeburt.

² Die für die vorangehenden Jahre vom Statistischen Bundesamt publizierten Zahlen sind „underreported“, sie können mit den heutigen Zahlen nicht verglichen werden.

ben. Da die Teenagerpopulation in den letzten Jahren tatsächlich größer geworden ist, sind die Raten der Schwangerschaften weniger stark gestiegen als die absoluten Zahlen.³ Abb. 2 zeigt, dass die Raten seit einigen Jahren konstant bis leicht rückläufig sind. Gegenwärtig werden 8 bis 9 von 1000 15- bis 17-jährigen Frauen pro Jahr schwanger (etwa 9 bis 10, wenn man die Fehlgeburten in die Schätzung einbezieht). 5 von 1000 entscheiden sich für einen Schwangerschaftsabbruch, 3 bis 4 von 1000 bekommen ein Kind. Das sind Jahresinzidenzen für die Gruppe der 15- bis 17-jährigen. Fragt man nach der kumulativen Verbreitung von Jugendschwangerschaften bis zum 18. Geburtstag, so kommt man aufgrund der Jahresinzidenzen zu folgenden Schätzwerten (vgl. S. 342): 2,6% aller jungen Frauen werden heute vor ihrem 18. Geburtstag mindestens einmal schwanger, 1,6% haben minderjährig mindestens einen Schwangerschaftsabbruch machen lassen. Das sind kleine Minderheiten, aber nicht wenige.

Wie kann man die Zunahme der Teenagerschwangerschaften zwischen 1996 und 2001 erklären? Drei Möglichkeiten kommen in Betracht:

- Es handelt sich um ein statistisches Artefakt. Möglicherweise dauerte es einige Jahre, bis die präzisere Erhebung der Abbrüche durch das Statistische Bundesamt durchgesetzt wurde. Dafür sprechen die relativ konstante Häufigkeit von Schwangerschaften und Abbrüchen in den letzten fünf Jahren und die große Konstanz der Geburtenstatistik von 1996 bis heute sowie die Tatsache, dass die zeitlichen Verläufe der Abbruchquoten junger erwachsener Frauen das gleiche Muster zeigen (Zunahme von 1996 bis 2001, Konstanz seit 2001) wie bei Minderjährigen (vgl. Abbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes).
- Nach den Studien der BZgA (2006) ist es im Hinblick auf das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in den 1990ern zu einer leichten Zunahme der „early starters“ gekommen. Hatten 1996 18% der 15-jährigen Frauen Koituserfahrung, so sind es heute etwa 25%. Da die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft vor dem 18. Geburtstag mit der Dauer der koitusaktiven Zeit vor dem 18. Geburtstag zunimmt, kann diese leichte Vorverlegung des Alters beim ersten Geschlechtsverkehrs zum Anstieg der Schwangerschaftsraten beigetragen haben.
- Verhüten junge Frauen heute schlechter als vor einigen Jahren? Die Erhebungen der BZgA (2006) geben dafür keine Hinweise. Auf eine größere Nachlässigkeit bei der Verhütung ist der Anstieg der Jugendschwangerschaften in den späten 1990ern demnach nicht zurückzuführen.

8 bis 9 Schwangerschaften pro 1000 15- bis 17-Jährige – sind das viele oder wenige? Ein internationaler Vergleich gibt Anhaltspunkte. Abbildung 3 zeigt die Schwangerschaftsraten 15- bis 19-jähriger Frauen für verschiedene Länder (für 15- bis 17-Jährige gibt es keine Vergleichszahlen). Deutschland liegt zusammen mit anderen nordwesteuropäischen Staaten

³ Zwischen 1996 und 2005 stieg die absolute Zahl der Schwangerschaften um 125%, die Schwangerschaftsrate hingegen um 114%.

am unteren Ende der Verteilung, Großbritannien und Kanada liegen im mittleren Bereich, die USA an der Spitze. Die Unterschiede sind massiv, in den USA ist die Rate fünfmal so hoch wie in Deutschland.

Abb. 4 zeigt die gravierenden Unterschiede zwischen Deutschland und den USA noch einmal im Einzelnen für die 15- bis 17-Jährigen. Diese Unterschiede sind auch theoretisch von Bedeutung: In den USA ist der gesellschaftliche Umgang mit Jugendsexualität sehr viel restriktiver, wie die zahlreichen Abstinenzkampagnen der gegenwärtigen Regierung zeigen; militante „pro-life“-Aktivisten stoßen dort auf wesentlich mehr Resonanz als hierzulande. Man kann daraus schließen, dass illiberale gesellschaftliche Haltungen zur Jugendsexualität und restriktive gesellschaftliche Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch das Vorkommen von Teenagerschwangerschaften und -abbrüchen eher befördern, wie übrigens auch andere unerwünschte Folgen, zum Beispiel sexuell übertragbare Krankheiten, Doppelmoral und sexuellen Zwang gegenüber Frauen. Es ist ein alter Satz der Soziologie der Sexualität, dass die Liberalisierung und die Akzeptanz der Jugendsexualität mit deren Zivilisierung einhergehen (vgl. Christensen 1966).

Methodik

Von Juni 2005 bis Februar 2006 wurden insgesamt 1801 schwangere Frauen unter 18 Jahren, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung (im Sinne des §219 StGB) oder eine allgemeine Schwangerschaftsberatung in einer Pro-familia-Beratungsstelle aufsuchten, anhand eines standardisierten Fragebogens befragt (vgl. Übersicht in Tab.1). Der Bogen umfasste 40 Items zum sozialen und persönlichen Hintergrund der befragten Frau, zu ihrem Partner und zur Situation, in der es zur Konzeption gekommen war. Die Befragung, die etwa 10 Minuten in Anspruch nahm, erfolgte nach dem Beratungsgespräch und wurde von den BeraterInnen vorgenommen. Die Klientinnen wurden über die Ziele der Studie informiert und darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme freiwillig ist. Das Vorgehen ist mit dem Hamburger Datenschutzbeauftragten abgestimmt worden.

79% der schwangeren Minderjährigen, die um Mitarbeit gebeten wurden, beteiligten sich an der Befragung (Tab.1). Das ist eine sehr hohe Teilnahmequote. Die Befragten waren zwischen 12,0 und 17,9, im arithmetischen Mittel 16,6 Jahre alt. Die meisten von ihnen, fast drei Viertel, waren in der 5. bis 12. Woche schwanger, als sie befragt wurden. 138 der 160 Pro-familia-Beratungsstellen (86%) nahmen an der Studie teil. Die übrigen 22 Beratungsstellen hatten im Erhebungszeitraum keine Klientinnen der Zielgruppe oder lehnten die Mitarbeit wegen Arbeitsüberlastung oder wegen fachlicher bzw. beratungsethischer Bedenken ab. Die Befragten kommen aus allen 16 Bundesländern, wobei entsprechend der Dichte der Pro-familia-Beratungsstellen Frauen aus Bayern und Sachsen unterrepräsentiert und Frauen aus Brandenburg und Bremen überrepräsentiert sind. Insgesamt sind die neuen Bundesländer leicht überproportional vertreten. Man kann davon ausgehen, dass unsere Stichprobe diejenigen minderjäh-

rigen Schwangeren, die eine Pro-familia-Beratungsstelle konsultieren, sehr gut abbildet. Ob und inwieweit schwangere Klientinnen anderer Beratungsträger hiervon abweichen, können wir nicht sagen. Eine umfassende Darstellung der Ergebnisse findet sich bei Thoß et al. (2006).

Die hier vorgestellte quantitative Studie ist Teil des Pro-familia-Forschungsprojekts „Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen“, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert wird. In einer weiteren, qualitativen Studie, die sich noch im Stadium der Datenerhebung befindet, werden narrative Interviews mit 65 Frauen unter 18 Jahren geführt, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen. Themen der Interviews sind die Umstände der Konzeption, das Erleben von Schwangerschaft und Abbruch, die Entscheidungsprozesse, die zum Abbruch führten, die Reaktionen des engen sozialen Umfeldes auf Schwangerschaft und Abbruch sowie die Erfahrungen mit den in Anspruch genommenen medizinischen und beraterischen Diensten.

Zur Präsentation der Ergebnisse: Wir werden die Daten vor allem nach den „Mastervariablen“ Alter und Schulbildung aufschlüsseln. Der Übersichtlichkeit halber verzichten wir darauf, die Fallzahlen der Teilstichproben nach Alter und Schulbildung in den Tabellen/Abbildungen aufzuführen, und verweisen auf die folgenden Häufigkeitsverteilungen:

Alter: 12–14 Jahre n = 146; 15 Jahre n = 305; 16 Jahre n = 595; 17 Jahre n = 755.

Schulbildung: Hauptschule (Hauptschule mit oder ohne Abschluss, noch auf der Hauptschule oder Förder-/Sonderschule) n = 947; Realschule (Realschulabschluss oder noch auf der Realschule) n = 616; Gymnasium (Abitur oder noch auf dem Gymnasium) n = 189; ohne Angabe n = 49.

Für andere Teilstichproben werden die Fallzahlen in den Tabellen/Abbildungen genannt.

Demografische Faktoren⁴

Zunächst ist festzuhalten, dass Jugendschwangerschaften fast immer ungewollte Schwangerschaften sind: Unabhängig vom Alter sagen über 90% der minderjährigen Schwangeren, dass die Schwangerschaft ungeplant war (Tab. 2); von denen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung schon entschlossen hatten, die Schwangerschaft auszutragen, sind es immerhin noch 88%. 4% der Befragten wollten schwanger werden, ebenfalls 4% der Befragten sind sich ihrer Intention unsicher, sie hatten es „darauf ankommen lassen“. Betrachten wir zunächst, mit welchen demografischen Merkmalen die Verbreitung von Schwangerschaften vor dem 18. Geburtstag assoziiert ist.

⁴ In unserem kurzen Fragebogen konnten einige Faktoren, die die Verbreitung von Jugendschwangerschaften beeinflussen können, nicht oder nicht detailliert erfasst werden. Das gilt vor allem für familiäre Verhältnisse (einschl. häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Fremdunterbringung) und für Drogen- und Alkoholkonsum. Zur Bedeutung dieser Merkmalskomplexe für das Risiko von Jugendschwangerschaften vgl. u. a. die Übersichten von Vanwesenbeeck et al. (1999) und Love et al. (2005).

Alter

Erwartungsgemäß werden vor allem die älteren Teenager schwanger, drei Viertel der Befragten sind 16 oder 17 Jahre alt, nur 1 % ist 13 Jahre oder jünger (Tab. 3). Aus der Altersverteilung unserer Stichprobe lassen sich Schwangerschaftsraten der verschiedenen Altersstufen abschätzen. Danach werden heute pro Jahr etwa

- 5 von 100 000 12-jährigen,
- 5 von 1000 15-jährigen und
- 12 von 1000 17-jährigen schwanger.

Der Anstieg der Schwangerschaftsraten entspricht der Zunahme des Anteils koituserfahrener junger Frauen in diesen Altersgruppen. In der Boulevardpresse wird immer wieder an prominenter Stelle und oft sensationsbetont über Schwangerschaften oder Geburten 12-jähriger oder jüngerer Mädchen berichtet. Solche Berichte vermitteln den Eindruck, frühe Schwangerschaften seien ein neues oder zunehmendes Problem. Demgegenüber ist festzuhalten, dass diese frühen Schwangerschaften ein äußerst seltenes Ereignis sind und aus statistischer Sicht das extreme Ende einer Verteilung markieren, die wie alle soziosexuellen Phänomene eine große Streubreite aufweist.

Schulbildung, soziale Benachteiligung

Die Schulbildung hat einen massiven Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, minderjährig schwanger zu werden (Tab. 4). Hauptschülerinnen sind erheblich häufiger betroffen (54%) als Gymnasiastinnen (11%), und zwar in allen Altersgruppen. Da in der Population der Jugendlichen Hauptschüler und Gymnasiasten etwa gleich häufig sind, kann man davon ausgehen, dass das Risiko einer Hauptschülerin, minderjährig schwanger zu werden, etwa fünfmal so hoch ist wie das einer Gymnasiastin.⁵ Diese Befunde müssen ernst genommen, aber sie dürfen nicht dramatisiert werden. Auch bei den Hauptschülerinnen ist eine Schwangerschaft vor dem 18. Geburtstag ein sehr seltenes Ereignis. Unsere Daten erlauben Schätzungen der Schwangerschaftsraten für die verschiedenen Bildungsgrade. Danach werden pro Jahr 15 von 1000 15- bis 17-jährigen Hauptschülerinnen schwanger. Im internationalen Vergleich sind selbst dies eher wenig (aber deutlich mehr als bei Gymnasiastinnen, deren Rate bei 3 von 1000 liegt). Dies festzuhalten ist wichtig, um stereotypisierende und diskriminieren-

⁵ Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Schulart besuchten von den 14- und 15-jährigen Mädchen im Jahr 2005 25% eine Sonder- oder Hauptschule, 28% eine Realschule, 38% ein Gymnasium und 9% eine Gesamtschule. Verteilt man die Gesamtschülerinnen zu gleichen Teilen auf die drei Schultypen, dann ergeben sich Anteile von etwa 30% (Haupt- oder Sonderschule), 30% (Realschule) und 40% (Gymnasium). Danach wäre das Risiko einer Hauptschülerin noch etwas höher, das einer Gymnasiastin noch etwas niedriger als nach der obigen groben Schätzung.

de Schlussfolgerungen über die Gruppe der Hauptschülerinnen zu vermeiden.

Wie ist die höhere Rate minderjähriger Schwangerer bei den Hauptschülerinnen zu erklären? Die Wahrscheinlichkeit einer Frau, minderjährig schwanger zu werden, ist der Anzahl aller ungeschützten Geschlechtsverkehre vor dem 18. Geburtstag direkt proportional.⁶ Hauptschülerinnen müssten demnach eine größere Anzahl solcher Geschlechtsverkehre haben als Gymnasiastinnen. Daten über diesen Parameter für die Population minderjähriger Mädchen liegen nicht vor. Die BZgA-Erhebung an Jugendlichen aus dem Jahr 2005⁷ enthält aber Daten, die mit diesem Parameter korreliert sein müssen, und zwar:

- Alter beim ersten Geschlechtsverkehr: Je früher der erste Geschlechtsverkehr stattfindet, desto länger ist die koitusaktive Zeit vor dem 18. Geburtstag und desto wahrscheinlicher ist eine hohe Anzahl der Geschlechtsverkehre vor diesem Geburtstag.
- Verhütungsverhalten: Je zuverlässiger Minderjährige verhüten, desto geringer ist die Anzahl aller ungeschützten Verkehre vor dem 18. Geburtstag.

Diese Merkmale erlauben allerdings nur eine grobe Annäherung an den für unsere Fragestellung relevanten Parameter, insbesondere fehlen Daten über die Frequenz und die Kontinuität sexueller Aktivität nach dem ersten Koitus. Die Ergebnisse (vgl. im Einzelnen Thoß et al. 2006: 19f) lassen sich so zusammenfassen:

- Hauptschülerinnen beginnen ein wenig früher mit dem Geschlechtsverkehr als Gymnasiastinnen. Ihre koitusaktive Zeit vor dem 18. Geburtstag ist im Durchschnitt um 7–8 Monate länger als die von Gymnasiastinnen.
- Betrachtet man das Verhütungsverhalten beim ersten, zweiten und letzten Geschlechtsverkehr, so ergeben sich keine nachweisbaren Unterschiede zwischen Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen.
- Insgesamt erscheint die Verhütungspraxis der beiden Gruppen also gleichermaßen sorgfältig. Allerdings gestatten die BZgA-Daten nur eine stichprobenhafte Überprüfung der Verhütungspraxis (erster, zweiter, letzter Geschlechtsverkehr). Über die Konsistenz zuverlässiger Verhütung lassen sie kaum Schlüsse zu. Unsere Daten von schwangeren Jugendlichen zeigen, dass Hauptschülerinnen beim Koitus, der zur Konzeption führte, signifikant häufiger nicht oder unsicher verhütet haben als Gymnasiastinnen (vgl. S. 350). Diese Diskrepanz zu den Populationsdaten könnte darauf hinweisen, dass das Verhütungsverhalten von Hauptschülerinnen weniger konsistent ist und möglicherweise in besonderen Situationen labilisiert werden kann. Konsistentes Verhütungsverhalten setzt Planungskompetenz und -bereitschaft voraus (Pille verschreiben lassen, rechtzeitig für Nachschub sorgen, vorausschauende Organisation der regelmäßigen Einnahme; Kondome beschaffen und in der Situation bereithalten; Konzepte, wie man den Kondomgebrauch verhandelt; Voraussicht, ob es bei einem Date zum Sex kommen kann, usw.). Jugendliche, die diese Fähigkeit zur Planung und Vorausschau haben und die über Kommunikations- bzw. Interaktionskompetenz verfügen, verhüten besonders gut (Vanwesenbeeck et al. 1999; Stone und Ingham 2002; Gebhardt et al. 2006). Möglicherweise sind diese Kompetenzen in einer Gruppe, die gewohnt ist, zukunftsorientiert und planend zu handeln, weil sie Perspektiven hat (Gymnasiastinnen), stärker ausgeprägt als in einer Gruppe, der die Zukunft wenig verspricht (Hauptschülerinnen). Die Fähigkeit

⁶ Dabei sind „ungeschützte Geschlechtsverkehre“ solche, bei denen keine Pille und kein Kondom benutzt wurde oder bei denen es zu Anwendungs- oder Methodenfehlern dieser Verhütungsmethoden kam.

⁷ Wir danken der BZgA für die großzügige Erlaubnis, die Daten der Jugenduntersuchung 2005 (BZgA 2006) für sekundäre Analysen zu nutzen.

- zu kommunizieren und zu verhandeln ist zudem vermutlich bildungsabhängig.
- Die Kenntnis der „Pille danach“ ist nach den Erhebungen der BZgA (2006) bei den Gymnasiastinnen verbreiteter: Von ihnen kennen sie 77% gegenüber 63% der Hauptschülerinnen. Dieser Befund wird durch unsere Daten gestützt (vgl. S. 349).

Die größere Verbreitung von Teenagerschwangerschaften bei Hauptschülerinnen ist durch den früheren Beginn sexueller Beziehungen mitbedingt. Die größere Kenntnis der „Pille danach“ mag dazu beitragen, dass Gymnasiastinnen sie in kritischen Situationen auch häufiger anwenden. Nicht auszuschließen ist eine etwas geringere Konsistenz zuverlässiger Verhütung bei Hauptschülerinnen. Diese Faktoren aber reichen nicht aus, um die gravierenden schichttypischen Unterschiede in der Prävalenz von Jugendschwangerschaften zu erklären. Man kann vermuten, dass die sexuelle Aktivität von Hauptschülerinnen nach dem ersten Verkehr womöglich konstanter und frequenter ist als die der Gymnasiastinnen. Hierzu liegen allerdings keine empirischen Daten vor.

Insgesamt sind die Unterschiede im Sexualverhalten junger Frauen verschiedener Bildungsschichten, soweit Daten darüber vorliegen, heute sehr gering. Wie können solche geringen Unterschiede so große Differenzen in der Schwangerschaftsrate hervorbringen? Teenager-Schwangerschaften sind, statistisch gesehen, ein sehr seltenes Ereignis (8 bis 9 von 1000 15- bis 17-jährigen sind jährlich davon betroffen, s. o.). Es genügen offenbar schon geringe Unterschiede im Sexualverhalten von Teilpopulationen, um deutliche Differenzen im Hinblick auf statistisch „seltene Ereignisse“ zu erzeugen. Dies ist ein wichtiger Befund. Er verbietet generalisierende Äußerungen über die betroffenen Teilpopulationen, also etwa in dem Sinne, dass „die“ Hauptschülerinnen besonders früh anfangen oder besonders sorglos verhüten.

Tab. 5 zeigt, dass minderjährige Schwangere nicht nur im Hinblick auf die Schulbildung sozial benachteiligt sind: Von denjenigen, die keine allgemein bildende Schule mehr besuchen, ist die Hälfte ohne Arbeit oder Ausbildungsplatz. Ein verhältnismäßig hoher Anteil der Eltern ist arbeitslos. Von den Hauptschülerinnen sind besonders viele betroffen, sowohl im Hinblick auf die eigene Arbeitssituation als auch im Hinblick auf die ihrer Väter und Mütter. Die soziale Situation der Partner doppelt den Befund der sozialen Benachteiligung noch (Tab. 5): Verhältnismäßig viele von ihnen, nämlich 59%, sind Hauptschüler, und von denen, die keine allgemein bildende Schule mehr besuchen, sind verhältnismäßig viele, nämlich 31%, arbeitslos oder ohne Ausbildungsplatz.

Insgesamt zeigt sich: Jugendschwangerschaften sind stark assoziiert mit sozialer Benachteiligung. Damit bestätigen wir die im britischen Regierungsbericht (Teenage Pregnancy 1999: 7; vgl. auch Peckham 1992) präsentierten Befunde, denen zufolge geringe Bildungschancen, soziale Deprivation und Armut das Vorkommen von Teenager-Schwangerschaften deutlich beeinflussen. Zusammenfassend heißt es dort: „Throughout the developed world, teenage pregnancy is more common amongst young people who have been disadvantaged in childhood and have poor expectations of education or the job market.“ Prävention von Teenager-Schwangerschaften heißt deshalb auch, die sozialen Chancen und Perspektiven der unterprivilegierten jungen Frauen zu stärken.

Migration

8% der minderjährigen Schwangeren haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, 22% haben einen Migrationsintergrund, das heißt, sie sind Ausländerinnen oder Frauen mit deutscher Staatsbürgerschaft, deren Mutter und/oder deren Vater aus einem anderen Land eingewandert ist (Tab. 6). Diese Werte entsprechen etwa denen in der Population. Es gibt also keine Hinweise dafür, dass Migrantinnen in höherem oder geringerem Ausmaß von Teenager-Schwangerschaften betroffen sind.

Mehrfachschwangerschaften

176 (9,8%) der befragten Frauen sind schon zum zweiten Mal schwanger, 47 (2,6%) haben ein Kind, die anderen hatten einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Fehlgeburt. Erfahrungen von Mehrfachschwangerschaften nehmen mit dem Alter zu (Tab. 7), da die Wahrscheinlichkeit dieses Ereignisses mit der Dauer der Koituserfahrung steigt. Die hohe Quote der Wiederholungsschwangerschaften von knapp 10% deutet darauf hin, dass das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft bei denjenigen besonders hoch ist, die schon einmal schwanger waren. Auch das Vorkommen von Mehrfachschwangerschaften ist mit Schulbildung und sozialer Benachteiligung assoziiert: Hauptschülerinnen und sozial stark benachteiligte Frauen sind besonders häufig wiederholt schwanger (Abb. 5).

Partner und Beziehungen

Die Partner, mit denen es zur Konzeption kam, waren deutlich älter als die Frauen, im arithmetischen Mittel über drei Jahre; zwei Drittel waren volljährig (Tab. 8). Ihre Schulbildung ist geringfügig, aber statistisch signifikant geringer als die der Befragten (vgl. Tab. 5). Etwa 90% der jungen Frauen hatten eine feste Beziehung zu dem Mann, mit dem sie schwanger wurden (Tab. 9). Das gilt für alle Altersgruppen und für Hauptschülerinnen ebenso wie für Realschülerinnen und Gymnasiastinnen. Bei gut 20% besteht die Partnerschaft seit mehr als einem Jahr, bei knapp 30% erst seit drei Monaten oder kürzer. Letzteres ist *kein* Hinweis darauf, dass minderjährige Schwangere zu besonders kurzen Beziehungen neigen (denn die Beziehung ist ja noch nicht zu Ende), sondern dass am Anfang einer Beziehung das Risiko einer Schwangerschaft besonders hoch ist: Das Paar ist noch nicht eingespült, Verhütung noch nicht hinreichend besprochen oder verhandelt.

Für diese Sicht spricht auch die Tatsache, dass die Zeugung bei 10% der Befragten beim allerersten Verkehr mit einem neuen Partner erfolgte. Aus den Daten der Tab. 10 kann man schließen, dass das Risiko, beim ersten Geschlechtsverkehr mit einem Partner schwanger zu werden, dreimal so hoch ist wie beim fünften Mal, und zehnmals so hoch wie beim 15. Mal. Die Altersunterschiede sind bei diesem Merkmal besonders gravierend. Fast die Hälfte der 12- bis 14-jährigen, aber nur knapp 20% der 17-jährigen sind

bei den ersten fünf Geschlechtsverkehren mit ihrem Partner schwanger geworden (Tab.10). Das heißt, dass die Jüngeren in ganz besonderem Maße bei den ersten Malen dem Risiko einer Schwangerschaft ausgesetzt sind, vermutlich, weil sie insgesamt noch wenig sexuelle Erfahrungen haben.

Verhütung bei dem Geschlechtsverkehr, der zur Konzeption führte

Aus dem hohen Anteil ungeplanter Schwangerschaften folgt, dass in der großen Mehrheit der Fälle Empfängnisverhütung nicht geklappt hat oder gar nicht erst praktiziert wurde. Wie wurde bei dem Mal, bei dem die junge Frau schwanger wurde, verhütet? Erwartungsgemäß schlechter, als es bei Jugendlichen allgemein üblich ist (Tab. 11): Beim Koitus, der zur Konzeption führte, wurde sehr viel häufiger nicht verhütet als beim letzten Geschlechtsverkehr nichtschwangerer junger Frauen, und die Pille wurde sehr viel seltener angewendet (28% vs. 75%). Letzteres zeigt noch einmal die große Bedeutung der Pille für die Prävention von Teenager-Schwangerschaften.

Wichtiger aber als diese eher trivialen Befunde ist Folgendes: 64% der minderjährigen Schwangeren – ältere wie jüngere – geben an, dass sie sich mit Pille oder Kondom vor einer Schwangerschaft geschützt hatten (Tab.12). Die Mehrheit der Frauen wurde also in einer Situation schwanger, in der sie mit so genannten sicheren Methoden verhüteten und sich entsprechend sicher fühlten. Dieser Befund gilt für alle Alters- und alle Schulbildungsgruppen. Er deutet darauf hin, dass Anwendungsfehler bei Kondom und Pille häufig sind und dass die Information gerade hier verbessert werden muss. Auch der britische Regierungsbericht (Teenage Pregnancy 1999: 54) stellt ausdrücklich fest: "Teenagers have a high rate of failure from the contraceptive they do use". Kenntnisse von jungen Frauen *und* Männern über die vielfältigen Anwendungsfehler bei Pille und Kondom sowie eine Sensibilisierung dafür, diese wahrzunehmen und sich einzugestehen, sind ein wichtiges, bei zu vielen Jugendlichen bisher nicht erreichtes Ziel sexualpädagogischer Arbeit.

Die „Pille danach“ kann (in den 72 Stunden nach einer Konzeption) ein wichtiges Mittel zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften sein, falls (1) die Frau oder ihr Partner weiß, dass es diese Form der Nachverhütung gibt und wie man sie bekommt; (2) die Möglichkeit eines Konzeptionsrisikos von der Frau oder ihrem Partner wahrgenommen und nicht verleugnet oder verharmlost wird; (3) die Zugangsschwelle zu diesem Medikament niedrig ist. Letzteres ist in der Bundesrepublik nicht der Fall: Zum einen ist die „Pille danach“ verschreibungspflichtig und setzt damit Kompetenz im Umgang mit dem Medizinsystem und Zeit raubende Wege voraus; zum anderen wissen viele Jugendliche nicht, dass die „Pille danach“ für pflichtversicherte Frauen unter 20 Jahren gegen Rezeptvorlage kostenfrei ist. Zur wichtigen Frage der Wahrnehmung und Dissimulation eines Konzeptionsrisikos bei Jugendlichen gibt unsere Dokumentation leider keine Auskunft. Die Kenntnisse junger schwangerer Frauen über die

„Pille danach“ zeigt Tab.13. Danach weiß nur die Hälfte der Befragten, dass es die „Pille danach“ gibt und wie man sie bekommt, bei den 12- bis 14-jährigen sind es mit 35% sogar noch deutlich weniger. Gymnasiastinnen sind besser informiert als Hauptschülerinnen (65% vs. 45%, $p = 0,000$).

Dieses Ergebnis bedeutet zweierlei: Die Hälfte der jungen Frauen hatten, als sie schwanger wurden, kein ausreichendes Wissen, um eine Nachverhütung anzuwenden; die andere Hälfte nahm die „Pille danach“ nicht, obwohl sie über diese Methode ausreichend informiert war.⁸ Die Gründe dafür haben wir oben genannt (hohe Zugangsschwelle; Nichtwahrnehmung/Dissimulation des Konzeptionsrisikos). Insgesamt belegen unsere Daten, dass die „Pille danach“ in der Prävention von Jugendschwangerschaften noch eine viel zu geringe Rolle spielt.

Weitere Faktoren eines erhöhten Schwangerschaftsrisikos

Die genaueste Methode, gruppenspezifische Risiken von Jugendschwangerschaften zu untersuchen, ist ein Vergleich des Anteils einer bestimmten Gruppe (z.B. Hauptschülerinnen) in der Stichprobe der Schwangeren mit deren Anteil in der Population aller Jugendlichen. Für viele Merkmale, die für die Frage „gruppenspezifisches Risiko“ von Interesse wären, liegen aber keine Populationsdaten vor. Eine andere Möglichkeit ist, anhand unserer Daten zu überprüfen, welche Gruppen bei dem Verkehr, der zur Konzeption führte, besonders nachlässig (das heißt gar nicht oder „unsicher“) verhütet haben, in der plausiblen Annahme, dass dies etwas aussagt über die Sicherheit und Konsistenz ihres Verhütungsverhaltens. Abb. 6 zeigt, dass folgende Umstände und Merkmale mit einem überdurchschnittlich riskanten Verhalten assoziiert sind.

- Frauen mit geringer Schulbildung und sozial besonders benachteiligte Frauen haben beim Sex, der zur Konzeption führte, überdurchschnittlich oft gar nicht oder unsicher verhütet. Dies korrespondiert mit dem Befund, den wir aus dem Vergleich der Schwangeren mit der Population aller jungen Frauen gewonnen haben (vgl. S. 342).
- Beim ersten Sex mit einem neuen Partner und beim Sex außerhalb einer festen Beziehung wird besonders häufig gar nicht oder unsicher verhütet. Auch das bestätigt Befunde unserer Studie (vgl. S. 347) und früherer Untersuchungen (Zabin et al. 1979).
- In Konstellationen, in denen geschlechterregalitäre Verhältnisse beeinträchtigt oder nicht gegeben sind, wird besonders häufig nicht oder unsicher verhütet: zum Beispiel, wenn der Mann deutlich älter ist, die Frau oder der Mann aus geschlechtertraditionellen Kulturen (Musliminnen, Partner aus der Türkei, Osteuropa oder Afrika) stammt oder der Koitus männerdominiert war (Initiative vom Mann ausgehend, Koitus gegen den Willen der Frau). Dass „personal power“ in heterosexuellen Bezie-

⁸ Drei Frauen gaben an die „Pille danach“ genommen zu haben und trotzdem schwanger geworden zu sein.

hungen mit konsistentem Verhütungsverhalten assoziiert ist, zeigte schon eine Studie von Jorgensen et al. (1980).

Ausgang der Schwangerschaft

In ihrer klassischen Studie über Jugendschwangerschaften in den 1970er-Jahren konstatieren Zelnik und Kantner: "At the moment, abortion remains a major means by rich young women to preventing births they do not wish to have" (1980: 237; vgl. auch Zelnik et al. 1981). Daran hat sich wenig geändert. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes enden heute etwa 60% aller Teenager-Schwangerschaften mit einem Abbruch.⁹ Da wir die Frauen zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft befragten, haben wir über den Ausgang keine definitiven Informationen. Aber wir können drei Gruppen unterscheiden, bei denen eher ein Abbruch bzw. eher eine Geburt wahrscheinlich sind:¹⁰

- 972 (54%) suchten eine Beratung nach §219 StGB vor der 13. Schwangerschaftswoche auf. Bei ihnen ist ein *Schwangerschaftsabbruch wahrscheinlich*.
- 584 (32%) suchten eine allgemeine Schwangerschaftsberatung auf. Bei ihnen ist das *Austragen der Schwangerschaft wahrscheinlich*; aber 186 dieser jungen Frauen nahmen die Beratung vor der 13. Schwangerschaftswoche in Anspruch, sie könnten sich also noch für einen Abbruch entscheiden.
- 398 (22%), eine Teilgruppe von (2), suchten eine allgemeine Schwangerschaftsberatung nach der 12. Schwangerschaftswoche auf. Sie haben sich für das *Austragen der Schwangerschaft entschieden*.

8% der minderjährigen Frauen stellten ihre Schwangerschaft erst nach der 12. Woche fest, sie konnten sich nicht mehr für einen Abbruch nach §218 StGB entscheiden. Bei den Frauen der Teilgruppe 3 sind dies sogar 34%. Viele junge Frauen stellen ihre Schwangerschaft also erst relativ spät fest. Der britische Regierungsbericht (Teenage Pregnancy 1999: 55) kommt zu dem gleichen Ergebnis: "Teenagers are often very late in getting their pregnancy confirmed. For some this may be because they are not expecting to get pregnant, or have irregular periods or don't keep track of them. Others may fear disapproval or lack of privacy; worry that they will be pressed in an abortion; or are simply 'in denial'."

Mit Hilfe der drei genannten Gruppen können wir die Tendenzen zum Abbruch bzw. Austragen und deren Hintergründe recht gut untersuchen. Mit zunehmendem Alter der Frau und des Partners nimmt die Tendenz zum Abbruch ab und die Geburtsneigung zu (Tab. 14), wobei das Partneralter einen stärkeren Einfluss hat als das Alter der Frau.¹¹ Allerdings ist in

⁹ Bezugsjahre 2001 – 2005, ohne Fehlgeburten

¹⁰ 245 (14%) Befragte konnten nicht eingeordnet werden. Dies sind minderjährige Schwangere, bei denen der Beratungsauftrag nicht eindeutig war oder von denen nur unvollständige Angaben vorliegen.

¹¹ Partialkorrelationen, bei denen das Partneralter bzw. das Alter der Frau heraus-

fast allen Altersgruppen die Abbruchwahrscheinlichkeit – zum Teil deutlich – höher als die Wahrscheinlichkeit des Austragens; lediglich dann, wenn der Partner 21 Jahre und älter ist, sind beide Wahrscheinlichkeiten etwa gleich hoch.

Die stärkste Determinante für den Ausgang der Schwangerschaft ist die soziale Situation. Eine geringe Schulbildung der Frau erhöht die Tendenz zum Austragen; eine hohe Schulbildung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich für einen Abbruch entscheidet (Tab. 15). Der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und dem Schwangerschaftsausgang wird noch deutlicher, wenn man aus den Merkmalen Schulbildung der Frau und des Partners sowie Arbeitslosigkeit der Eltern die Skala „soziale Benachteiligung“ bildet.¹² Abb. 7 zeigt, dass mit der sozialen Benachteiligung die Tendenz, die Schwangerschaft auszutragen, drastisch zunimmt und die Abbruchwahrscheinlichkeit drastisch sinkt.

Ein wichtiger Aspekt sozialer Benachteiligung, nämlich Arbeitslosigkeit/ fehlender Ausbildungsplatz der Frau, wird in der Skala nicht berücksichtigt, weil der Einfluss dieses Merkmals nur für die Teilstichprobe der Befragten, die nicht mehr auf eine allgemein bildende Schule gehen, untersucht werden kann. Tab. 16 belegt, dass Frauen ohne Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz eine deutlich größere Bereitschaft haben, die Schwangerschaft auszutragen, als Frauen, die in Arbeit oder Ausbildung sind. Die berufliche Situation hat bei den Schulentlassenen einen stärkeren Einfluss auf den Schwangerschaftsausgang als die Schulbildung.

Gute Ausbildungs-, Berufs- und Karriereperspektiven sind die stärksten Barrieren gegen die Entscheidung „Austragen“ (vgl. hierzu auch *Teenage Pregnancy* 1999). Diese Barrieren entfallen bei den Benachteiligten, weil sie diese Perspektiven nicht haben. Hinzu kommt, wie eine Studie von Monika Häußler-Sczegan et al. (2005; vgl. auch McRobbie 1991) an Beraterinnen zeigt, dass junge Frauen ohne Ausbildungs- und Berufsperspektive in dem Kind oft eine Möglichkeit sehen, sich selbst eine Aufgabe zu geben und Anerkennung über die Mutterrolle zu bekommen – und für eine kurze Zeit auch eine finanzielle Basissicherung. Ferner ist es möglich, dass Hauptschülerinnen schlechter über den Schwangerschaftsabbruch, die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Beratungsangebote informiert sind als Gymnasiastinnen.

gefiltert wird, zeigen für das Alter der Frau deutlich schwächere statistische Zusammenhänge als für das Alter des Partners.

¹² Die Merkmale Arbeitslosigkeit/fehlender Ausbildungsplatz der Frau bzw. des Partners wurden nicht berücksichtigt, da dann alle Frauen herausfallen würden, die (oder deren Partner) noch zur Schule gehen. Folgende Punktwerte wurden zugrunde gelegt: Hauptschule (Befragte bzw. Partner) jeweils 2 Punkte, Realschule 1 Punkt, Gymnasium 0 Punkte; Arbeitslosigkeit des Vaters bzw. der Mutter jeweils 1 Punkt. Der Punktwert variiert zwischen 0 (Gymnasiastin mit einem Partner mit Gymnasialbildung, weder Vater noch Mutter arbeitslos) und 6 (Hauptschülerin mit einem Partner mit Hauptschulbildung; Vater und Mutter arbeitslos). Die Häufigkeitsverteilung der Skala sieht wie folgt aus: 4% (0 Punkte), 8%, 20%, 24%, 30%, 10%, 5% (6 Punkte).

Unsere Studie belegt, dass soziale Benachteiligung einen zweifachen Einfluss auf das reproduktive Verhalten junger Frauen hat: Benachteiligung ist *erstens* eine starke Determinante des Vorkommens von Teenager-Schwangerschaften und, wenn es zu einer Schwangerschaft kommt, *zweitens* eine starke Determinante für die Entscheidung, das Kind auszutragen.

Die *Herkunft aus den alten bzw. neuen Bundesländern* ist ein weiterer Merkmalskomplex, der die Entscheidung Austragen vs. Abbruch beeinflusst. Minderjährige Frauen aus den neuen Bundesländern tendieren stärker dazu, eine Schwangerschaft auszutragen, als Frauen aus den alten Bundesländern (Tab.17). Die deutlichen Korrelationen bleiben auch dann bestehen, wenn man in multivariaten Analysen die Merkmale Alter und Schulbildung/soziale Situation kontrolliert.¹³ Offenbar setzt sich die lange Tradition früher Mutterschaft in der DDR infolge der geförderten Vereinbarkeit von Beruf/Studium und Familie (vgl. Starke in diesem Heft) hier in dem Sinne fort, dass frühe Schwangerschaften im Osten eher als etwas gesehen werden, das zum alltäglichen Leben gehören kann.

Zusammenfassung präventionsrelevanter Ergebnisse

In einer sexualliberalen Gesellschaft, in der viele Jugendliche sexuell aktiv sind, wird es immer ungeplante und ungewollte Schwangerschaften geben – wie bei Erwachsenen auch. Viele dieser Schwangerschaften wären vermeidbar, aber es gibt ein Restrisiko, das nicht weiter zu reduzieren ist, weil sexuelles Verhalten nicht immer planbar ist: Affekte und Verlangen intervenieren und Verhütungsmittel können auch bei richtiger Anwendung versagen. Die Unterscheidung von vermeidbarem Risiko und Restrisiko ist wichtig, weil wir damit anerkennen, dass ungeplante und ungewollte Schwangerschaften keineswegs immer auf Nachlässigkeit oder Inkompetenz zurückzuführen sind, sondern auch eine „natürliche Begleiterscheinung“ jugendlicher sexueller Aktivität sind. Unsere Studie gibt Aufschluss über spezielle (und vermeidbare) Risiken ungewollter Schwangerschaften im Jugendalter. Wir stellen die präventionsrelevanten Ergebnisse im Folgenden noch einmal zusammen.

– *Gruppen mit einem hohen Risiko.* Frauen mit einer geringen Schulbildung und hoher sozialer Benachteiligung haben ein besonders hohes Risiko, minderjährig schwanger zu werden. Zum Teil ist dies eine Folge der stärkeren Koitusaktivität vor dem 18. Geburtstag in dieser Gruppe, zum Teil eine Konsequenz des vermutlich labileren Verhütungsverhaltens. Geringere Bildung sowie geringere Zukunftsperspektiven/Zukunftsorientierung beeinträchtigen offenbar Planungs- und Kommunikationskompetenz und begünstigen die Tendenz, im Augenblick zu leben und zumindest gelegentlich nachlässig zu verhüten. Dieser Aspekt ist in der

¹³ Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede bei den Gymnasiastinnen: Von ihnen hatten sich 29% in den neuen, aber nur 5% in den alten Bundesländern bereits für das Austragen entschieden.

sexualpädagogischen Arbeit mit jungen Frauen benachteiligter Gruppen besonders zu beachten. Der wirkungsvollste Beitrag zur Prävention ungewollter Schwangerschaften bei Hauptschülerinnen aber wäre die Auflösung ihrer sozialen Marginalisierung und die Entwicklung von beruflichen Perspektiven.

- *Riskante Situationen und Konstellationen.* Zu Beginn einer Beziehung, bei den ersten Geschlechtsverkehren mit einem neuen Partner sowie beim Koitus mit einem Partner, zu dem keine feste Beziehung besteht, ist das Risiko, schwanger zu werden, signifikant erhöht, also in Situationen, in denen das Paar sich (noch) nicht so gut kennt und Verhütung (noch) nicht hinreichend besprochen oder ausgehandelt ist. Konstellationen, bei denen Selbstbestimmung und Verhandlungsposition der Frau geschwächt sein können – männerdominierte Sexualität, ein traditionelles Verständnis der Geschlechterrollen bei der Frau und vor allem bei ihrem Partner, deutlich ältere Partner – gehen mit einem erhöhten Schwangerschaftsrisiko einher. Informationen über diese Risiken und Botschaften, wie man sie reduzieren kann, sind ein wichtiger Aspekt der Prävention.
- *Anwendungsfehler bei der Verhütung.* Ein unerwartet hoher Anteil der Schwangerschaften ist auf fehlerhafte Anwendung von Kondom und Pille zurückzuführen. Informationen über Anwendungsfehler und Aufklärung darüber, wie man solche Fehler *vermeiden* kann (z.B. „Tricks“, um die zeitgerechte Einnahme der Pille zu gewährleisten), diese *umgehen* kann (z.B. Kondom oder nichtkoitalen Sex, wenn die Pille vergessen wurde) oder mögliche Folgen *abwenden* kann („Pille danach“ bei abgerutschem Kondom oder bei „Pillenpanne“), sind wichtige Aspekte sexualpädagogischer Arbeit.
- *Pille oder Kondom?* Auch unsere Studie zeigt, dass junge Frauen, die die Pille nehmen, am besten vor einer ungewollten Schwangerschaft geschützt sind.
- *Eventualverhütung.* Eventualmethoden der Verhütung (unterbrochener Koitus, Koitus während, kurz vor oder kurz nach der Regel) sind aus dem Verhaltensrepertoire Jugendlicher praktisch verschwunden. Die einleuchtende sexualpädagogische Maxime einfacher Botschaften („Nur Pille und/oder Kondom“) führt dazu, dass Jugendliche sich ein Wissen über und die Kompetenz für die Eventualmethoden gar nicht erst aneignen (können) und in Situationen, in denen Verhütungsmittel nicht vorhanden sind und sie Verkehr haben wollen, eher gar nicht verhüten, als dass sie den „tabuierten“ Coitus interruptus anwenden.
- *Nichtkoitaler Sex.* Das Sexualverhalten heterosexueller Jugendlicher ist (nach dem ersten Geschlechtsverkehr) offenbar ebenso koituszentriert wie das heterosexueller Erwachsener. Informationen und Diskussionen über die vielfältigen Formen nichtkoitaler Sexualität als kompetente, erwachsene, erotische und verhütungsrelevante sexuelle Praxis sind ein weiterer Aspekt sexualpädagogischer Arbeit, vor allem auch in der Jungenarbeit.

- „Pille danach“. Das Wissen vieler Jugendlicher über die „Pille danach“ ist unzureichend. Das gilt in ganz besonderem Maße für 12- bis 14-Jährige und für Hauptschülerinnen. Die Information über diese Form der Nachverhütung muss verbessert werden. Darüber hinaus sollte die reale Schwelle durch rezeptfreien und (für Jugendliche) kostenlosen Zugang ebenso gesenkt werden wie die „mentale“ Schwelle (Nicht-Wahrnehmen, Nicht-ernst-Nehmen oder Verleugnen einer Verhütungspanne). Die Botschaft muss lauten: Die „Pille danach“ lieber einmal zu viel als einmal zu wenig nehmen. Bisher ist die potenzielle Bedeutung der „Pille danach“ für die Vermeidung von Jugendschwangerschaften verkannt oder eklatant vernachlässigt worden.

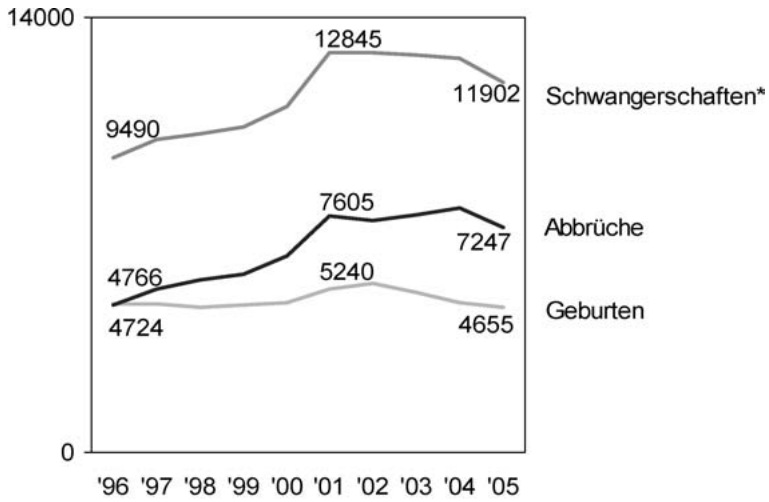
Viele dieser Schlussfolgerungen richten sich an Sexuaufklärung und Sexualpädagogik, einige weisen jedoch weit darüber hinaus. Der enge Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und mangelnden Zukunftschancen einerseits und dem Vorkommen von ungewollten Jugendschwangerschaften andererseits ist auch eine Herausforderung für die Bildungs-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik.

Literatur

- Bozon M, Kontula O. Sexual initiation and gender in Europe. A cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. In: Hubert M, Bajos N, Sandfort T (Hrsg). *Sexual behavior and HIV/AIDS in Europe*. London: UCL Press, 1998
- [Bravo] „Dr.-Sommer-Studie Liebe, Körper, Sexualität“. München: Bauer Verlagsgruppe, 2006
- [BZgA] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). *Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2005*. Köln: BzGA, 2006
- Christensen HT. Scandinavian and American sex norms. Some comparisons with sociological implications. *J Social Iss* 1966; 22 (2): 60–75
- Gebhardt WA, Kuyper L, Dusseldorp E. Condom use at first intercourse with a new partner in female adolescents and young adults. The role of cognitive planning and motives for having sex. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 217–224
- Häußler-Sczepan M, Wienholz S, Michel M. *Teenagerschwangerschaften in Sachsen*. Köln: BzGA, 2005
- Henshaw SK. *US teenage pregnancy statistics, with comparative statistics for women aged 20–24*. New York: The Alan Guttmacher Institute, 2004
- Jorgensen SR, King SL, Torrey BA. Dyadic and social network influences on adolescent exposure to pregnancy risk. *J Marriage Fam* 1980; 42: 141–155
- Love LT, McIntosh J, Rosst M, Tertzakian K. *Fostering hope. Preventing teen pregnancy among youths in foster care*. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2005
- McRobbie A. *Feminism and youth culture*. London: MacMillan, 1991
- Peckam S. *Unplanned pregnancy and teenage pregnancy. A review*. Southhampton: Institute for Health Policy Studies, University of Southhampton, 1992
- [Spiegel] Die unaufgeklärte Nation. *Der Spiegel*, Heft 39, 21. September 2002
- Stone N, Ingham R. Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: The importance of partner communication. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 191–197
- Teenage pregnancy. Presented to Parliament by the Prime Minister by command of Her Majesty. [London], 1999 (<http://www.socialexclusionunit.gov.uk/downloaddoc.asp?id=69>)
- Thoß E, Schmidt K, Block K, Matthiesen S, Mix S, Weiser S. Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Teilstudie 1. Soziale Situation, Umstände der Kon-

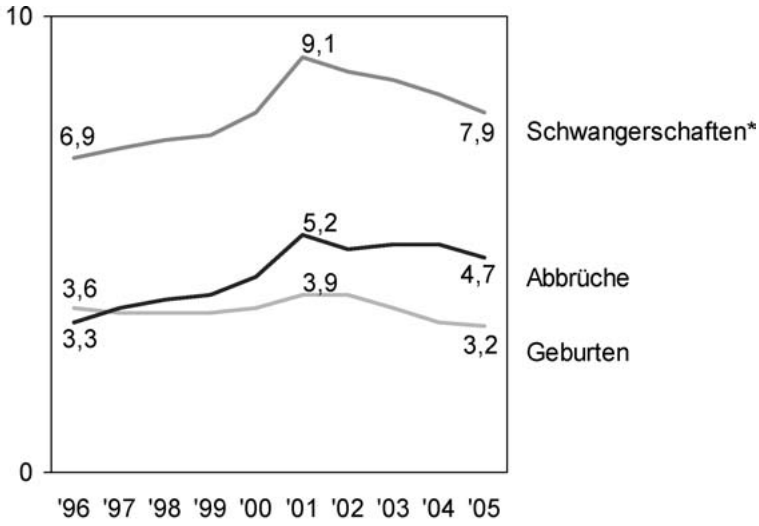
- zeption, Schwangerschaftsausgang. Ergebnisse einer empirischen Studie an 1801 schwangeren Frauen unter 18 Jahren. www.jugendschwangerschaften.de
- Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Ingham R, Jaramazovic E, Stevens D. Factors and processes in heterosexual competence and risk: An integrated review of the evidence. *Psychol Health* 1999; 14: 25–50
- Weller K. Deutschland – eine „unaufgeklärte Nation“? *BzGA-Forum Sexuaufklärung und Familienplanung* 2003; H. 4: 39–44
- Zabin LS, Kantner JF, Zelnik M. The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse. *Fam Plann Perspect* 1979; 11: 215–222
- Zelnik M, Kantner JF. Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metropolitan-area teenagers: 1971–1979. *Fam Plann Perspect* 1980; 12: 230–237
- Zelnik M, Kantner JF, Ford K. *Sex and pregnancy in adolescence*. New York: Sage, 1981

Dipl.-Soz. Elke Thoß
Pro Familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt/Main
international@profamilia.de



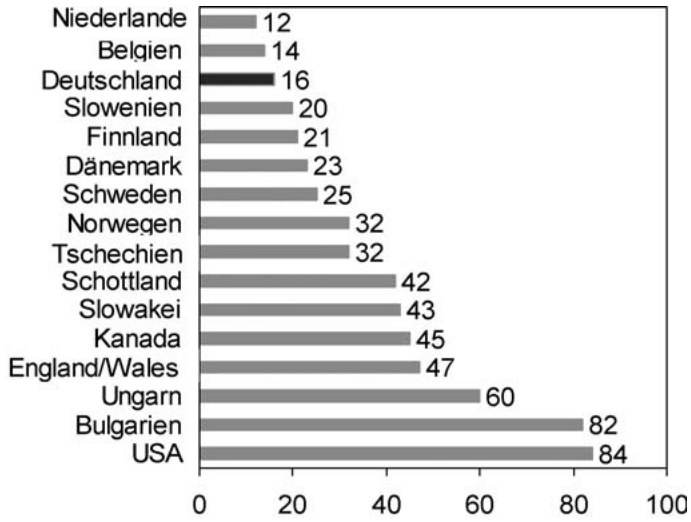
* Schwangerschaften = Geburten + Abbrüche. Über Fehlgeburten liegen keine Daten vor.
Quelle: Statistisches Bundesamt

Abb. 1 Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von Frauen unter 18 Jahren, 1996–2005, Häufigkeiten in absoluten Zahlen



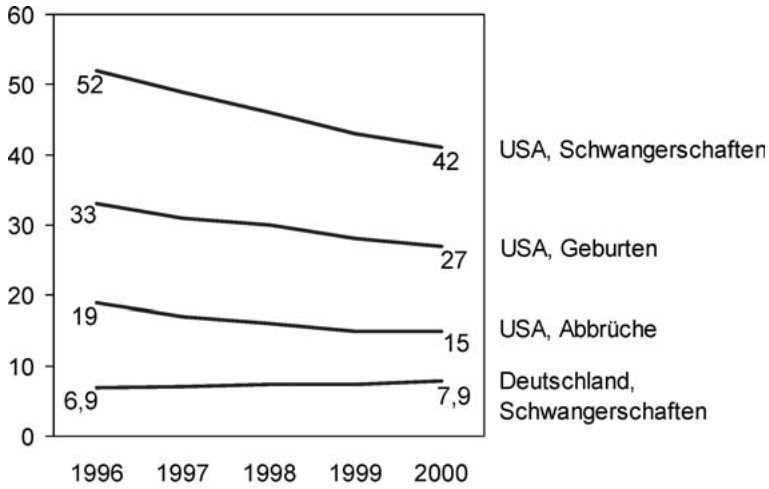
* Schwangerschaften = Geburten + Abbrüche. Über Fehlgeburten liegen keine Daten vor.
Quelle: Statistisches Bundesamt

Abb. 2 Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von 15- bis 17-jährigen Frauen, 1996–2005, Raten per 1000 Frauen



Quelle: The Alan Guttmacher Institute, 2000

Abb. 3 Schwangerschaften 15- bis 19-jähriger Frauen im internationalen Vergleich, Raten per 1000 Frauen



*Schwangerschaften = Geburten + Abbrüche. Über Fehlgeburten liegen keine Daten vor.
Quelle: The Alan Guttmacher Institute, 2001

Abb. 4 Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von 15- bis 17-jährigen Frauen, Deutschland und USA, 1996–2000, Raten per 1000 Frauen

Tab. 1 Erhebungsinstrument und Stichprobe

Erhebungsinstrument: Standardisiertes Kurzinterview

soziodemografische und biografische Daten

Angaben zum Partner

Angaben zu den Umständen der Konzeption

Stichprobe: 1801 schwangere Frauen unter 18 Jahren

Erhebungszeit: Juni 2005 bis Februar 2006

Erhebungsort: 138 von 160 (86%) Pro-familia-Beratungsstellen in allen Bundesländern

Teilnahmequote: 79% aller schwangeren Minderjährigen, die im Erhebungszeitraum diese Beratungsstellen konsultierten

Beratungsart: §219-Beratung 56%, allgemeine Schwangerschaftsberatung 33%, unklar 11%

Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Befragung: 2. – 4. Woche 3%; 5. – 12. Woche 72%; 13. – 30. Woche 21%; 31. – 38. Woche 4%

Die Studie umfasst etwa 20% aller Frauen unter 18 Jahren, die im Erhebungszeitraum in der Bundesrepublik schwanger wurden.

Tab. 2 War die Schwangerschaft geplant? (Schwangere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	<i>gesamt</i>	<i>12-14 Jahre</i>	<i>15 Jahre</i>	<i>16 Jahre</i>	<i>17 Jahre</i>	<i>für Austragen entschieden*</i>
<i>geplant</i>	4	3	4	4	5	8
<i>unklar</i>	4	5	2	5	4	4
<i>ungeplant</i>	92	92	94	92	92	88

Unterschiede zwischen den Altersgruppen ns.

* Frauen, die eine allgemeine Schwangerschaftsberatung nach der 12. Woche in Anspruch nahmen (vgl. S. 351)

Tab. 3 Alter schwangerer Frauen unter 18 Jahren

	<i>schwangere Frauen (%)</i>	<i>Schwangerschaftsrate (per 1 000 Frauen)*</i>
<i>Alter</i>		
<i>12 Jahre</i>	0,2	0,05
<i>13 Jahre</i>	0,8	0,2
<i>14 Jahre</i>	7	2
<i>15 Jahre</i>	17	5
<i>16 Jahre</i>	33	10
<i>17 Jahre</i>	42	12
<i>gesamt</i>	100	29**
<i>Bereich (J)</i>	12,0–7,9	
<i>Mittelwert (J)</i>	16,6	

* Geschätzte Werte, unter der Voraussetzung, dass (1) die Altersverteilung schwangerer Frauen in der Stichprobe die Altersverteilung in der Population aller schwangeren Minderjährigen abbildet, und (2) die Populationen der sechs Jahrgänge in etwa gleich groß sind

** Vermindert man diesen Wert um den Anteil der Mehrfachschwangerschaften bei minderjährigen Frauen (10% in unserer Stichprobe), dann erhält man einen Schätzwert für die kumulative Verbreitung von Schwangerschaften vor dem 18. Geburtstag. Demnach werden derzeit etwa 2,6% aller Frauen vor dem 18. Geburtstag mindestens einmal schwanger.

Tab. 4 Schulbildung schwangerer Frauen unter 18 Jahren (in %)

	<i>gesamt</i>	<i>12-14 Jahre</i>	<i>15 Jahre</i>	<i>16 Jahre</i>	<i>17 Jahre</i>
<i>Hauptschule</i>	54	49	52	59	52
<i>Realschule</i>	35	42	37	30	37
<i>Gymnasium</i>	11	9	11	11	11

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind nicht signifikant.