



Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen

Teilstudie I. Soziale Situation, Umstände der Konzeption,
Schwangerschaftsausgang

Ergebnisse einer Erhebung an 1801 schwangeren Frauen unter
18 Jahren

Projektleitung: Elke Thoss (Frankfurt a.M.), Gunter Schmidt (Hamburg)
Projektmitarbeiterinnen: Karin Block, Silja Matthiesen, Svenja Mix (Hamburg)
Projektkoordination: Sigrid Weiser (Frankfurt a.M.)
Förderung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Inhalt

Vorbemerkung	3
Einleitung. Jugendsexualität und Jugendschwangerschaften: Tendenzen	5
Jugendsexualität	
Nehmen Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche minderjähriger Frauen zu?	
Regionale Unterschiede	
Internationale Vergleiche	
Vergleiche mit jungen erwachsenen Frauen	
Folgerungen	
Methodik	15
Wer wird schwanger?	18
Alter	
Schulbildung, soziale Benachteiligung	
Exkurs: Wie unterscheidet sich das Sexualverhalten von Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen?	
Familiäre Verhältnisse, Wohnverhältnisse	
Migration	
Alter der Mütter schwangerer Teenager bei der Geburt ihres ersten Kindes	
Partner und Paare	25
Feste Beziehungen und sexuelle Erfahrungen des Paares	
Alter der Partner und Altersdifferenz der Paare	
Schulbildung und soziale Benachteiligung des Partners, Schichtdifferenzen der Paare	
Sexuelle Erfahrungen	28
Verhütung beim Geschlechtsverkehr, der zur Konzeption führte	29
Die „Pille danach“	31
Wer weiß von der Schwangerschaft?	33
Mehrfachschwangerschaften	34
Ausgang der Schwangerschaft.....	35
Austragen oder Abbrechen?	
Determinanten des Schwangerschaftsausgangs	
Der Einfluss der Konfession	
Resümee	40
Zusammenfassung zentraler Ergebnisse	
Folgerungen für die Prävention	
Anhang: Muster des Dokumentationsbogens	

Vorbemerkung

In den letzten Jahren hat es in Deutschland heftige Diskussionen über die Zunahme von Teenagerschwangerschaften¹ gegeben, die verschiedene empirische Untersuchungen zu diesem Thema angeregt haben.² Bisher fehlen aber umfassende empirische Daten

- über die demographische Zusammensetzung der Gruppe jugendlicher Schwangerer und der Gruppe ihrer Partner;
- über Situationen und Lebenslagen, in denen minderjährige Frauen schwanger werden;
- über sexuelle Verhaltensweisen dieser Gruppe;
- über die Umstände der Konzeption und die Gründe für das Versagen der Empfängnisverhütung;
- über Faktoren, die die Entscheidung für einen Abbruch bzw. das Austragen der Schwangerschaft beeinflussen;
- über das Erleben der Schwangerschaft, des Schwangerschaftsabbruchs und über die Erfahrungen mit den in Anspruch genommenen medizinischen und beraterischen Diensten;
- über die Bedürfnisse minderjähriger Frauen und ihrer Partner vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Das pro familia Forschungsprojekt Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen soll zur Klärung dieser Fragen beitragen und praxisrelevante Erkenntnisse für die Prävention ungewollter Schwangerschaften sowie für eine bedarfsgerechte Abbruchberatung und -versorgung erbringen. Die Untersuchung umfasst zwei Teilstudien:

- (1) Eine quantitative Studie (Teilstudie I: Dokumentation) an 1801 schwangeren minderjährigen Frauen, die zwischen Juni 2005 und Februar 2006 bei pro familia-Beratungsstellen eine Schwangerschaftskonfliktberatung nach §219 StGB oder eine allgemeine Schwangerschaftsberatung aufsuchten.
- (2) Eine qualitative Studie (Teilstudie II: Interviewstudie) an 65 minderjährigen Frauen (leitfadengestützte Interviews), die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, und zwar zwei bis drei Monate nach dem Abbruch.³

In diesem Bericht werden wir die Ergebnisse der quantitativen Studie präsentieren. Die Interviewstudie befindet sich noch in der Phase der Datenerhebung. In den Interviews schildern die Befragten möglichst frei die Geschichte ihrer Schwangerschaft und ihres Abbruchs. Zusätzlich sollen 10 Partner interviewt werden. Die Ergebnisse werden im Sommer 2007 vorliegen.

Pro familia hat sich dem Konzept der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte verpflichtet.⁴ Das Menschenrecht auf Familienplanung wurde von den Vereinten Nationen 1994

¹ Unter „Teenagern“ verstehen wir in diesem Text junge Frauen unter 18 Jahren.

² Monika Friedrich und Annette Remberg (2004) betrachten in ihrer Studie „Wenn Teenager Mütter werden ...“ die Lebenssituation von Teenagern, die sich für die Geburt eines Kindes entscheiden. Sie gehen der Frage nach, wie viel Unterstützung jugendliche Schwangere und junge Eltern benötigen, um der neuen Lebenssituation gewachsen zu sein. Andere Studien untersuchen Angebote und Hilfebedarfe für minderjährige Schwangere aus professioneller Sicht. In ihrer Untersuchung „Teenagerschwangerschaften in Sachsen“ beleuchteten Monika Häußler-Sczepan, Sabine Wienholz und Marion Michel (2005) die Perspektive von Experten und Expertinnen, die mit der Betreuung und Beratung von schwangeren Teenagern in Sachsen befasst sind.

³ Die Situation jugendlicher Mütter untersuchten Friedrich und Remberg (a.a.O.), die Teilstudie II (Interviewstudie) befasst sich deshalb ausschließlich mit Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen.

in Kairo von der UN-Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in den erweiterten Orientierungsrahmen sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte gestellt. Frauen und Männer haben demnach das Recht selbstbestimmt darüber zu entscheiden, wann und wie viele Kinder sie bekommen und ob sie überhaupt Kinder bekommen wollen.

In der vorliegenden Studie ebenso wie in der noch folgenden Interviewstudie wird von folgenden Grundannahmen ausgegangen:

- Die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften ist ein wesentliches Kriterium für die reproduktive Gesundheit von Frauen und Männern.
- Reproduktive Gesundheit korrespondiert in hohem Maß mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Dazu gehören Information und Aufklärung über Sexualität, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch, der ungehinderte Zugang zu Diensten der Familienplanung und die Qualität der psychosozialen und medizinischen Versorgungseinrichtungen.
- Die freie Wahl darüber ob eine Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird, ist von zentraler Bedeutung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit junger Frauen und Männer.
- Ein Schwangerschaftsabbruch ist eine medizinische Dienstleistung, die sich nach den Bedürfnissen und der Gesundheit der Frauen ausrichtet, d.h. ihre Entscheidung akzeptiert, ihre psychische Befindlichkeit berücksichtigt und ihre körperliche Belastung gering hält.

Wir danken den jungen Frauen, die sich an unserer Studie beteiligt haben und den BeraterInnen der pro familia für ihre engagierte Mitarbeit bei der Durchführung der Befragung.

⁴ Vgl. International Planned Parenthood Federation (IPPF): Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte. Deutsche Übersetzung: pro familia Bundesverband, 1997 und pro familia Bundesverband: Für selbstbestimmte Sexualität. Ziele und Programm, 2002.

Einleitung. Jugendsexualität und Jugendschwangerschaften: Tendenzen

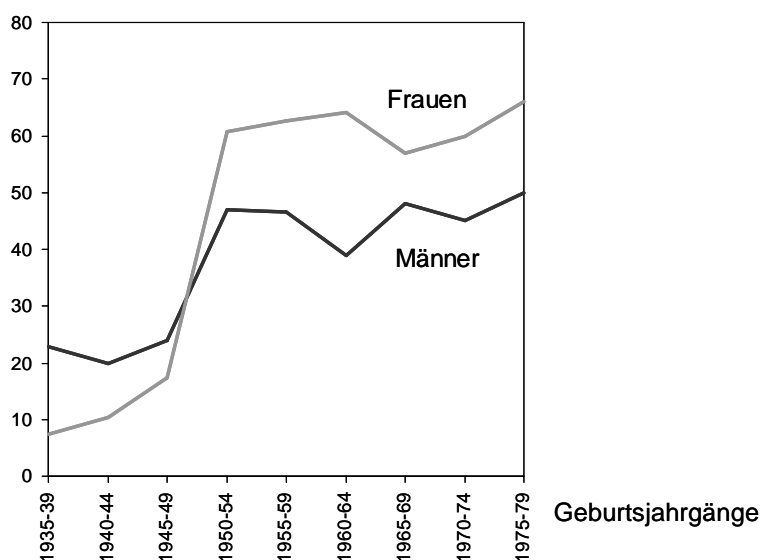
Bevor wir die Ergebnisse der quantitativen Studie präsentieren, wollen wir den Hintergrund des Projekts skizzieren und den Fragen nachgehen, wie sich das sexuelle Verhalten Jugendlicher und das Vorkommen von Schwangerschaften, Geburten und Abbrüchen bei minderjährigen Frauen in den letzten Jahren und Jahrzehnten verändert hat.

Jugendsexualität

In den späten 1960ern und frühen 1970ern kam es in den westlichen Industriegesellschaften zu einem massiven Liberalisierungsschub sexueller Verhältnisse. Der Kern dieser „sexuellen Revolution“ lässt sich einfach benennen: Die Ehe verlor ihr Monopol, Sexualität zu legitimieren, eheliche und nichteheliche Sexualität wurden gleich gestellt. Dieser Prozess hat viele Erscheinungsformen: Verheiratete und unverheiratete Erwachsene unterschieden sich nun kaum noch in ihrer sexuellen Aktivität; nichteheliche Beziehungs- und Familienformen wurden häufiger und salonfähig; schwule und lesbische Sexualität brachen aus dem Ghetto des Verbotenen und Abnormen aus und wurden zu „gesunden“ Variationen menschlicher Sexualität; und – in unserem Zusammenhang besonders wichtig – Jugendsexualität wurde üblich und gesellschaftlich weit gehend akzeptiert.

Die Veränderungen der Jugendsexualität sollen an einem Beispiel, dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, demonstriert werden. Abbildung 1 zeigt den Anteil der Frauen und Männer, die ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 18 Jahren oder früher hatten, und zwar für die Geburtsjahrgänge 1935 bis 1979, also für Generationen, die ihre Adoleszenz in den frühen 1950ern und in den frühen 1990ern erlebten. Von den vor 1950 geborenen Frauen hatten weniger als 20% ihren ersten Koitus mit 18 Jahren oder früher, nach der Liberalisierung waren es mehr als 60%. Das ist eine dramatische Veränderung. Sie setzte einigermaßen abrupt bei den zwischen 1950 und 1954 geborenen Frauen (und Männern) ein, also bei denjenigen, die um 1970 18 Jahre alt waren.

Abb. 1 Zeitliche Trends: Anteil der Jugendlichen, die ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 18 Jahren oder früher hatten, nach Geburtsjahrgang (1935-1979) (in %)

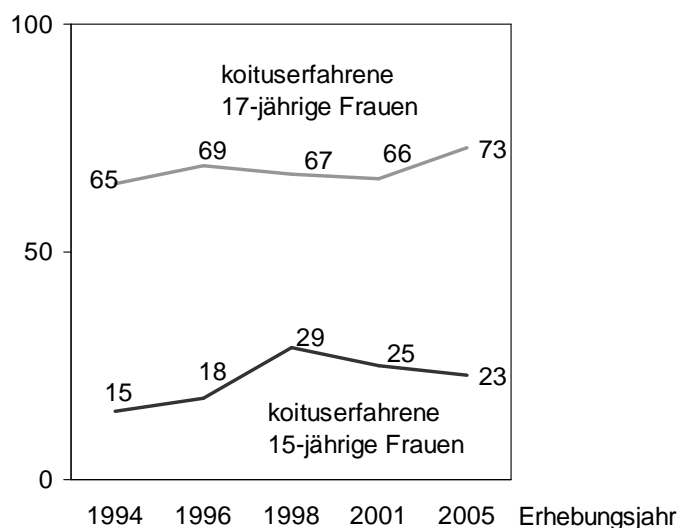


Quelle: Deutsche Studentinnen und Studenten, Schmidt et. al. 2000

Der Umbruch jugendlichen Sexualverhaltens erfolgte mithin Ende der 1960er, Anfang der 1970er, eben auf der Höhe der „sexuellen Revolution“. Die Daten stammen übrigens von deutschen Studierenden.⁵ Aber gleiche Trends lassen sich, mal auf höherem, mal auf niedrigerem Niveau, auch bei Jugendlichen mit anderer Schulbildung beobachten, bei katholischen wie bei protestantischen oder konfessionslosen Jugendlichen, in Ländern mit liberaler (Skandinavien) und restriktiver Sexualtradition (südeuropäische Länder), in Westeuropa wie in den USA und Kanada. Die sexuelle Liberalisierung war ein globales Ereignis in den westlichen Industriegesellschaften.⁶

Seit den 1970er Jahren hat es im Hinblick auf das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr keine wesentlichen Veränderungen gegeben. Die Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)⁷ an Jugendlichen aller sozialen Schichten der Geburtsjahrgänge 1977 bis 1990 zeigen lediglich, dass der Anteil der „early starters“, also derjenigen, die mit 15 Jahren schon koituserfahren sind, in den letzten Jahren bei den Mädchen leicht zugenommen hat (Abbildung 2). Die verbreitete Annahme „Jugendliche fangen immer früher an“ ist ein Mythos. Die „Subjekte“ der Jugendsex-Revolution sind heute um die 50 Jahre alt. Sie sind die „Rebellen“, nicht ihre Töchter und Söhne.

Abb. 2 Zeitliche Trends: Prozentsatz koituserfahrener 15- und 17-jähriger Frauen, nach Erhebungsjahr (1994-2005)*



* Geburtsjahrgänge 1977-1991
Quelle: BZgA 2006

Bei den Jungen sehen wir ähnliche Trends wie bei den Mädchen, aber sie sind weniger ausgeprägt (Abbildung 1). Die Mädchen haben die Jungen „überholt“, sie beginnen heute früher mit dem Geschlechtsverkehr.⁸ Das traditionelle Muster der Geschlechtsunterschiede – Jungen fangen früher an – hat sich in sein Gegenteil verkehrt. Das hat einen einfachen Grund: Die sexuelle Liberalisierung geht einher mit einem Abbau der Doppelmoral und mit der Angleichung der Geschlechter im Hinblick auf sexuelle Optionen und Rechte. Warum, so kann man

⁵ G. Schmidt (Hg.). Kinder der sexuellen Revolution. Kontinuität und Wandel studentischer Sexualität 1966 – 1996. Psychosozial, Gießen 2000.

⁶ Vgl. V. Sigusch und G. Schmidt. Veränderungen in den Sechziger Jahren. In: G. Schmidt (Hg.). Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder. Enke, Stuttgart 1993; M. Bozon und O. Kontula. Sexual initiation and gender in Europe. A crosscultural analysis of trends in the Twentieth Century. In: M. Hubert, N. Bajos und T. Sandfort (Hg.). Sexual behavior and Hiv/ Aids in Europe. UCL Press, London 1998.

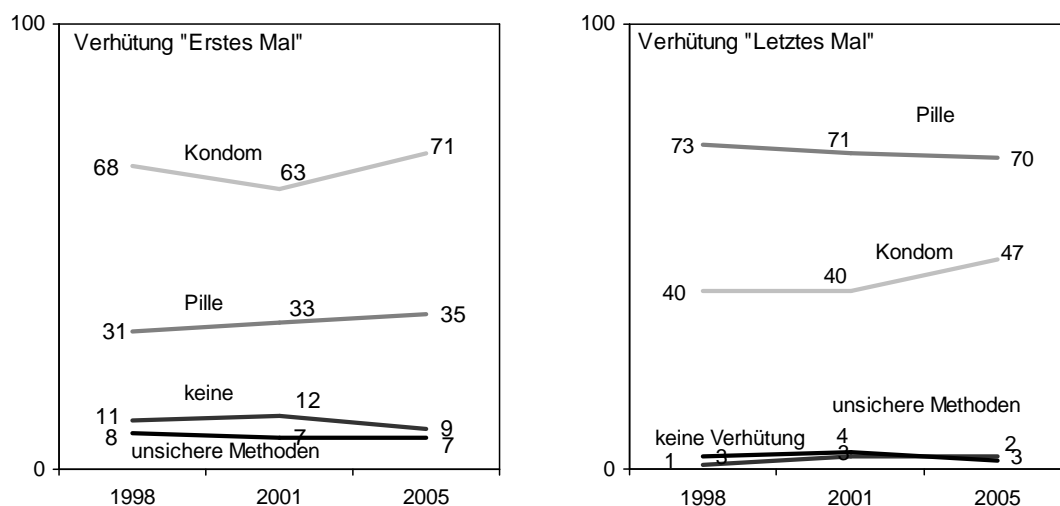
⁷ BZgA (Hg.). Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2005. BZgA, Köln 2006.

⁸ Vgl. dazu auch BZgA 2006, a.a.O..

fragen, fangen Jungen und Mädchen nicht gleichzeitig an? Die Antwort ist einfach: Weil Mädchen immer noch Jungen als Partner bevorzugen, die ein wenig älter sind als sie selbst und Jungen Mädchen, die ein wenig jünger sind. Diese einfache Tatsache erklärt die beschriebenen Geschlechtsunterschiede nach dem „modernen“ Muster.

Wenn elterliche und gesellschaftliche Verbote entfallen, müssen Jugendliche selbst die Verantwortung für ihr sexuelles Handeln übernehmen. Funktioniert das? Im Großen und Ganzen ziemlich gut. Die allermeisten Jugendlichen, deutlich über 80%, haben ihren ersten Geschlechtsverkehr heute irgendwann zwischen 15 und 19 Jahren, und diese große Varianz zeigt, dass die meisten die Fähigkeit haben, ihr eigenes Maß, ihr eigenes Tempo zu finden. Die Verantwortung, die Jugendliche übernehmen, lässt sich an ihrem Verhütungsverhalten am deutlichsten ablesen. Ungefähr vier Fünftel der Jugendlichen schützen sich beim „ersten Mal“ vor einer unerwünschten Schwangerschaft durch die Einnahme der „Pille“ oder die Benutzung eines Kondoms (Abbildung 3). Mit zunehmender sexueller Erfahrung, schon beim „zweiten Mal“, verbessert sich das Verhütungsverhalten deutlich, beim „letzten Mal“ hatten etwa 95% aller Jugendlichen sicher verhütet.⁹

Abb. 3 Zeitliche Trends: Verhütung minderjähriger Frauen, nach Erhebungsjahr (1998-2005, in %)*



* Geburtsjahrgänge 1981-1991. Die Prozentzahlen für die einzelnen Erhebungen addieren sich auf mehr als 100%, da 20-25% der Frauen mit Pille und Kondom verhütet haben.

Unsichere Methoden: Unterbrochener Verkehr, Zäpfchen, Schaum, „sichere Tage“

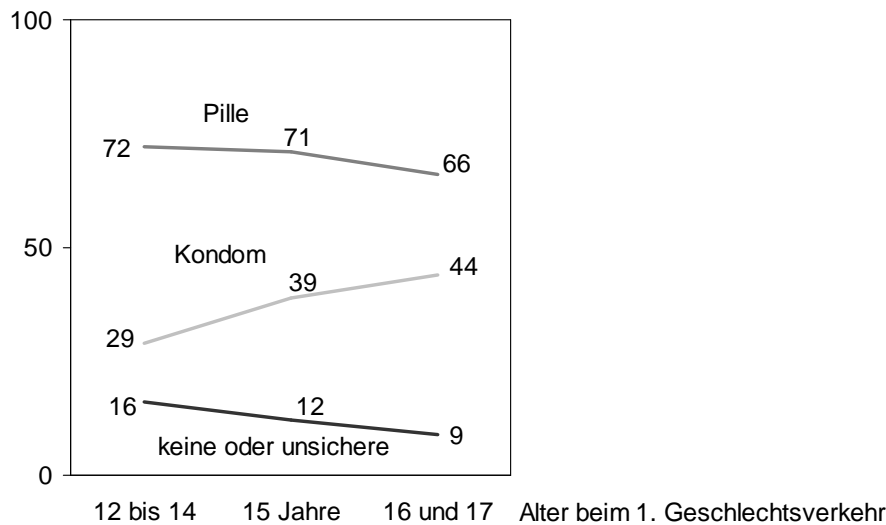
Quelle: BZgA 2006

Überraschenderweise verhüten Jüngere (12- bis 14-Jährige) fast genauso sorgsam wie die Älteren (16- und 17-Jährige, Abbildung 4, nächste Seite). In allen Ländern der EU zeigen empirische Studien zur Jugendsexualität eine kontinuierliche Verbesserung des Verhütungsverhaltens seit den 1970ern.¹⁰ Trotz der weiten Verbreitung sexueller Beziehungen Jugendlicher ist das Vorkommen von Teenagerschwangerschaften in Deutschland und in den meisten europäischen Ländern deshalb eher gering. Hierauf werden wir noch näher eingehen.

⁹ Eine Untersuchung aus dem Jahr 1970 an 16- und 17-jährigen Jugendlichen zeigt das Ausmaß der Veränderungen jugendlichen Verhütungsverhaltens. Damals verhüteten von den Mädchen lediglich 39% beim „ersten Mal“ und 60% beim „letzten Mal“ mit Pille und/oder Kondom (V. Sigusch und G. Schmidt. Jugendsexualität. Dokumentation einer Untersuchung. Enke, Stuttgart 1973).

¹⁰ Vgl. M. Bozon und O. Kontula 1998, a.a.O.

Abb. 4 Verhütung minderjähriger Frauen beim ersten Geschlechtsverkehr nach Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (in %)*



* Geburtsjahrgänge 1988-1991. Die Prozentzahlen für die einzelnen Erhebungen addieren sich auf mehr als 100%, da 20-25% der Frauen mit Pille und Kondom verhütet haben.

Quelle: BZgA-Studie 2005, eigene Auswertung

Was wir hier als Skizze der Jugendsexualität präsentieren ist der „mainstream“, von dem es viele Abweichungen gibt. Zwei wollen wir nennen:

Erstens haben heute immer mehr Jugendliche, vor allem viele Hauptschulabgänger, geringe Chancen im Hinblick auf Ausbildung und Arbeit. Sie werden sozial marginalisiert, von Jugend an. Wir wissen aus soziologischen Studien zur Sexualität, dass soziale Marginalisierung und Verelendung mit einer Brutalisierung der Sexualität und einer Retraditionalisierung des Geschlechterverhältnisses, mit allen ihren Folgen für sexuelle Gewalt, einhergehen kann.¹¹ Die Auswirkungen der zunehmenden sozialen Perspektivlosigkeit auf die Sexualität Jugendlicher sind heute kaum vorherzusagen.

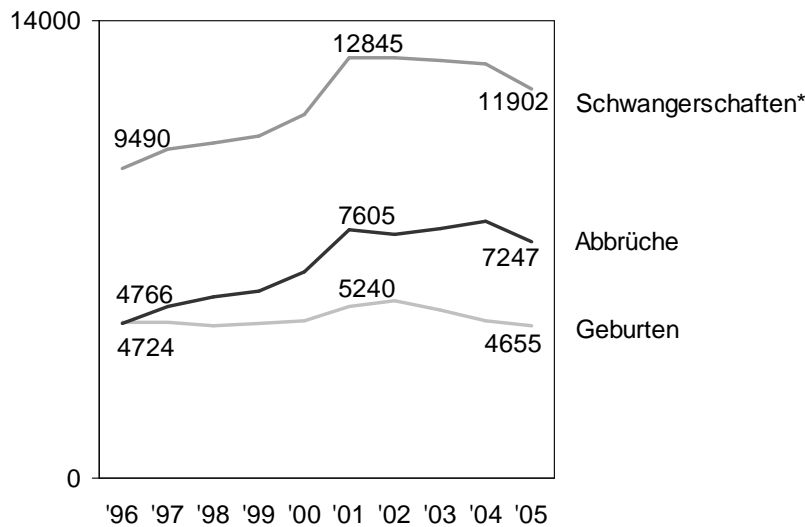
Zweitens leben in Deutschland viele Jugendliche aus Kulturkreisen, in denen eine traditionelle Sexual- und Geschlechterordnung herrscht. Sie übernehmen diese Ordnungen oder fügen sich ihnen und sind dann weit von den oben beschriebenen Verhältnissen entfernt. Oder sie übernehmen die Werte und Vorstellungen ihrer deutschen Peers und geraten dann in innere oder familiäre Konflikte.

Nehmen Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche minderjähriger Frauen zu?

Seit 1996 wird ein Anstieg von Schwangerschaften und daraus resultierend eine Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen bei jungen Frauen unter 18 Jahren in Deutschland verzeichnet. Abbildung 5 zeigt die absoluten Zahlen der Schwangerschaften, Abbrüche und Geburten von Frauen unter 18 für die Jahre 1996 bis 2005. Während die Zahl der Geburten in diesen Jahren etwa konstant blieb, sind die Schwangerschaften und Abbrüche um gut 3000 gestiegen. Der Anstieg erfolgte zwischen 1996 und 2001, in den letzten fünf Jahren sind auch die Zahlen für Schwangerschaften und Abbrüche konstant, der Aufwärtstrend ist zur Ruhe gekommen.

¹¹ Vgl. u.a.: H.T. Christensen. Skandinavian and American Sex Norms: Some Comparisons with Sociological Implications. *Journal of Social Issues*, 22 (2), 60-75, 1966. L. Rainwater. Marital Sexuality in Four Cultures of Poverty. *Journal of Marriage and the Family* (26), 457-466, 1964. L. Rainwater. Some Aspects of Lower Class Sexual Behavior. *Journal of Social Issues*, 22 (2), 96-108, 1966.

Abb. 5 Schwangerschaften*, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von Frauen unter 18 Jahren, 1996-2005, Häufigkeiten in absoluten Zahlen



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

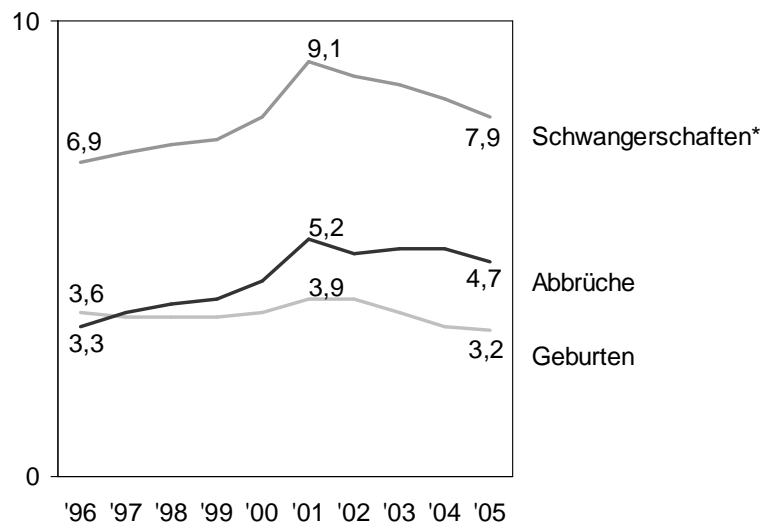
Drei Anmerkungen möchten wir zur Abbildung 5 machen:

- (1) Die Darstellung beginnt mit dem Jahr 1996, weil es davor keine zuverlässige Abbruchstatistik gibt. Die Abbruchzahlen des Statistischen Bundesamtes für die vorangehenden Jahre sind „underreported“, sie können mit den heutigen Zahlen nicht verglichen werden. Wer das tut, überschätzt die zeitlichen Veränderungen ganz erheblich, und ein Teil der Debatte über die Zunahme der Teenagerschwangerschaften ist genau hierauf zurückzuführen.
- (2) Die Zahl der Schwangerschaften umfasst nicht die Fehlgeburten, da diese statistisch nicht erhoben werden. Man schätzt, dass etwa 15% aller Schwangerschaften von Teenagern mit einer Fehlgeburt enden.¹² Die Zahl aller Teenagerschwangerschaften läge für 2005 danach bei knapp 14 000.
- (3) Absolute Zahlen sind kein gutes Maß für zeitliche Trends, da sie eventuelle Schwankungen in der Größe der Alterskohorten nicht berücksichtigen.

Deshalb sind Raten, die die Anzahl der Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche per 1000 Teenager beschreiben, das angemessene Kriterium für zeitliche Trends. Da die Teenagerpopulation in den letzten Jahren tatsächlich größer geworden ist, sind die Raten der Schwangerschaften weniger stark gestiegen als die absoluten Zahlen (um 114% gegenüber 125% zwischen 1996 und 2005). Abbildung 6 zeigt, dass die Raten seit fünf Jahren etwa konstant geblieben bzw. leicht rückläufig sind. Gegenwärtig werden 8 von 1000 15- bis 17-jährigen Frauen pro Jahr schwanger (etwa 9 wenn man die Fehlgeburten hinzu schätzt). 5 von 1000 machen einen Schwangerschaftsabbruch, 3 bis 4 von 1000 bekommen ein Kind. Das sind Jahresinzidenzen für die Gruppe der 15- bis 17-Jährigen.

¹² S. K. Henshaw. US teenage pregnancy statistics, with comparative statistics for women aged 20 – 24. The Alan Guttmacher Institute, New York 2004.

Abb. 6 Schwangerschaften*, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von 15- bis 17-jährigen Frauen, 1996-2005, (Raten per 1000 Frauen)



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

Ein etwas weniger abstraktes Bild bekommt man, wenn man fragt, wie viele Teenager heute minderjährig, also vor dem 18. Geburtstag, schwanger werden. Aufgrund der Jahresinzidenzen kann man schätzen, dass dies etwa 2,6% sind (vgl. S. 18), 1,6% haben einen Schwangerschaftsabbruch bevor sie 18 Jahre alt sind. Das sind kleine Minderheiten, aber nicht wenige.

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

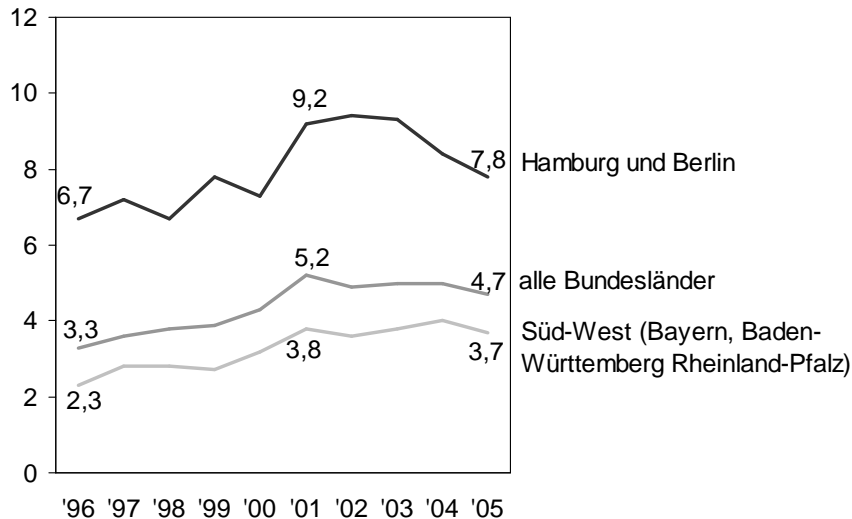
- (1) Es handelt sich um ein statistisches Artefakt. Möglicherweise dauerte es einige Jahre, bis die präzisere Erhebung der Abbrüche durch das statistische Bundesamt durchgesetzt wurde. Dafür sprechen die Kontinuität der Häufigkeit von Abbrüchen und Schwangerschaften in den letzten vier Jahren und die 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 1996 bis 2001, Konstanz seit 2001) wie bei minderjährigen Frauen (s.u., Abbildung 10).
- (2) Die oben (S. 6) beschriebene Zunahme der „early starters“ trägt zu der Zunahme von Teenagerschwangerschaften bei. Das ist durchaus möglich, denn die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft vor dem 18. Geburtstag nimmt mit der Dauer der koitusaktiven Zeit vor dem 18. Geburtstag zu.
- (3) Teenager verhüten heute schlechter als vor einigen Jahren. Die oben (S. 7) zitierten Daten der BZgA geben dafür keine Hinweise; auf größere Nachlässigkeit bei der Verhütung ist der Anstieg der Schwangerschaften in den späten 1990ern offenbar nicht zurückzuführen.

Regionale Unterschiede

Es gibt erhebliche regionale Unterschiede im reproduktiven Verhalten minderjähriger Frauen: Abbruchraten (Abbildung 7), Geburtenraten und mithin auch Schwangerschaftsraten (vgl. Fußnote zu Abbildung 7) sind in den südlichen Flächenstaaten (Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz) relativ niedrig, in den Metropolen und Stadtstaaten Berlin und Hamburg hingegen relativ hoch. Es sind vermutlich zwei Faktoren, die diese Unterschiede bedingen: Zum

einen der relativ hohe Anteil sozial benachteiligter Jugendlicher in den Großstädten;¹³ zum anderen die größere Verbreitung unkonventioneller sexueller Verhaltensformen in den Metropolen.¹⁴ Auch der Britische Regierungsbericht¹⁵ über „Teenage Pregnancy“ zeigt große regionale Unterschiede in der Prävalenz von Jugendschwangerschaften und belegt, dass sie in Großstädten und armen Gebieten besonders hoch ist.

Abb. 7 Schwangerschaftsabbrüche von 15- bis 17-jährigen Frauen, nach Bundesländern, 1996-2005, (Raten per 1000 Frauen)



Quelle: Statistisches Bundesamt

* In dieser Graphik sind nur die Schwangerschaftsabbruchraten wiedergegeben, da das Statistische Bundesamt die Geburtenraten der 15- bis 17-Jährigen nicht nach Bundesländern aufschlüsselt. Aus der Statistik der absoluten Anzahl der Geburten Minderjähriger lassen sich die Geburtenraten aber schätzen. Sie betragen z.B. für das Jahr 2004 etwa 2,7 per 1000 für die südwestlichen Bundesländer und etwa 4,7 für Hamburg und Berlin. Entsprechend liegt auch die Rate der Schwangerschaften 15- bis 17-jähriger Frauen im Südwesten deutlich niedriger als in den beiden Stadtstaaten, nämlich 6,7 bzw. 13,1. Die Schwangerschaftsabbruchquote, also die Anzahl der Schwangerschaften, die mit einem Abbruch enden, ist in beiden Regionen etwa gleich groß (60% - 64%).

Internationale Vergleiche

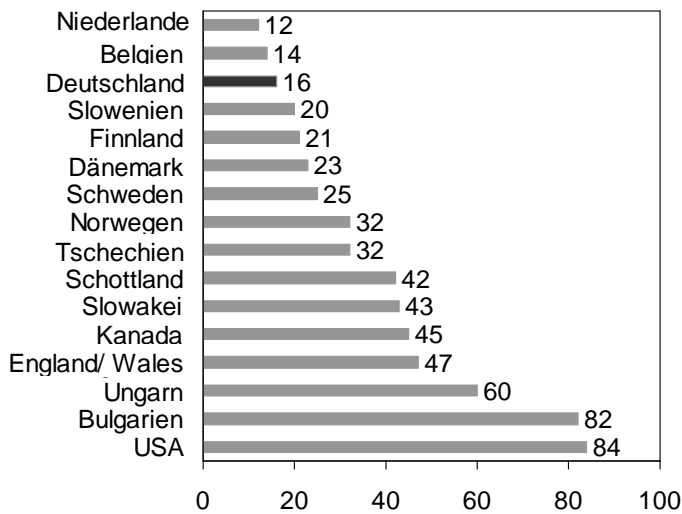
8 bis 9 Schwangerschaften pro 1000 15- bis 17-Jährige, sind das viele oder wenige? Ein internationaler Vergleich kann helfen, diese Frage zu diskutieren. Abbildung 8 zeigt Schwangerschaftsraten 15- bis 19-jähriger Frauen für verschiedene Länder (für 15- bis 17-Jährige gibt es keine Vergleichszahlen). Deutschland liegt zusammen mit anderen nordwesteuropäischen Staaten am unteren Ende der Verbreitung von Schwangerschaften junger Frauen, Großbritannien und Kanada im mittleren Bereich, die USA an der Spitze. Die Unterschiede sind massiv, die Rate in den USA ist fünfmal so hoch wie in Deutschland.

¹³ Für den Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und dem Vorkommen von Teenagerschwangerschaften vgl. S. 18f und S. 37ff.

¹⁴ Über die Unterschiede großstädtischer, kleinstädtischer und ländlicher Jugendlicher gibt es in Deutschland unseres Wissens keine gesicherten Daten. Sexualwissenschaftliche Surveys zeigen aber generell eine weitere Verbreitung „devianter“ Sexualformen in Großstädten („voreheliche“ und außereheliche Sexualität, Masturbation, Homosexualität, Sex mit vielen Partnern). Vgl. dazu E.O. Laumann, J.H. Gagnon, R.T. Michael und S. Michaels. The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States. University of Chicago Press, Chicago 1994; A.M. Johnson, J. Wadsworth, K. Wellings und J. Field. Sexual attitudes and lifestyles. Blackwell, Oxford 1994 sowie die Kinsey-Reporte 1948 und 1953.

¹⁵ Britischer Regierungsbericht „Teenage pregnancy“ 1999; http://www.dfes.gov.uk/teenagepregnancy/dsp_showDoc.cfm?FileName=teenpreg.pdf; abgerufen am 07.09.2006.

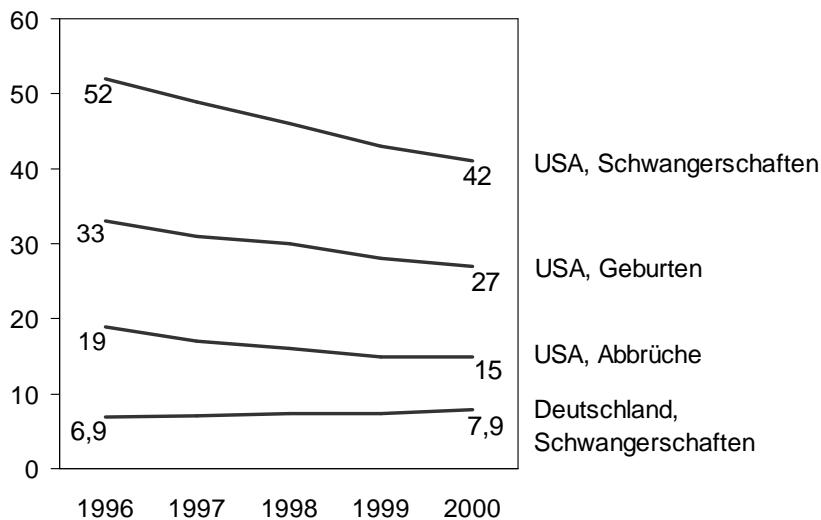
Abb. 8 Schwangerschaften 15- bis 19-jähriger Frauen im internationalen Vergleich, (Raten per 1000 Frauen)



Quelle: The Alan Guttmacher Institute, 2000

Abbildung 9 zeigt die gravierenden Unterschiede zwischen Deutschland und den USA noch einmal im Einzelnen für die 15- bis 17-Jährigen.

Abb. 9 Schwangerschaften*, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von 15- bis 17-jährigen Frauen, Deutschland und USA, 1996-2000, (Raten per 1000 Frauen)



*Schwangerschaften = Geburten + Schwangerschaftsabbrüche. Über Fehlgeburten liegen keine Daten vor.

Quelle: The Alan Guttmacher Institute, 2001

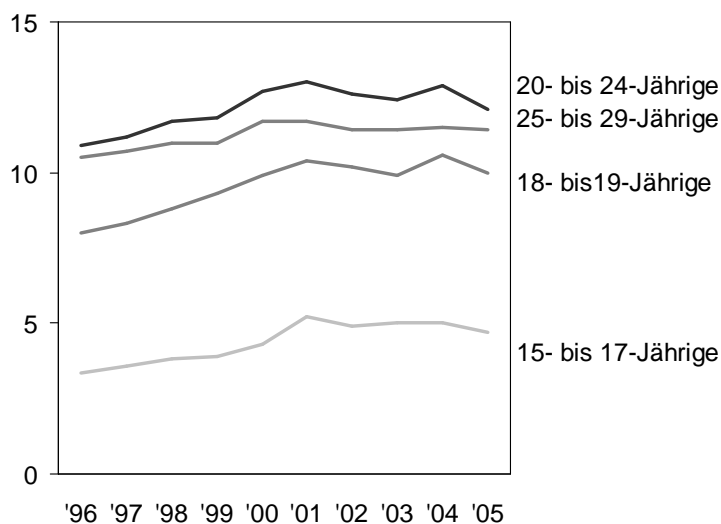
Diese Unterschiede sind auch theoretisch von Bedeutung: In den USA wird Jugendsexualität gesellschaftlich sehr viel restriktiver behandelt, wie die zahlreichen Abstinenzkampagnen der gegenwärtigen Regierung zeigen. Militante „pro-life“-Aktivisten stoßen dort auf sehr viel mehr Resonanz als hier. Man kann daraus schließen, dass illiberale gesellschaftliche Haltungen zur Jugendsexualität und restriktive gesellschaftliche Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch das Vorkommen von Teenagerschwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen eher befördern, wie auch andere unerwünschte Folgen der Jugendsexualität wie zum Beispiel sexuell übertragbare Krankheiten, Doppelmoral und sexuellen Zwang gegenüber Frauen. Es ist ein alter Satz der

Soziologie der Sexualität, dass die Liberalisierung und Akzeptanz der Jugendsexualität mit deren Zivilisierung einhergeht.¹⁶

Vergleiche mit jungen erwachsenen Frauen

Eine weitere Möglichkeit, die Schwangerschaftsabbruchraten von Teenagern ins Verhältnis zu setzen, liegt im Vergleich mit älteren Frauen (Abbildung 10). Dabei muss man natürlich in Rechnung stellen, dass die Wahrscheinlichkeit einer ungewollten Schwangerschaft mit der sexuellen Aktivität einer Gruppe eng zusammenhängt. Daher ist zu erwarten, dass die Abbruchraten älterer Frauen höher sind als die der Teenager. Tatsächlich haben Teenager die niedrigsten Abbruchraten – die Raten 18- bis 29-jähriger Frauen sind mehr als doppelt so hoch. Von den 15- bis 17-jährigen Frauen sind nach den Daten der BZgA heute etwa 45% koituserfahren, bei den über 24-Jährigen sind es nach neueren Sex-Surveys 95-100%.¹⁷ Setzt man die Schwangerschaftsabbruchraten ins Verhältnis zum Anteil der Koituserfahrenen, dann ergeben sich für die 15- bis 17-Jährigen in etwa gleich hohe oder etwas niedrigere Werte als für die 18- bis 29-Jährigen. Dieses widerspricht der gängigen Vermutung, dass Teenager per se schlechter verhüten als ältere Frauen.

Abb. 10 Schwangerschaftsabbrüche nach Alter der Frauen, 1996-2005 (Raten per 1000 Frauen)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Folgerungen

In einer sexualliberalen Gesellschaft, in der viele Jugendliche sexuell aktiv sind, wird es immer ungeplante und unerwünschte 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 schwierige Frage ist: Was ist wie vermeidbar und wo liegen die Grenzen für Aufklärung und einen rationalen Umgang mit der Sexualität? Die Unterscheidung von vermeidbarem Risiko und Restrisiko ist wichtig, weil wir damit anerkennen, dass ungeplante und ungewollte Schwangerschaften nicht immer auf Nachlässigkeit oder Inkompetenz zurückzuführen sind, sondern auch eine „natürliche

¹⁶ H.T. Christensen. a.a.O.

¹⁷ Vgl. BZgA 2006, a.a.O. sowie: E.O. Laumann u.a. 1994, a.a.O.; A.M. Johnson u.a. 1994, a.a.O.; G. Schmidt, S. Matthiesen, A. Dekker und K. Starke. Spätmoderne Beziehungswelten. Report über Partnerschafts und Sexualität in drei Generationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Gießen 2006.

Begleiterscheinung“ jugendlicher sexueller Aktivität. Das bewahrt uns davor, mit einem diskriminierenden Unterton über jugendliche Schwangere und deren Partner zu sprechen.

Methodik

Von Juni 2005 bis Februar 2006 wurden insgesamt 1801 schwangere Frauen unter 18 Jahren, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung oder eine allgemeine Schwangerschaftsberatung in einer pro familia-Beratungsstelle aufsuchten, anhand eines standardisierten Dokumentationsbogens befragt (vgl. Übersicht in Tabelle 1).

Der Bogen umfasste 40 Items zum sozialen und persönlichen Hintergrund der jungen Frau, zu ihrem Partner und zur Situation, in der es zur Konzeption gekommen war (s. Muster des Dokumentationsbogens im Anhang). 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 auf die Freiwilligkeit der Teilnahme aufmerksam gemacht. Das Vorgehen war mit dem Hamburger Datenschutzbeauftragten abgestimmt worden.

Tabelle 1 Pro familia Forschungsprojekt „Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen“, (Teilstudie I: Dokumentation)

Erhebungsinstrument: Standardisierter Fragebogen
Soziodemographische und biographische 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

79% der schwangeren Minderjährigen, die um Mitarbeit gebeten wurden, beteiligten sich an der Befragung. Das ist eine sehr hohe Teilnahmequote. 138 der 160 pro familia-Beratungsstellen (86%) nahmen an der Studie teil. Gründe für die Nichtbeteiligung wurden von 8 Beratungsstellen genannt. Sie gaben in einer Befragung aller Beratungsstellen an, im Erhebungszeitraum keine Klientinnen der Zielgruppe, keine Zeit oder fachliche bzw. beratungsethische Bedenken gehabt zu haben.

Die Befragten kommen aus allen Bundesländern (Tabelle 2, nächste Seite), 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 minderjährigen Schwangeren, die eine pro familia-Beratungsstelle konsultieren, sehr gut abbildet. Ob und inwieweit schwangere Klientinnen anderer Beratungsträger hiervon abweichen, können wir nicht sagen.

Tabelle 2 Anteil der befragten Frauen, nach Bundesländern (in %)

	befragte Frauen	Bevölkerung*
Bundesländer		
Baden- Württemberg	10,6	13,0
Bayern	4,1	15,0
Berlin	2,9	4,1
Brandenburg	8,4	3,1
Bremen	4,4	0,8
Hamburg	2,8	2,1
Hessen	9,8	7,4
Mecklenburg-Vorpommern	3,1	2,1
Niedersachsen	12,8	9,7
Nordrhein-Westfalen	19,2	21,9
Rheinland-Pfalz	3,6	4,9
Saarland	2,7	1,3
Sachsen	1,7	5,2
Sachsen-Anhalt	5,9	3,0
Schleswig-Holstein	3,4	3,4
Thüringen	4,5	2,9
Gesamt	100	100

* Quelle: Statistisches Bundesamt. Männer und Frauen aller Altersgruppen.

Die oben erwähnte hohe Teilnahmequote der schwangeren Frauen zeigt deren große Bereitschaft, an der Studie mit zu arbeiten. Unter der Rubrik „Kommentare der BeraterInnen“ vermerkten die InterviewerInnen im Dokumentationsbogen die Reaktionen einzelner Befragter (Tabelle 3). Kritisiert werden vor allem die Fragen nach den sexuellen Erfahrungen, die von einigen jungen Frauen als peinlich und grenzüberschreitend empfunden wurden. Andere Befragte zeigten keine Vorbehalte oder reagierten sogar positiv. Darüber hinaus machten eine Reihe von Befragten Vorschläge, welche Themen in einer solchen Befragung noch berücksichtigt werden könnten, zum Beispiel: „welche Gefühle die Schwangere hat“, „wie der Freund auf die Schwangerschaft reagiert und sich kümmert“, „wie der Partner zur Abtreibung steht“, „welche Gründe es für eine Abtreibung gibt“, „ob man einmal Kinder haben möchte“, „welche Umstände (Party, Alkohol) eine Rolle spielten“, „was man über Verhütung weiß“, „welche Meinung die Eltern zur Schwangerschaft haben“, „welche Gründe das Nichtverhüten hat“, „zu welcher Entscheidung man neigt“, „welche Zukunftspläne man hat“. Viele dieser Themen sind im Leitfaden der Interviewstudie (Teilstudie II) enthalten.

Tabelle 3 Wie beurteilten die Klientinnen die Befragung?*

Ablehnung und Kritik

- „'Ich will nicht mehr'. Mit der Frage 21 (nach der Anzahl der Sexualpartner) war die Befragung vorbei. Es war ihr ‚zu blöd‘“ (über eine 13-jährige Hauptschülerin).
- „Fragen nach den sexuellen Erfahrungen wurden als ‚völlig daneben‘ eingestuft“ (über eine 16-jährige Gymnasiastin).
- „Frage 35 (nach der Anzahl der Sexualakte mit dem Partner) wurde von der Klientin als ‚unmöglich‘ abgelehnt“ (über eine 17-jährige Realschülerin).
- „Fragen 21, 22 und 35 (nach sexuellen Erfahrungen) waren der Klientin sehr unangenehm“ (über eine 17-jährige Realschülerin).
- „Einige Fragen empfand die Klientin als zu intim, diese wurden nicht beantwortet“ (über eine 17-jährige Realschülerin).
- „Es war der Klientin peinlich“ (über eine 17-jährige Hauptschülerin).
- „Hat manche Fragen als peinlich empfunden, war aber grundsätzlich bereit, das Forschungsvorhaben zu unterstützen“ (über eine 16-jährige Realschülerin).
- „Spontane Äußerung zur Frage 35 (nach der Anzahl der Sexualakte mit dem Partner):'Ich führe keine Strichliste'“ (über eine 15-jährige Realschülerin).
- „Interview war der Klientin zu lang“ (über eine 16-jährige Hauptschülerin).

Akzeptanz und Zustimmung

- „Sie dachte, die Fragen wären viel ‚schlimmer‘“ (über eine 16-jährige Gymnasiastin).
- „Anonymität war ihr wichtig: ‚hoffentlich erscheint kein Name‘“ (über eine 17-jährige Gymnasiastin).
- „Klientin war sehr ‚cool‘, wollte Gespräch schnell hinter sich bringen. Über den Fragebogen wurde dann doch ein tieferes Gespräch möglich“ (über eine 17-jährige Hauptschülerin).
- „Viel Offenheit, kichert eher über die persönlichen Fragen“ (über eine 14-jährige Hauptschülerin).
- „Die Klientin bemerkte, dass sie die Fragen nicht ‚zu nah‘ empfand und sich gut darauf einlassen konnte“ (über eine 17-jährige Hauptschülerin).
- „Klientin fand die Fragen unkompliziert und gut zu beantworten“ (über eine 15-jährige Hauptschülerin).
- „Spontane Antworten, sehr aufgeschlossen“ (über eine 15-jährige Hauptschülerin).
- „Klientin war sehr kooperativ“ (über eine 17-jährige Realschülerin).
- „Die Klientin war sehr offen in der Beantwortung der Fragen“ (über eine 17-jährige Hauptschülerin).
- „Flüssig und unkompliziert“ (über eine 17-jährige Hauptschülerin).
- „Entspannte Situation, angenehme Atmosphäre“ (über eine 17-jährige Gymnasiastin).
- „Habe den Eindruck, dass sich die Klientin durch die Teilnahme an der Studie aufgewertet fühlte, in dem Sinne: Es macht sich jemand Gedanken um meine Situation“ (über eine 16-jährige Realschülerin).
- „Klientin war sehr offen, an der Befragung teilzunehmen. Fühlte sich wertgeschätzt“ (über eine 15-jährige Gymnasiastin).
- „Ich hatte den Eindruck, dass die junge Frau von Herzen erleichtert war, auch von so intimen Dingen zu erzählen und auch Raum dafür zu haben und angenommen zu werden“ (über eine 17-jährige Hauptschülerin).

* Nach den frei formulierten Kommentaren der BeraterInnen

Wer wird schwanger?

Betrachten wir als erstes die Frage, welche jungen Frauen schwanger werden.

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 (Tabelle 4). Aus der Altersverteilung unserer Stichprobe lassen sich Schwangerschaftsraten der verschiedenen Altersstufen abschätzen. Danach werden heute pro Jahr etwa

- 5 von 100 000 12-Jährigen bzw.
- 12 von 1000 17-Jährigen schwanger.

In der Boulevardpresse wird immer wieder an prominenter Stelle aufgeregt und sensationsbetont über Schwangerschaften oder Geburten 12-jähriger oder jüngerer Mädchen berichtet. Solche Berichte vermitteln den Eindruck, dass frühe Schwangerschaften ein neues und zunehmend häufiges Problem seien. Demgegenüber ist festzuhalten, dass diese frühen Schwangerschaften ein äußerst seltenes Ereignis sind und aus statistischer Sicht das eine extreme Ende einer Verteilung markieren, die wie alle soziosexuellen Phänomene eine große Streubreite aufweist.

Tabelle 4 Alter schwangerer Frauen unter 18 Jahren

	schwängere Frauen (in %)	Schwangerschaftsrate (per 1000 Frauen)*
Alter		
12 Jahre	0,2	0,05
13 Jahre	0,8	0,2
14 Jahre	7	2
15 Jahre	17	5
16 Jahre	33	10
17 Jahre	42	12
Gesamt	100	29**
Bereich (J)	12,0 -17,9	
Mittelwert (J)	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 6 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.

Die kumulative Verbreitung von Schwangerschaften bei minderjährigen Frauen liegt, wie schon erwähnt, heute bei 2,6%, d.h. so viele Frauen werden vor ihrem 18. Geburtstag mindestens einmal schwanger (Tabelle 4, Fußnote).

Schulbildung, soziale Benachteiligung

Die Schulbildung hat einen massiven Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, minderjährig schwanger zu werden (Tabelle 5). 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 etwa fünfmal so hoch ist, minderjährig schwanger zu werden, wie das einer Gymnasiastin.¹⁸

Tabelle 5 Schulbildung schwangerer Frauen unter 18 Jahren (in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
Hauptschule*	54	49	52	59	52
Realschule	35	42	37	30	37
Gymnasium	11	9	11	11	11

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind nicht signifikant.

* Hauptschule: Hauptschule mit oder ohne Abschluss, noch auf der Hauptschule oder Förder-/Sonderschule,

Realschule: Realschulabschluss oder noch auf der Realschule,

Gymnasium: Abitur oder noch auf dem Gymnasium.

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 im Jahr 15 von 1000 15- bis 17-jährigen Hauptschülerinnen schwanger. Im internationalen Vergleich sind auch dies eher wenige (aber deutlich mehr als bei Gymnasiastinnen, bei denen diese Rate bei 3 von 1000 liegt). Dies festzuhalten ist wichtig, um stereotypisierende und diskriminierende Schlussfolgerungen über die Gruppe der Hauptschülerinnen zu vermeiden.

Tabelle 6 zeigt, dass minderjährige Schwangere nicht nur im Hinblick auf die Schulbildung sozial benachteiligt sind: Von denen, die keine allgemeinbildende Schule mehr besuchen, sind die Hälfte ohne Arbeit oder Ausbildungsplatz. Ein unverhältnismäßig 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.

Tabelle 6 Weitere Merkmale sozialer Benachteiligung schwangerer Frauen unter 18 Jahren (in %)

	Gesamt	Haupt- schule	Real- schule	Gym- nasium
Befragte ohne Ausbildungsplatz/arbeitslos*	51	59	31	--**
Vater arbeitslos	19	25	14	8
Mutter arbeitslos	22	27	17	10

Unterschiede zwischen den Schulbildungsgruppen: $p < .000$ für alle drei Merkmale.

* Nur Frauen und Männer, die nicht mehr auf eine allgemeinbildende Schule gehen.

** Fallzahlen zu gering, da fast alle Gymnasiastinnen noch zur Schule gehen.

Insgesamt zeigt sich: Jugendschwangerschaften sind stark assoziiert mit sozialer Benachteiligung. Damit bestätigen wir die im Britischen Regierungsbericht¹⁹ präsentierten Befunde, denen zufolge geringe Bildungschancen, soziale Deprivation und Armut das Vorkommen von Teenagerschwangerschaften nachhaltig beeinflussen. Zusammenfassend heißt es dort: „Throughout the developed world, teenage pregnancy is more common among young people who have been disadvantaged in childhood and have poor expectations of education or on the job

¹⁸ 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% (Hauptschule oder weniger), 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.

¹⁹ Britischer Regierungsreport 1999, a.a.O., S. 7.

market.“ Prävention von Teenagerschwangerschaften heißt deshalb auch, die sozialen Chancen und Perspektiven der unterprivilegierten jungen Frauen zu stärken.

Exkurs. Wie unterscheidet sich das Sexualverhalten von Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen?

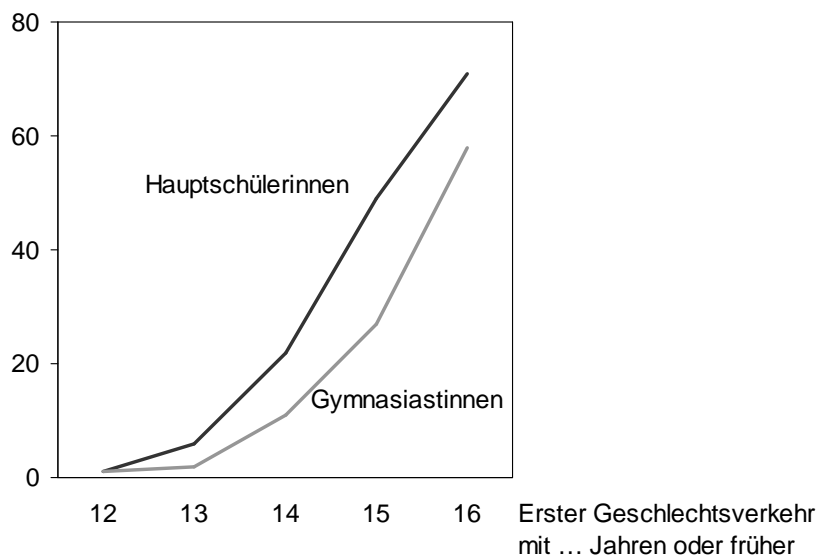
Wie ist die höhere Rate minderjähriger Schwangerer bei den Hauptschülerinnen zu erklären? Die Wahrscheinlichkeit einer Frau, minderjährig schwanger zu werden, ist der Anzahl aller ungeschützten Geschlechtsverkehre vor dem 18. Geburtstag direkt proportional.²⁰ Hauptschülerinnen müssten demnach eine größere 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 2005²¹ 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. Geburtstag²² und desto wahrscheinlicher ist eine hohe Anzahl der Geschlechtsverkehre vor dem 18. 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 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 (Abbildung 11).

Abb. 11 Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen; Population der 14- bis 17-jährigen Frauen (kumulative Verteilungen, in %)



Quelle: BZgA-Studie 2005, eigene Auswertung

Die Unterschiede zwischen den beiden Schulgruppen sind für die Altersstufen 13-16 Jahre statistisch signifikant ($p = .01; .001; .000; .08$).

* Die Abbildung gibt an, wie viel Prozent der Befragten ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 12 Jahren oder früher (= vor dem 13. Geburtstag), mit 13 Jahren oder früher....mit 16 Jahren oder früher (= vor dem 17. Geburtstag) hatten.

²⁰ Dabei sind „ungeschützte Geschlechtsverkehre“ solche, bei denen kein Kondom oder keine Pille benutzt wurde, oder bei denen es zu Anwendungs- oder Methodenfehlern dieser Verhütungsmethoden kam.

²¹ Wir danken der BZgA für die großzügige Erlaubnis, die Daten der Jugenduntersuchung 2005 zu sekundären Analysen benutzen zu dürfen.

²² Zeitdauer vom ersten Geschlechtsverkehr bis zum 18. Geburtstag.

- Betrachtet man das Verhütungsverhalten beim ersten, zweiten und letzten Geschlechtsverkehr, so ergeben sich keine nachweisbaren Unterschiede zwischen Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen (Tabelle 7). Auch die leicht stärkere Neigung der Gymnasiastinnen, die Pille zu benutzen, bleibt statistisch insignifikant.

Tabelle 7 Verhütung beim ersten, zweiten und letzten Geschlechtsverkehr, nach Schulbildung; Population der 14- bis 17-jährigen Frauen (in %)

	1. Geschlechtsverkehr		2. Geschlechtsverkehr		letzter GV	
	HS	Gym.	HS	Gym.	HS	Gym.
keine	9	9	5	2	0	3
unsichere*	7	5	1	3	1	1
Kondom	52	46	44	38	29	19
Pille	13	18	22	30	42	52
Kondom und Pille	19	22	28	28	28	26
		ns		ns		ns
Pille gesamt	32	40	49	58	70	78
		ns		ns		ns

Quelle: BZgA-Studie 2005, eigene Auswertung

* unterbrochener Verkehr, „sichere Tage“, Zäpfchen, Schaum

- Insgesamt erscheint die Verhütungspraxis der beiden Gruppen gleichermaßen sorgfältig. Allerdings gestatten die Daten nur eine stichprobenhafte Überprüfung der Verhütungspraxis (erster, zweiter, letzter Geschlechtsverkehr). Über die Konsistenz zuverlässiger Verhütung lassen sie kaum Schlüsse zu. Unsere Daten an schwangeren Jugendlichen zeigen, dass Hauptschülerinnen beim Koitus, der zur Konzeption führte, signifikant häufiger nicht oder unsicher verhütet haben als Gymnasiastinnen (vgl. S. 30). 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 bereit halten; Konzepte, wie man den Kondomgebrauch verhandelt; Voraussicht, ob es bei einem Date zum Sex kommen kann usw.). Jugendliche, die diese Fähigkeiten zur Planung und Vorausschau haben, verhüten besonders gut.²³ 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, denen die Zukunft wenig verspricht (Hauptschülerinnen).
- Die Kenntnis der „Pille danach“ ist nach den Erhebungen der BZgA (2005, eigene Auswertung) bei den Gymnasiastinnen besser (77% kennen sie gegenüber 63% der Hauptschülerinnen, $p=,000$). Dieser Befund wird durch unsere Daten gestützt (vgl. S. 31/32).

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? Teenagerschwangerschaften sind, statistisch gesehen, ein sehr seltenes Ereignis

²³ Vgl. W.A. Gebhardt, L. Kuyper und E. Dusseldorp. 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. Archives of Sexual Behavior 35, 217 – 224, 2006. Auch frühere Studien zeigen, dass die „Fähigkeit, effektiv zu kommunizieren“ und „Beziehungskompetenz“ (mit dem Partner vor dem ersten Sex über Verhütung zu reden) wichtige Faktoren für eine gelingende Verhütung sind. Vgl. N. Stone und R. Ingham. Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: The importance of partner communication. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 34, 191 – 197, 2002.

(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 gravierende 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.

Familiäre Verhältnisse, Wohnverhältnisse

Die familiären Verhältnisse der schwangeren Minderjährigen konnten in der kurzen Befragung nur sehr summarisch erhoben werden. Fast die Hälfte der Eltern, nämlich 46%, lebt getrennt oder ist geschieden; bei den Hauptschülerinnen sind dies wiederum mehr als bei Frauen mit höherer Schulbildung (Tabelle 8). Die Werte erscheinen sehr hoch, zuverlässige Vergleichswerte für die Population älterer Teenager liegen aber kaum vor. Eine Schätzung für die Populationswerte ergibt sich aus dem Mikrozensus aus dem Jahre 2000 (Tabelle 9).

Tabelle 8 Familiäre und Wohnsituation schwangerer Frauen unter 18 Jahren (in %)

	Gesamt	Haupt- schule	Real- schule	Gym- nasium
Familiäre Situation				
Eltern getrennt o. geschieden	46	52	41	36
Wohnsituation				
lebt bei beiden Eltern	44	38	51	57
lebt bei einem Elternteil	38	41	37	32
andere*	17	21	12	11

Unterschiede zwischen den Schulbildungsgruppen: Für familiäre und Wohnsituation $p < .000$.

* davon (alle) 7% mit Partner, 5% betreutes Wohnen.

Tabelle 9 Familiäre Situation schwangerer Frauen unter 18 Jahren im Vergleich zur Population aller 15- bis 17-jährigen Frauen (in %)*

	schwangere Frauen		Population**	
	West	Ost	West	Ost
Eltern getrennt o. geschieden	46	46		
Eltern nicht (mehr) verheiratet			16	23

* nur 15- bis 17-Jährige

** Mikrozensus 2000, zitiert nach R. Peukert. Familienformen im sozialen Wandel, 5. Auflage; VS-Verlag 2004, S. 199.

Diese Daten sind (in Zeiten schnellen familiären Wandels) nicht nur relativ alt, sondern sie berücksichtigen auch nicht die Anzahl der getrennten Eltern, die noch verheiratet sind, bieten also nur eine Mindestschätzung für den Parameter „Eltern getrennt oder geschieden“ unserer Studie. Doch die Unterschiede sind so erheblich, dass man vernünftigerweise schließen kann, dass minderjährige Schwangere überzufällig häufig „unvollständige“ Elternhäuser haben.

Für die Wohnverhältnisse der jugendlichen Schwangeren ergeben sich analoge Befunde: Sie leben – vor allem die Hauptschülerinnen – relativ selten bei beiden Eltern, relativ oft bei einem Elternteil und sind für ihre Altersgruppe schon relativ häufig „aus dem Haus“.

Tabelle 10 Wohnsituation schwangerer Frauen unter 18 Jahren im Vergleich zur Population aller 14- bis 17-jährigen Frauen (in %)

	schwangere Frauen					Population*		
	14	15	16	17	14	15	16	17
Wohnsituation								
lebt bei beiden Eltern	44	50	45	42	67	61	63	58
lebt bei einem Elternteil	50	41	40	35	30	36	35	30
andere	6	9	16	23	3	4	2	13

* BZgA-Studie 2005, eigene Auswertung

Die Vergleichsmöglichkeiten mit der Population sind hier zufrieden stellender (Tabelle 10) und bestätigen, dass die genannten Trends in unserer Stichprobe überzufällig häufig sind. Der Befund, dass schwangere Teenager unverhältnismäßig oft aus einem unkonventionellen familiären Umfeld kommen, ist nicht einfach zu interpretieren. Wir möchten vier Hypothesen vorstellen, die sich keineswegs ausschließen, und die auf die Komplexität der möglichen Zusammenhänge verweisen:

- Jugendliche aus einem unkonventionellen familiären Umfeld haben häufiger eine permissive Haltung zur Sexualität. In der Tat zeigen sowohl unsere Daten als auch die der BZgA (2006), dass Jugendliche, die nicht bei beiden Eltern leben bzw. deren Eltern getrennt oder geschieden sind, signifikant früher mit dem Geschlechtsverkehr anfangen. Dies erhöht ihre Wahrscheinlichkeit, minderjährig schwanger zu werden.
- Jugendliche aus einem unkonventionellen familiären Umfeld suchen früher Beziehungen außerhalb ihrer Familie. Die gerade beschriebene Tendenz, früher mit dem Geschlechtsverkehr zu beginnen, ließe sich auch als ein Hinweis auf die Stichhaltigkeit dieser Argumentation nehmen.
- Jugendliche aus einem unkonventionellen familiären Umfeld erleben zum Teil verwirrende und chaotische Verhältnisse, die dazu führen, dass sie ihr Sexualeben weniger geordnet organisieren können. Dafür spricht die Tatsache, dass sowohl nach unserer Studie als auch nach den Daten der BZgA (2006), Jugendliche, deren Eltern nicht getrennt oder geschieden sind bzw. die noch bei ihren Eltern leben, signifikant sorgfältiger verhüten.
- Eine letzte Hypothese betrifft die Wohnverhältnisse: Jugendliche, die – aus welchen Gründen auch immer – frühe Partnerbeziehungen eingehen, haben eine größere Tendenz, früh auszuziehen. Das Leben in festen Partnerschaften führt zu einer höheren Koitusfrequenz und damit zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden.

Migration

8% der minderjährigen Schwangeren haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, 22% haben einen Migrationsintergrund, das heißt sie sind Ausländerinnen oder Frauen mit deutscher Staatsbürgerschaft, von denen mindestens ein Elternteil aus einem anderen Land eingewandert ist (Tabelle 11). Diese Werte entsprechen etwa denen in der Population. Es gibt also keine Hinweise dafür, dass Migrantinnen in höherem oder geringerem Ausmaß von Teenagerschwangerschaften betroffen sind.

Tabelle 11 Schwangere Frauen unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund (in %)

	Gesamt	Haupt- schule	Real- schule	Gym- nasium
Ausländerin	8	10	5	11
Migrationshintergrund*	22	24	20	27
Partner Ausländer**	16	17	10	16

Unterschiede zwischen den Schulbildungsgruppen: $p < .003$ (Ausländerin), $p = .04$ (Migrationshintergrund), $p = .001$ (Partner Ausländer).

* Ausländerin oder mindestens ein Elternteil eingewandert. Davon 3% Türkei, 8% Aussiedler, 5% EU/Nordamerika, 6% andere).

** Davon 4% Türkei; 3,5% Osteuropa; 1,5% Afrika; 3% EU/ Nordamerika; andere 4%.

Ausländische Männer sind mit 16% hingegen offenbar überproportional vertreten. Ein solcher Befund kann mehreres bedeuten: Zum einen sind ausländische Männer womöglich überzufällig häufig Partner junger Frauen, weil nach dem Prinzip: „exotic becomes erotic“ Andersartigkeit und

Besonderheit als anziehend erlebt werden.²⁴ Zum anderen verhüten Paare, an denen ein Ausländer beteiligt ist, weniger sorgfältig als andere. Solche Paare hatten bei dem Geschlechtsverkehr, der zur Konzeption führte, etwas häufiger unsicher oder gar nicht verhütet (41% gegenüber 35% derjenigen Paare mit einem deutschen Partner, $p=.06$). Diese Zahlen müssen allerdings differenziert werden: Paare, an denen ein Mann aus dem westlichen Ausland (EU, Nordamerika beteiligt war) verhüteten besonders gut (23% keine oder unsichere Verhütung), jene aber, bei denen der Mann aus einem Kulturkreis mit traditionellen Geschlechtsrollen (Osteuropa, Türkei, Afrika) kam, verhüteten besonders schlecht (50% keine oder unsichere Verhütung, $p=.01$).

Alter der Mütter schwangerer Teenager bei der Geburt ihres ersten Kindes

Von den Müttern der schwangeren Teenager hatten 12% ihr erstes Kind bekommen, als sie noch minderjährig waren, insgesamt 34% gebaren ihr erstes Kind, bevor sie 20 Jahre alt wurden. Die Tendenz zu frühen Geburten der Mütter ist bei den Hauptschülerinnen besonders stark (Tabelle 12). Frühe Schwangerschaften haben offenbar, wie auch der Britische Regierungsbericht²⁵ belegt, eine familiäre Tradition. Für Deutschland gibt es allerdings keine Vergleichsdaten für die Population, so dass unsere Daten zu dieser Frage nicht viel mehr als eine Vermutung sind.²⁶

Tabelle 12 Alter der Mutter schwangerer Frauen unter 18 Jahren bei der Geburt ihres ersten Kindes

	Gesamt	Haupt- schule	Real- schule	Gym- nasium
18 Jahre oder jünger (%)	12	16	7	3
20 Jahre oder jünger (%)	34	42	26	17
M (in Jahren)	22.2	21.4	22.8	24.0

Unterschiede zwischen den Schulbildungsgruppen: $p < .000$ für alle drei Merkmale.

²⁴ D.J. Bem. Exotic becomes erotic. A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review* 103, 320-335, 1996.

²⁵ Britischer Regierungsbericht, 1999, a.a.O.

²⁶ Das Statistische Bundesamt weist nur das Erstgeburtsalter für Verheiratete aus. Diese Zahlen sind für uns nicht brauchbar, da das Alter bei nichtehelichen Geburten niedriger liegen dürfte.

Partner und Paare

Feste Beziehungen und sexuelle Erfahrungen des Paares

Jugendliche haben sexuelle Beziehungen in der Regel mit Partnern, mit denen sie „gehen“ bzw. eine „feste Beziehung“ haben. Entsprechend wurden 90% unserer Befragten mit einem festen Freund schwanger (Tabelle 13). 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 3 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 eingespielt, Verhütung noch nicht hinreichend besprochen oder verhandelt.

Tabelle 13 Dauer der Beziehung zu dem Partner, mit dem die Konzeption erfolgte (schwangere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
keine feste Beziehung	9	10	11	8	10
3 Monate und weniger	29	29	28	29	29
4-12 Monate	44	47	47	46	40
1 Jahr und länger	19	14	13	17	22

Unterschiede zwischen den Altersgruppen $p < .03$.

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 Tabelle 14 kann man schließen, dass das Risiko, beim ersten Geschlechtsverkehr mit einem Partner schwanger zu werden, dreimal so hoch ist wie beim 5. Mal, und zehnmal 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 (Tabelle 14). 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. Generell aber gilt, dass Informationen über das erhöhte Risiko am Anfang einer Beziehung und bei den „ersten Malen“ und Botschaften, wie man es reduzieren kann, sehr wichtige Aspekte der Prävention sind.

Tabelle 14 Anzahl der Geschlechtsverkehre mit dem Partner, als es zur Konzeption kam (schwangere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
beim 1. Mal	10	24	11	9	8
2-5 Mal	15	23	21	15	11
6-10 Mal	13	14	15	14	11
11-20 Mal	13	12	15	14	11
21 und mehr	50	28	37	49	60

Unterschiede zwischen den Altersgruppen $p < .000$.

Alter der Partner und Altersdifferenz der Paare

Paare, bei denen der Mann älter ist als die Frau, sind in unserer Gesellschaft besonders häufig. Diese Altersrelation lässt sich auch bei schwangeren jungen Frauen beobachten (Tabelle 15): Ihre Partner sind im Durchschnitt 3,3 Jahre älter, 20% der Frauen berichten über einen Partner, der

fünf und mehr Jahre älter ist als sie. Bei den Hauptschülerinnen ist der Altersunterschied noch deutlicher als bei den Gymnasiastinnen (im Mittel 3,4 gegenüber 2,9 Jahren, $p=.01$). Diese Altersdifferenz führt dazu, dass viele Männer, mit denen die jungen Frauen schwanger wurden, bereits volljährig waren: 84% bei den 17-Jährigen, aber immerhin noch ein Viertel bei den 12- bis 14-Jährigen.²⁷

Tabelle 15 Alter der Partner schwangerer Frauen unter 18 Jahren und Altersdifferenz zum Partner

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	Sign. (p)
Partner volljährig (%)	68	26	49	67	84	.000
Partner fünf und mehr Jahre älter (%)	21	14	17	20	25	.007
Altersdifferenz (M in Jahren)*	3.3	2.8	3.1	3.0	3.6	.000

* Alter des Partners – Alter der Frau

Sind die Altersdifferenzen zum Partner bei den schwangeren Frauen größer als in der Population Jugendlicher? Es gibt keine direkten Vergleichsdaten, aber empirische Hinweise dafür, dass dies wahrscheinlich ist:

- Nach einer Erhebung der BZgA²⁸ beträgt die Altersdifferenz 14- bis 17-jähriger Frauen zum Partner, mit dem sie den ersten Geschlechtsverkehr haben im Durchschnitt 2,5 Jahre, 12% der Partner waren mindestens 5 Jahre älter als die Frauen; in unserer Stichprobe sind die entsprechenden Werte 3,3 Jahre bzw. 21%.
- Nach einer Studie an 16- und 17-jährigen Frauen²⁹ waren 33% der Männer mindestens 3 Jahre älter als ihre Partnerinnen; in unserer Studie liegt der entsprechende Wert der 16- und 17-jährigen Schwangeren bei 51%.

Statistisch gesehen sind deutlich ältere Partner offenbar ein Risikofaktor für Teenagerschwangerschaften. Zwei Interpretationsmöglichkeiten dieses Befundes sind denkbar: Zum einen könnten Verhandlungsposition und Durchsetzungsfähigkeit der jungen Frauen gegenüber älteren Partnern schwieriger sein als gegenüber gleichaltrigen. In der Tat haben die etwa gleichaltrigen Paare beim Verkehr, der zur Konzeption führte, besser verhütet als jene, bei denen der Mann mindestens 5 Jahre älter war (32% gegenüber 41% verhüteten gar nicht oder unsicher, $p=.01$). Zum anderen könnten die Sorgsamkeit und Zuverlässigkeit der Verhütung beim Verkehr mit einem deutlich älteren Mann deshalb geringer sein, weil die Möglichkeit, mit ihm Kinder zu haben, realistischer erscheint und weniger Angst besetzt ist. In der Tat werden Teenagerschwangerschaften, an denen ein deutlich älterer Mann beteiligt ist, besonders häufig ausgetragen.³⁰

²⁷ Nach §176 StGB ist Sexualverkehr einer noch nicht 14-Jährigen mit einem 18 Jahre alten oder älteren Mann strafbewehrt. Dies trifft auf 3 der 1801 (0,2%) Befragten zu. Nach §182 StGB sind weiterhin sexuelle Beziehungen einer noch nicht 16-Jährigen mit einem 21 Jahre alten oder älteren Mann strafwürdig (dieses Delikt wird nur auf Antrag verfolgt). Dies trifft auf 56 der 1801 (3,1%) Befragten zu.

²⁸ BZgA-Studie 2001, eigene Auswertung

²⁹ G. Schmidt (Hg.). Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder. Enke, Stuttgart 1993, S. 138.

³⁰ Wie wir unten ausführen werden (vgl. S. 35) können wir nur darüber Aussagen machen, bei wie vielen Schwangeren das Austragen wahrscheinlich ist. Dies sind 45% (Partner mindestens 5 Jahre älter) vs. 29% (Partner höchstens 2 Jahre älter) ($p=.000$).

Schulbildung und soziale Benachteiligung der Partner, Schichtdifferenzen der Paare

Die soziale Situation der Partner doppelt den Befund der sozialen Benachteiligung noch einmal: Unverhältnismäßig viele von ihnen, nämlich 59%, sind Hauptschüler (Tabelle 16) und von denen, die keine allgemeinbildende Schule mehr besuchen, sind unverhältnismäßig viele, nämlich 31%, arbeitslos oder ohne Ausbildungsplatz.

Tabelle 16 Schulbildung der Partner schwangerer Frauen unter 18 Jahren (in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
Hauptschule oder weniger	59	65	57	62	57
Realschule	32	27	37	30	33
Gymnasium	9	8	7	8	10

Unterschiede zwischen den Altersgruppen ns.

61% der schwangeren Frauen haben die gleiche Schulbildung wie ihr Partner, 23% eine höhere und 16% eine geringere (Tabelle 17). Insgesamt ist die Schulbildung der Frauen signifikant höher als die der Partner. Die Tendenz zur homosozialen Partnerwahl (Partner gleicher Bildung) ist vor allem bei Hauptschülerinnen sehr ausgeprägt (75% gegenüber nur 38% bis 46% derer mit höherer Schulbildung). Schwangere Realschülerinnen und vor allem schwangere Gymnasiastinnen tendieren offenbar zu einer „downward mobility“ bei der Wahl ihrer Partner.

Tabelle 17 Schulbildung schwangerer Frauen unter 18 Jahren in Relation zur Schulbildung des Partners (in %)

	Gesamt*	Haupt- schule	Real- schule	Gym- nasium
Frau höhere Schulbildung	23	--**	45	62***
beide gleiche Schulbildung	61	75	46	38
Mann höhere Schulbildung	16	25	9	--**

* Die Differenz „Frau höher“ vs. „Partner höher“ $p = .000$.

** entfällt, da das Merkmal Schulbildung nur dreistufig erhoben wurde.

*** davon 36% Partner mit Realschule und 26% mit Hauptschule.

Obwohl Daten der Population aller Teenager über diesen Parameter fehlen, scheint dieses Ergebnis auffällig, da in den westlichen Gesellschaften die Tendenz zur sozial homogenen Partnerwahl dominant ist.³¹ Mit Vorsicht kann man daraus schließen, dass die nicht-homogenen Paare (bei Mädchen mit höherer Schulbildung) in unserer Stichprobe überrepräsentiert sind und dass in solchen Partnerschaften das Risiko unerwünschter Schwangerschaften erhöht ist. Eine Interpretation dieses Befundes, die über Spekulationen hinausgeht, ist auf Grundlage der bisher vorliegenden Daten nicht möglich.

³¹ Vgl. u.a. Laumann u.a., a.a.O.

Sexuelle Erfahrungen

Tabelle 18 zeigt sexuelle Erfahrungen schwangerer minderjähriger Frauen im Vergleich zur Population der 14- bis 17-Jährigen. Erstere sind, logischerweise, häufiger „early starters“, denn sie haben per Definition alle Geschlechtsverkehr gehabt. Aussagekräftiger ist deshalb ein Vergleich mit der Teilpopulation der koituserfahrenen Jugendlichen. Die Unterschiede sind nun sehr gering (Tabelle 18). Die Schwangeren haben ihren ersten Koitus im Durchschnitt 3 bis 4 Monate früher als (koituserfahrene) Jugendliche, die (bisher) nicht schwanger wurden. Sie haben etwas mehr Sexualpartner als die Vergleichsgruppe (Tabelle 19). Dies ist vor allem auf ihre etwas längere Koituserfahrung zurückzuführen. Es gibt keine Hinweise darauf, dass Frauen, die minderjährig schwanger werden, zu einem für heutige Jugendliche ungewöhnlich hohen Partnerwechsel neigen.

Tabelle 18 Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von schwangeren Frauen unter 18 Jahren im Vergleich zur Population 14- bis 17-jähriger Frauen (kumulative Verteilungen, in %)

	schwängere Frauen	Population* alle	Population* koituserfahren
Ersten Koitus			
mit 12 Jahren oder früher	5	1	2
mit 13 Jahren oder früher	17	4	10
mit 14 Jahren oder früher	46	16	37
mit 15 Jahren oder früher	77	35	68
mit 16 Jahren oder früher	96	64	96
Median (J)	15.1	16.5	15.4

* Daten der BZgA-Studie 2005, eigene Auswertung

Tabelle 19 Anzahl der Sexualpartner schwangerer Frauen unter 18 Jahren im Vergleich zur Population koituserfahrener 14- bis 17-jähriger Frauen (in %)

	schwängere Frauen	koituserfahrene 14- bis 17-jährige Frauen*
Anzahl der Sexualpartner		
einen	39	48
zwei oder drei	43	36
vier und mehr	18	15

* Daten der BZgA 2005, eigene Auswertung

Verhütung beim Geschlechtsverkehr, der zur Konzeption führte

Wenn Frauen unter 18 Jahren schwanger werden, geht man in unserem Kulturkreis wie selbstverständlich davon aus, dass die Schwangerschaft ungeplant und meistens auch ungewollt ist. Dies trifft tatsächlich in den allermeisten Fällen zu, und zwar unabhängig vom Alter der betroffenen Frau (Tabelle 20): 92% der jungen Frauen sind ungeplant schwanger geworden, von denen, die sich schon entschlossen hatten, die Schwangerschaft auszutragen, sind es immerhin noch 88%. 4% der Teenagerschwangerschaften sind geplant, 4% der Befragten sind sich ihrer Intention unsicher, sie haben es „darauf ankommen lassen“.

Tabelle 20 War die Schwangerschaft geplant? (schwängere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	Austragen entschieden*
geplant	4	3	4	4	5	8
unklar	4	5	2	5	4	4
ungeplant	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. 35)

Aus der hohen Zahl der ungeplanten 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? Natürlich schlechter als es bei Jugendlichen allgemein üblich ist (Tabelle 21): 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 Teenagerschwangerschaften.

Tabelle 21 Verhütung beim Geschlechtsverkehr, bei dem es zur Konzeption kam (schwängere Frauen unter 18 Jahren) und beim letzten Geschlechtsverkehr (Population der koituserfahrenen 14- bis 17-jährigen Frauen) (in %)

	schwängere Frauen*	Population** koituserfahren
keine	34	1
unsichere***	2	1
Spirale, Diaphragma	0,2	-
Kondom	34	22
Pille	26	50
andere hormonelle	1	-
Kondom und Pille	2	25

* Drei Frauen gaben an, beim Petting schwanger geworden zu sein.

** BZgA-Studie 2005, eigene Auswertung

*** unterbrochener Verkehr, „sichere Tage“, Zäpfchen

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 (Tabelle 22). Die Mehrheit wurde also in einer Situation schwanger, in der sie mit so genannten „sicheren Methoden“ verhüteten und sich dementsprechend auch sicher fühlten. Das gilt für alle Alters- und alle Schulbildungsgruppen. Dies deutet darauf hin, dass Anwendungsfehler bei Kondom und Pille häufig sind und dass die Information gerade hier verbessert werden muss. Auch der Britische Regierungsbericht stellt ausdrücklich fest, dass „teenagers have a high rate of failure from the contraceptive they do use“³².

³² Britischer Regierungsbericht, 1999 a.a.O., S. 54.

Einfache Botschaften sind nötig: Wenn die Pille einmal vergessen oder unregelmäßig genommen wird, Infektionen vorkommen, Medikamente genommen werden, dann einen Zyklus lang Kondome oder nichtkoitale sexuelle Praktiken anwenden; beim Kondom vorne genug Platz lassen, Penis rausziehen, bevor er schlaff wird.

Tabelle 22 Verhütung beim Geschlechtsverkehr, bei dem es zur Konzeption kam (schwängere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
keine oder unsichere Methoden *	36	36	38	37	35
sichere Methoden **	64	64	62	63	65

Unterschied zwischen den Altersgruppen ns.

* unterbrochener Verkehr, „sichere Tage“, Zäpfchen

** Pille und/oder Kondom

Welche Gruppen sind bei dem Koitus, der zur Konzeption führte, ein besonders hohes Risiko eingegangen?

Abb. 12 Verhütung beim Geschlechtsverkehr, bei dem es zur Konzeption kam (schwängere Frauen unter 18 Jahren): Anteil der Frauen, die nicht oder mit unsicheren Methoden* verhütet haben in verschiedenen Gruppen (in %)

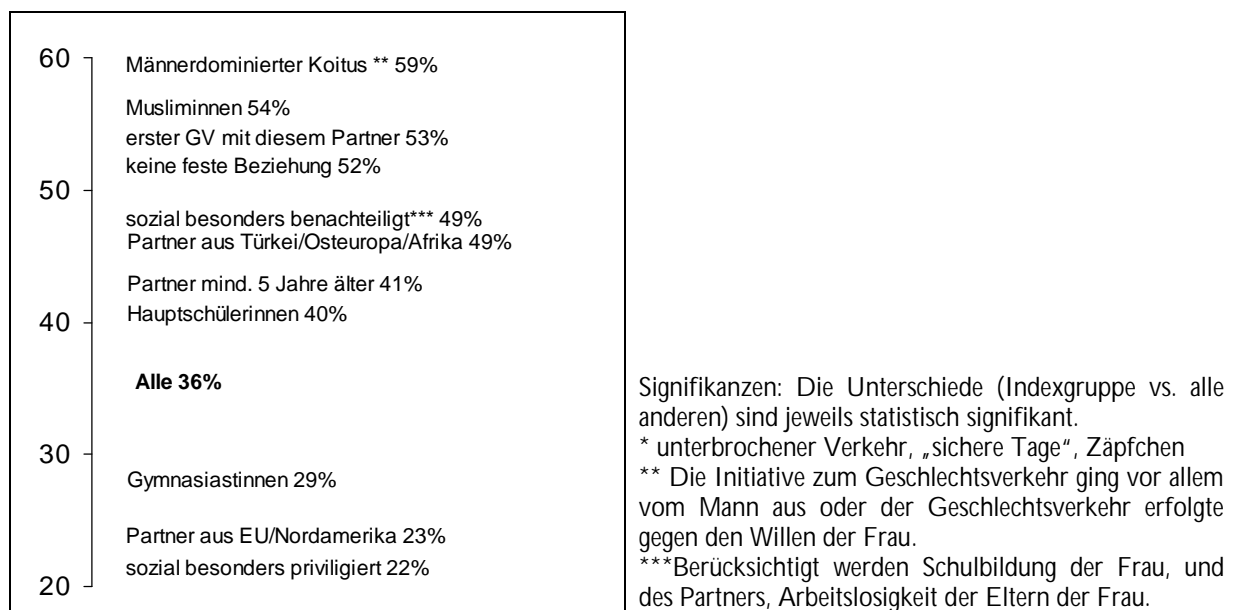


Abbildung 12 belegt, dass die Gefahr, ungewollt schwanger zu werden, in folgenden Situationen bzw. Konstellationen besonders groß ist:

- Bei männerdominierten Sex (Initiative vom Mann ausgehend, Koitus gegen den Willen der Frau), beim ersten Sex mit einem Partner, beim Sex außerhalb einer festen Beziehung sowie beim Sex mit einem deutlich älteren Partner wird besonders häufig gar nicht oder unsicher verhütet;
- Frauen aus geschlechtertraditionellen Zusammenhängen (Musliminnen) und Paare, an denen ein Mann aus einer geschlechtertraditionellen Kultur beteiligt ist, verhüten besonders häufig unsicher oder gar nicht.
- Sozial stark benachteiligte Frauen verhüten besonders häufig gar nicht oder unsicher.

Die „Pille danach“

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 Konzeptionsrisiko 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: Denn zum einen ist die „Pille danach“ verschreibungspflichtig und setzt damit Kompetenz im Umgang mit dem Medizinsystem und zeitraubende Wege voraus; zum anderen wissen viele Jugendliche nicht, dass die „Pille danach“ für pflichtversicherte Frauen unter 20 Jahren in der Apotheke gegen Rezeptvorlage kostenfrei ist.³³ 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 Tabelle 23. 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% noch einmal deutlich weniger.

Tabelle 23 Kenntnisse über die „Pille danach“ zum Zeitpunkt der Konzeption (schwängere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
keine Kenntnisse	26	36	29	27	23
weiß, dass es die „Pille danach“ gibt, aber nicht, wie man sie bekommt	24	29	23	24	23
weiß, dass es die „Pille danach“ gibt und wie man sie bekommt	50	35	48	49	54

Unterschied zwischen den Altersgruppen $p = .000$.

Dieses Ergebnis bedeutet zweierlei: Die Hälfte der jungen Frauen hatten, als sie schwanger wurden, nicht das ausreichende Wissen, um eine Nachverhütung anzuwenden; die andere Hälfte nahm die „Pille danach“ nicht, obwohl sie über diese Methode ausreichend informiert war.³⁴ Die Gründe dafür haben wir oben genannt (hohe Zugangsschwelle; Nichtwahrnehmung/Dissimulation des Konzeptionsrisikos).

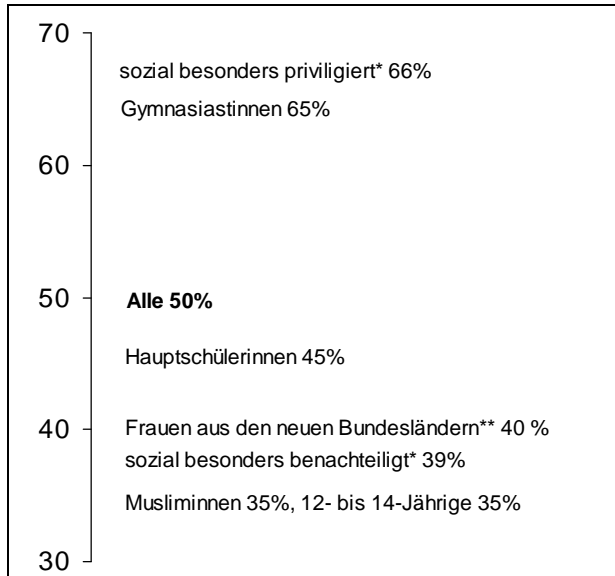
Aus Abbildung 13 geht hervor, dass neben den sehr jungen Schwangeren, Musliminnen, sozial besonders benachteiligte Frauen, Frauen aus den neuen Bundesländern sowie Hauptschülerinnen besonders selten über die „Pille danach“ informiert sind; Gymnasiastinnen und junge Frauen aus besonders privilegierten sozialen Verhältnissen wissen hingegen besonders oft über die „Pille danach“ Bescheid.

Insgesamt belegen unsere Daten, dass Jugendliche, Sexualpädagogen, Eltern, Ärzte und Ärztinnen sowie Gesundheits- und Jugendpolitiker die „Pille danach“ als Möglichkeit zur Prävention von Jugendschwangerschaften in frappanter Weise vernachlässigen.

³³ Die „Pille danach“ kostet derzeit 16-18 Euro.

³⁴ Drei Frauen gaben an, die „Pille danach“ genommen zu haben und trotzdem schwanger geworden zu sein.

Abb. 13 Kenntnisse der „Pille danach“ zum Zeitpunkt der Konzeption (schwängere Frauen unter 18 Jahren): Anteil der Frauen, die wussten, dass es die „Pille danach“ gibt und wie man sie bekommt, in verschiedenen Gruppen (in %)



Signifikanzen: Die Unterschiede (Indexgruppe vs. alle anderen) sind jeweils statistisch signifikant.

*Berücksichtigt werden Schulbildung der Frau, und des Partners, Arbeitslosigkeit der Eltern der Frau.

** ohne Berlin

Wer weiß von der Schwangerschaft?

In der Dokumentation haben wir nicht erhoben, wie das nahe soziale Umfeld der jungen Frauen auf die Schwangerschaft reagiert. Wir haben lediglich danach gefragt, wer von der Schwangerschaft weiß. Wie Tabelle 24 zeigt, sind fast alle Partner, die überwiegende Mehrheit der Mütter, viele Freundinnen, aber nur die Hälfte der Väter informiert. Dieses Muster findet sich mit kleinen Abweichungen in allen Alters- und Schulbildungsgruppen. Starke Abweichungen in der Bereitschaft, mit den Eltern über die Schwangerschaft zu sprechen, finden wir bei jungen Musliminnen, also in einer Gruppe, in denen die voreheliche Sexualität für Frauen hoch tabuiert ist: Hier sind nur Minderheiten der Eltern über die Schwangerschaft ihrer Tochter informiert (38% der Mütter, 21% der Väter).

Tabelle 24 Wer weiß von der Schwangerschaft? (schwangere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
Partner	89	83	87	89	90
Mutter	79	88	84	76	78
Vater	50	45	53	49	49
Freundin	66	56	65	65	68

Unterschied zwischen den Altersgruppen ns (Partner); .001 (Mutter); ns (Vater); .03 (Freundin).

Die Informiertheit/ Desinformiertheit der Väter hängt stark mit der familiären Situation zusammen (Tabelle 25). Wenn die Eltern getrennt leben, dann weiß der Vater besonders selten von der Schwangerschaft seiner Tochter (mit der er in der Regel nicht mehr zusammen wohnt). Doch auch bei Elternpaaren, die noch zusammen sind, wissen die Väter signifikant seltener Bescheid als die Mütter.

Tabelle 25 Wissen von Vater und Mutter über die Schwangerschaft in unterschiedlichen Familienkonstellationen (schwangere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Eltern leben zusammen	Eltern leben getrennt
beide Eltern wissen es	64	35
Mutter weiß es, Vater nicht	16	46
Vater weiß es, Mutter nicht	1	4
beide Eltern wissen es nicht	20	16

Unterschied zwischen den familiären Situationen p= .000.

Mehrfachschwangerschaften

176 (9,8%) der befragten Frauen sind schon einmal schwanger gewesen, 47 (2,6%) haben ein Kind, die anderen hatten einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Fehlgeburt. Erfahrungen von Mehrfachschwangerschaften nehmen mit dem Alter zu (Tabelle 26), da die Wahrscheinlichkeit dieses Ereignisses mit der Dauer der Koituserfahrung steigt.

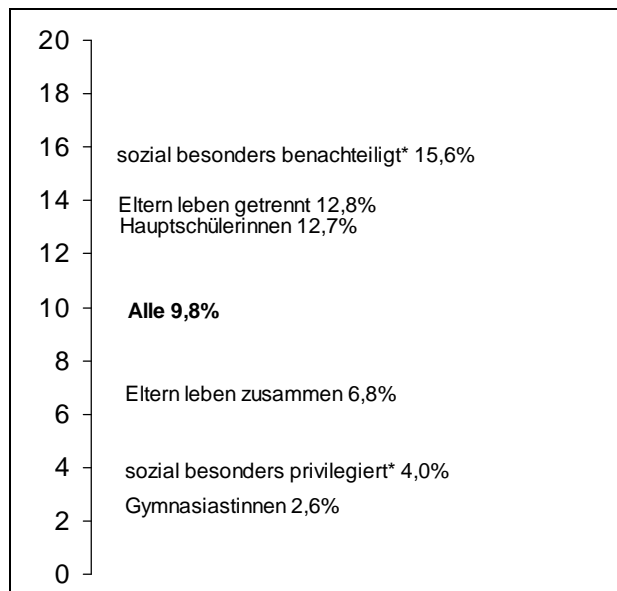
Tabelle 26 Mehrfachschwangerschaften (schwängere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
Mehrfachschwangerschaft	9,8	2,8	5,3	9,2	13,4

Unterschied zwischen den Altersgruppen $p = .000$.

Neben dem Alter sind Schulbildung und andere Parameter sozialer Benachteiligung auch im Hinblick auf Mehrfachschwangerschaften die wichtigsten Determinanten (Abbildung 14): Etwa 13% der Hauptschülerinnen gegenüber etwa 3% der Gymnasiastinnen waren (mindestens) zum zweiten Mal schwanger.

Abb. 14 Mehrfachschwangerschaften (schwängere Frauen unter 18 Jahren) in verschiedenen Gruppen (in %)



Signifikanzen: Die Unterschiede (Indexgruppe vs. alle anderen) sind jeweils statistisch signifikant.
*Berücksichtigt werden Schulbildung der Frau, und des Partners, Arbeitslosigkeit der Eltern der Frau.

Betrachtet man nur die Befragten, die mehrfach schwanger wurden, so steigt der Anteil der Hauptschülerinnen an dieser Gruppe auf 71%, der Anteil der Gymnasiastinnen sinkt auf 3% (Tabelle 27).

Tabelle 27 Schulbildung schwangerer Frauen unter 18 Jahren, die einmal bzw. mehrfach schwanger waren (in %)

	eine Schwangerschaft	zwei oder mehr Schwangerschaften
Hauptschule	52	71
Realschule	36	26
Gymnasium	12	3

Unterschied zwischen den Gruppen („eine Schwangerschaft“ vs. „zwei oder mehr“) $p = .000$.

Ausgang der Schwangerschaft

Austragen oder Abbrechen?

Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes enden heute etwa 60% aller Teenagerschwangerschaften mit einem Abbruch.³⁵ Da wir die Frauen zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaften 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.³⁶

- (1) 972 (54%) suchten eine §219 StGB Beratung vor der 13. Schwangerschaftswoche auf. Bei ihnen ist ein Schwangerschaftsabbruch wahrscheinlich.
- (2) 584 (32%) suchten eine allgemeine Schwangerschaftsberatung auf. Die meisten von ihnen werden die Schwangerschaft austragen; aber 181 von ihnen nahmen diese Beratung vor der 13. Schwangerschaftswoche in Anspruch, sie könnten sich also noch für einen Abbruch entscheiden.
- (3) 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 also nicht mehr für einen Abbruch nach §219 StGB entscheiden. Bei den Frauen der Teilgruppe (3) sind dies 34 %. Viele junge Frauen stellen ihre Schwangerschaft also erst relativ spät fest. Der Britische Regierungsbericht 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 simple ‚in denial‘“³⁷.

Determinanten des Schwangerschaftsausgangs

Mit Hilfe der drei genannten Gruppen können wir die Tendenzen zum Abbruch bzw. Austragen und deren Hintergründe recht gut untersuchen. Drei Merkmalskomplexe beeinflussen die Entscheidung:

- (1) Das Alter der Schwangeren und das Alter ihres Partners: Mit zunehmendem Alter nimmt die Tendenz zum Abbruch ab und die Geburtsneigung zu (Tabelle 28), wobei das Partneralter einen stärkeren Einfluss hat als das Alter der Frau.³⁸ Allerdings ist in 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.

³⁵ Bezugsjahr 2004, ohne Fehlgeburten. Bei jungen erwachsenen Frauen, deren Schwangerschaften nicht mehr wie die Jugendlicher stigmatisiert werden und deren Lebensverhältnisse das Aufziehen eines Kindes viel eher ermöglichen, liegt die Abbruchquote (= Anteil der Abbrüche an allen Schwangerschaften, ohne Fehlgeburten) erheblich niedriger. Sie betrug 2004 22% bei den 20- bis 25-Jährigen und 12% bei den 25- bis 29-Jährigen.

³⁶ 245 (14%) Befragte konnten nicht eingeordnet werden. Dies sind minderjährige Schwangere, bei denen der Beratungsauftrag nicht eindeutig war oder von denen unvollständige Angaben vorliegen.

³⁷ Britischer Regierungsbericht 1999, a.a.O., S. 55.

³⁸ Partialkorrelationen, bei denen das Partneralter bzw. das Alter der Frau herausgefiltert werden, zeigen für das Alter der Frau deutlich schwächere statistische Zusammenhänge als für das Alter des Partners.

Tabelle 28 Schwangerschaftsausgang* nach Alter der Schwangeren und Alter des Partners (schwängere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Abbruch wahrscheinlich	Austragen wahrscheinlich	für Austragen entschieden
Alter der Schwangeren (Jahre)			
12 – 14	62	19	15
15	61	23	15
16	54	35	24
17	51	37	26
	.000	.000	.000
Alter des Partners (Jahre)			
13 – 15	67	19	12
16 – 17	60	25	16
18 – 20	55	31	20
21 und älter	46	45	34
	.000	.000	.000
Alter des Paares (Extremgruppen)			
Frau 12-15 J.; Mann minderjährig	63	19	13
Frau 17 J.; Mann 21 Jahre und älter	46	43	34
	.000	.000	.000

* Definition siehe Text

Tabelle 29 Schwangerschaftsausgang* nach sozialer Situation (schwängere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Abbruch wahrscheinlich	Austragen wahrscheinlich	für Austragen entschieden
Schulbildung der Schwangeren			
Hauptschule	48	40	27
Realschule	60	26	18
Gymnasium	67	19	11
	.000	.000	.000
Schulbildung des Partners			
Hauptschule	52	35	24
Realschule	57	30	21
Gymnasium	67	18	9
	.000	.000	.000
Arbeitslosigkeit der Schwangeren**			
in Ausbildung, Arbeit	61	30	20
kein Ausbildungsplatz/arbeitslos	33	58	43
	.000	.000	.000
Arbeitslosigkeit des Partners**			
in Ausbildung, Arbeit	56	31	22
kein Ausbildungsplatz/arbeitslos	41	48	33
	.000	.000	.000
Arbeitslosigkeit der Eltern der Schwangeren			
nein	59	28	18
Vater und/oder Mutter arbeitslos	44	45	33
	.000	.000	.000

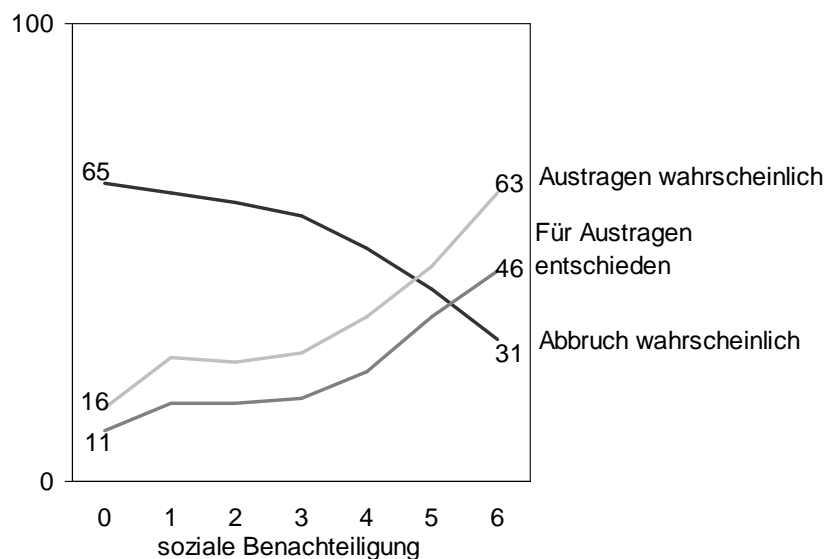
* Definition siehe Text

** Nur Frauen und Männer, die keine allgemeinbildende Schule mehr besuchen.

(2) Die soziale Situation der Frau und des Paares. Die stärkste Determinante für den Ausgang der Schwangerschaft ist die soziale Situation (Tabelle 29): Geringe Schulbildung der Frau und ihres Partners, Arbeitslosigkeit (bzw. fehlender Ausbildungsplatz) der Frau und ihres Partners und Arbeitslosigkeit der Eltern der Frau erhöhen die Tendenz zum Austragen signifikant; hohe Schulbildung der Frau und des Partners, ein Ausbildungs- oder Arbeitsplatz der Frau oder des Partners sowie die Herkunft aus gesicherten ökonomischen Verhältnissen (weder Vater noch Mutter arbeitslos) erhöhen die Wahrscheinlichkeit, sich für einen Abbruch zu entscheiden.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und dem Schwangerschaftsausgang wird noch deutlicher, wenn man aus den Einzelmerkmalen Schulbildung der Frau und des Partners sowie Arbeitslosigkeit der Eltern den Summenwert „soziale Benachteiligung“ bildet.³⁹ Abbildung 15 zeigt, dass mit der sozialen Benachteiligung die Tendenz, die Schwangerschaft auszutragen, drastisch zunimmt und die Abbruchswahrscheinlichkeit drastisch sinkt.

Abb. 15 Schwangerschaftsausgang und soziale Benachteiligung* (in %)



*Berücksichtigt werden: Schulbildung der Frau, Schulbildung des Partners, Arbeitslosigkeit der Eltern der Frau. 0=sehr niedrig (beide Gymnasium, kein Elternteil arbeitslos); 6=sehr hoch (beide Hauptschule, beide Eltern arbeitslos); Unterschiede der Gruppen nach sozialer Benachteiligung für alle drei Merkmale $p = .000$.

Der Britische Regierungsbericht kommt zu dem gleichen Ergebnis.⁴⁰ Man kann daraus schließen, dass gute Ausbildungs-, Berufs- und Karriereperspektiven die stärksten Barrieren gegen die Entscheidung „Austragen“ sind. Diese Barrieren entfallen bei den Benachteiligten, weil sie diese Perspektiven nicht haben. Hinzu kommt, wie eine Studie von Monika Häußler-Sczepan⁴¹ an Beraterinnen zeigt, dass junge Frauen ohne Ausbildungs- und Berufsperspektive in dem Kind oft eine Möglichkeit sehen, ihrem Leben eine Aufgabe zu geben und Anerkennung über die Mutterrolle zu bekommen – und für eine kurze Zeit auch eine finanzielle Basissicherung.

³⁹ Die Merkmale Arbeitslosigkeit/fehlender Ausbildungsplatz der Frau bzw. des Partners wurden nicht berücksichtigt, da dann alle Frauen herausfallen würden, die (oder deren Partner) noch eine allgemeinbildende Schule besuchen. Folgende Punktwerte wurden zu Grunde 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 (Gymnasiasten 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).

⁴⁰ Britischer Regierungsbericht 1999, a.a.O.

⁴¹ Monika Häußler-Sczepan u.a. 2005, a.a.O.

Denkbar ist aber auch, dass Hauptschülerinnen schlechter über den Schwangerschaftsabbruch, die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Beratungsangebote informiert sind, als Gymnasiastinnen. Halten wir noch einmal fest: Soziale Benachteiligung ist erstens eine starke Determinante des Vorkommens von Teenagerschwangerschaften und, wenn es zu einer Schwangerschaft kommt, zweitens eine starke Determinante für die Entscheidung, das Kind auszutragen.

(3) Die Herkunft aus den alten bzw. neuen Bundesländern. Minderjährige Frauen aus den neuen Bundesländern tendieren stärker dazu, eine Schwangerschaft auszutragen, als Frauen aus den alten Bundesländern (Tabelle 30).⁴² Offenbar setzt sich die lange Tradition früher Geburten in der DDR hier in dem Sinne fort, dass frühe Schwangerschaften im Osten eher als etwas gesehen werden, dass zum alltäglichen Leben dazu gehören kann.

Tabelle 30 Schwangerschaftsausgang* nach Bundesländern (schwangere Frauen unter 18 Jahren, in %)

	Abbruch wahrscheinlich	Austragen wahrscheinlich	für Austragen entschieden
Bundesländer**			
alte Bundesländer	57	28	17
neue Bundesländer	47	47	38
	.000	.000	.000

* Definition siehe Text

** ohne Berlin

Der Einfluss der Konfession

Die katholische Kirche lehnt Geschlechtsverkehr vor der Ehe und Verhütung mit Pille oder Kondom uneingeschränkt ab. Dennoch beginnen katholische junge Frauen genauso früh mit dem Geschlechtsverkehr wie protestantische oder konfessionslose und sie verhüten genauso sicher wie diese.⁴³ Die offizielle Kirchenmoral hat keinen nachweisbaren Einfluss auf das Sexualverhalten katholischer Jugendlicher. Gilt dies auch für Schwangerschaften vor dem 18. Geburtstag und für die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen? Tabelle 31 zeigt zunächst die Konfessionszugehörigkeit der von uns Befragten und die bekannten massiven Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern im Hinblick auf dieses Merkmal.

Tabelle 31 Konfessionszugehörigkeit schwangerer Frauen unter 18 Jahren, nach Bundesländern (in %)*

	Alle	alte Bundesländer	neue Bundesländer
keine	34	17	86
protestantisch	36	45	11
katholisch	26	33	3
muslimisch	4	5	1

Unterschiede zwischen den Bundesländern: $p < .000$.

* ohne Berlin

⁴² Diese deutliche Korrelation bleibt auch dann erhalten, wenn man in multivariaten Analysen die Merkmale Alter und soziale Situation kontrolliert.

⁴³ Nach den Daten der BZgA aus dem Jahr 2005 (eigene Auswertung) haben zum Beispiel

- von 16- und 17-jährigen jungen Frauen 61% (protestantisch/ konfessionslos) bzw. 60% (katholisch) schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt;
- von 14- bis 17-jährigen koituserfahrenen Jugendlichen 98% (protestantisch/ konfessionslos) bzw. 95% (katholisch) beim „letzten Mal“ mit Pille und/oder Kondom verhütet.

Die Unterschiede sind statistisch insignifikant.

Die Verteilungen entsprechen in etwa denen der BZgA-Studie aus dem Jahr 2005 über die Population 14- bis 17-jähriger Frauen. Es gibt keine Hinweise dafür, dass die Schwangerschaftsraten protestantischer, katholischer oder konfessionsloser Jugendlicher unterschiedlich hoch sind.

Nach Tabelle 32 hat die Konfession auch nur einen geringen Einfluss darauf, wie die Schwangerschaft ausgeht.⁴⁴ Es zeigt sich lediglich eine Tendenz, dass katholische junge Frauen sich etwas häufiger für einen Abbruch und etwas seltener für das Austragen entscheiden. Zwei Erklärungen für diese Tendenz sind möglich: (1) Katholische junge Frauen, die sich schon für einen Abbruch entschieden haben, gehen häufiger zur einer pro familia-Beratungsstelle als solche, die noch unsicher sind. (2) Ein restriktives sexualmoralisches Umfeld erhöht die Wahrscheinlichkeit, sich für den Abbruch zu entscheiden, damit die Schwangerschaft, der Regelbruch, nicht bekannt wird. Dafür, dass es einen solchen Zusammenhang geben kann, spricht die Tatsache, dass muslimische junge Frauen eine geringere Tendenz haben, das Kind auszutragen: Der Anteil derer, bei denen ein Abbruch wahrscheinlich ist, ist bei Musliminnen mit 66% höher als bei den anderen Frauen (54%, $p=.06$).

Tabelle 32 Schwangerschaftsausgang (schwangere Frauen unter 18 Jahren), nach Konfession (in %)*

	konfessionslos	protestantisch	katholisch	Sign. (p)
Abbruch wahrscheinlich	55	53	60	.08
Austragen wahrscheinlich	28	32	25	.07
für Austragen entschieden	17	21	14	.01

* Nur alte Bundesländer (ohne Berlin), siehe Fußnote 43

⁴⁴ Da die geographische Herkunft (alte vs. neue Bundesländer) sowohl mit dem Schwangerschaftsausgang (Tabelle 30) als auch mit der Konfession (Tabelle 31) deutlich korreliert, muss die Analyse des Zusammenhangs zwischen Konfession und Schwangerschaftsabbruch für die alten und neuen Bundesländer gesondert durchgeführt werden. Wegen der geringen Fallzahlen konfessionsgebundener Jugendlicher in den neuen Bundesländern zeigt Tabelle 32 nur die Daten für die alten Bundesländer.

Resümee

Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Mit der sexuellen Liberalisierung der 1970er sind sexuelle Beziehungen Adoleszenter selbstverständlich geworden und sie werden gesellschaftlich weitgehend akzeptiert. Bei nationalen und internationalen Familienplanungsorganisationen (wie pro familia) wurde gleichzeitig ein Paradigmenwechsel vollzogen, der Sexualität im Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte auch von Jugendlichen in den Rang von Menschenrechten erhob.⁴⁵ Präventive Maßnahmen, Aufklärung über selbstbestimmte Sexualität und Verhütung sowie Informationen über sicheren Schwangerschaftsabbruch sollen Jugendliche in die Lage versetzen, ungewollte Folgen ihrer sexuellen Aktivität so weit wie möglich zu reduzieren.

In den Jahren 1996 bis 2001 sind die jährlichen Raten von Teenagerschwangerschaften und –abbrüchen moderat gestiegen. Seit 2001 sind die Zahlen konstant bis leicht rückläufig. Gegenwärtig werden pro Jahr etwa 8 von 1000 15- bis 17-jährigen Frauen schwanger, etwa 5 von 1000 entscheiden sich für einen Schwangerschaftsabbruch. Der Anstieg in den späten 1990ern ist vermutlich auf eine leichte Zunahme der Gruppe, derjenigen, die relativ früh „anfangen“ (mit 15 Jahren oder früher), zurückzuführen. Durch diese Veränderungen nimmt die Zahl der koitusaktiven Jahre vor dem 18. Geburtstag und damit die Wahrscheinlichkeit, minderjährig schwanger zu werden, leicht zu. Hinweise dafür, dass junge Frauen und ihre Partner seit den späten 1990ern nachlässiger verhüten, gibt es nicht. Im internationalen Vergleich sind die Schwangerschafts- und Abbruchraten von Teenagern in Deutschland niedrig.

Nach den Daten unserer Studie an 1801 schwangeren Frauen unter 18 Jahren sind über 90% der Teenagerschwangerschaften ungeplant. Die überwiegende Mehrheit minderjähriger Schwangerer (etwa drei Viertel) ist 16 oder 17 Jahre alt, nur 1% ist 13 Jahre oder jünger. Die Partner sind in der Mehrzahl (68%) volljährig.

Nach dem Alter ist die soziale Benachteiligung die wichtigste demographische Determinante von Schwangerschaften vor dem 18. Geburtstag. Das Risiko einer Hauptschülerin, minderjährig schwanger zu werden, ist etwa fünf Mal so hoch wie bei einer Gymnasiastin. Die Unterschiede sind gravierend, doch es ist festzuhalten, dass auch die Schwangerschaftsraten der Hauptschülerinnen im internationalen Vergleich eher niedrig sind. Zwei Faktoren tragen zu den Unterschieden zwischen den Schulbildungsgruppen bei: (1) Die Anzahl der Geschlechtsverkehre vor dem 18. Geburtstag (und damit die statistische Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden) liegt bei den Hauptschülerinnen höher als bei den Gymnasiastinnen, da sie ihren ersten Koitus etwas früher haben und ihr Sexualeben nach dem ersten Geschlechtsverkehr möglicherweise frequenter ist. (2) Hauptschülerinnen verhüten möglicherweise etwas weniger konsistent als Gymnasiastinnen und sie haben besonders selten ausreichende Kenntnisse über die „Pille danach“.

Auch andere Indikatoren (Arbeitslosigkeit der Schwangeren; niedrige Schulbildung und Arbeitslosigkeit des Partners; Arbeitslosigkeit der Eltern) zeigen den engen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und der Wahrscheinlichkeit, minderjährig schwanger zu werden. Migration und Migrationshintergrund junger Frauen haben keinen Einfluss auf das Vorkommen von Teenagerschwangerschaften. Ausländische Männer, die aus Kulturkreisen mit einer traditionellen Geschlechterordnung kommen, sind überzufällig häufig Partner von schwangeren Jugendlichen.

⁴⁵ Vgl. E. Thoss: pro familia und die Ziele von Kairo. pro familia Magazin 02/2004.

Teenager, die schwanger geworden sind, unterscheiden sich von den Koituserfahrenen Gleichaltrigen nur geringfügig im Hinblick auf das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr und auf die Anzahl der Sexualpartner. Wie andere Jugendliche auch, organisieren sie ihr Sexualleben vorrangig in festen Beziehungen. 90% der befragten Frauen wurden mit einem festen Partner schwanger.

Fast zwei Drittel der befragten Frauen wurden in einer Situation schwanger, in der sie sich geschützt fühlten, dass heißt Pille oder Kondom benutzten. Anwendungs- und Methodenfehler von Verhütungsmitteln sind ein zentrales Problem von Teenagerschwangerschaften. Ein Drittel verhütete beim Geschlechtsverkehr, der zur Konzeption führte, gar nicht. Nur vereinzelt werden unsichere Methoden (unterbrochener Geschlechtsverkehr, „sichere“ Tage) als Grund für die Schwangerschaft genannt. Lediglich die Hälfte der befragten Frauen wusste zu der Zeit, als sie schwanger wurden, dass es die „Pille danach“ gibt und wie man sie erhält. Doch auch für diese war offenbar die Zugangsschwelle (Rezeptpflicht, Kosten) zu hoch oder sie nahmen die Möglichkeit, schwanger geworden zu sein, nicht wahr oder verleugneten sie.

Etwa 60% der Teenagerschwangerschaften enden heute mit einem Schwangerschaftsabbruch. Auch für den Ausgang von Schwangerschaften ist die soziale Benachteiligung der entscheidende demographische Faktor: Mit der sozialen Benachteiligung nimmt die Abbruchwahrscheinlichkeit drastisch ab und der Anteil derer, die sich für das Austragen entscheiden, nimmt nachhaltig zu. Perspektiven im Hinblick auf Ausbildung und Beruf sind offenbar die stärkste Barriere gegen eine frühzeitige Familiengründung. Die Bereitschaft, die Schwangerschaft auszutragen, nimmt auch mit dem Alter der Jugendlichen und dem Alter des Partners zu; sie ist zudem in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten.

Folgerungen für die Prävention

Die Ergebnisse unserer Studie haben zahlreiche Implikationen für die Prävention von Schwangerschaften minderjähriger Frauen:

- 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 „natürliche“ Folge der höheren Koitusaktivität vor dem 18. Geburtstag in dieser Gruppe, zum Teil eine Konsequenz des vermutlich labileren Verhütungsverhaltens. Geringere Zukunftsperspektiven und eine geringere Zukunftsorientierung beeinträchtigen offenbar Planungskompetenz und begünstigen eine Tendenz, im Augenblick zu leben und zumindest gelegentlich nachlässig zu verhüten. Dieser Aspekt ist in der sexualpädagogischen Arbeit mit jungen Frauen benachteiligter Gruppen besonders zu beachten. Der wirkungsvollste Beitrag zur Prävention unerwünschter Schwangerschaften bei Hauptschülerinnen aber wäre die Auflösung ihrer sozialen Marginalisierung und Perspektivlosigkeit.
- Riskante Situationen. Zu Beginn einer Beziehung und bei den ersten Geschlechtsverkehren mit einem neuen Partner 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. Auch männerdominierter Sex und ein traditionelles Verständnis der Geschlechterrollen bei der Frau und vor allem bei ihrem 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), umgehen kann (z.B. Kondom oder nichtkoitalen Sex, wenn die Pille vergessen wurde) oder mögliche Folgen abwenden kann („Pille danach“ bei abgerutschtem 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 unerwünschten 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 das Wissen 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 den „tabuierten“ unterbrochenen Koitus anzuwenden.
- 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 nichtkoitalen Sex als kompetente, erwachsene, erotisch effektive 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 „physikalische“ Zugangsschwelle durch rezeptfreien und (für Jugendliche) kostenlosen Zugang ebenso gesenkt werden wie die „mentale“ Zugangsschwelle (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. Die potenzielle Bedeutung, die die „Pille danach“ für die Vermeidung von Jugendschwangerschaften haben kann, ist bisher verkannt oder eklatant vernachlässigt worden.

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

Selbst eine optimierte Prävention kann das Risiko ungewollter Jugendschwangerschaften nur reduzieren, nicht aufheben, da sexuelles Verhalten nicht immer planbar ist und Verhütungsmittel auch bei richtiger Anwendung versagen können. Das durch Prävention nicht mehr zu verminderte Restrisiko zeigt, dass ungewollte Schwangerschaften nicht immer auf Nachlässigkeit oder Inkompetenz zurückgeführt werden können. Wenn Jugendliche Sex haben, wird ein gewisser Prozentsatz von ihnen schwanger werden und diese jungen Frauen sollten sowohl bei ihrer Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch oder für die Mutterschaft als auch bei allen weiteren Aufgaben, die sich ihnen stellen, bestmöglich begleitet und unterstützt werden.



Forschungsprojekt
Schwangerschaften bei minderjährigen Frauen

Teilstudie I

Dokumentationsbogen

Angaben zur Person

Wir beginnen mit einigen allgemeinen Fragen zu Ihrer Person.

01 Wie alt sind Sie?

Jahre: _____ Monate: _____

02 Welchen Familienstand haben Sie?

- (01) ledig
- (02) verlobt
- (03) verheiratet
- (04) geschieden
- (99) k.A.

03 Welcher Konfession gehören Sie an?

- (01) keine
- (02) evangelisch-lutherisch
- (03) katholisch
- (04) muslimisch
- (05) jüdisch
- (06) andere: _____
- (99) k.A.

04 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- (01) deutsch
- (02) türkisch
- (03) andere: _____
- (99) k.A.

05 Sind Sie oder Ihre Eltern aus einem anderen Land nach Deutschland eingewandert?

- (01) nein
- (02) aus Osteuropa
- (03) aus der Türkei
- (04) andere: _____
- (99) k.A.

06 Welche Schulbildung haben Sie?

- (01) noch in der Hauptschule
- (02) noch in der Realschule
- (03) noch im Gymnasium
- (04) Hauptschule ohne Abschluss
- (05) Hauptschule mit Abschluss
- (06) Realschulabschluss („Mittlere Reife“)
- (07) Abitur
- (99) k.A.

07 In welcher Berufssituation sind Sie?

- (01) Schülerin
- (02) Auszubildende (Lehre)
- (03) andere berufsbezogene Ausbildungen
- (04) berufstätig
- (05) ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeit
- (99) k.A.

08 Leben Sie auf dem Land oder in einer Stadt?

- (01) ländliches Umfeld (bis 10 000 Einwohner)
- (02) Kleinstadt (bis 100 000 Einwohner)
- (03) Großstadt (bis 1 Mio. Einwohner)
- (04) Metropole (über 1 Mio. Einwohner)
- (99) k.A.

09 Wo wohnen Sie?

- (01) bei den Eltern bzw. einem Elternteil
- (02) in WG (ohne Partner)
- (03) mit Partner
- (04) bei Verwandten, Bekannten
- (05) betreutes Wohnen
- (06) allein
- (99) k.A.

10 Wovon leben Sie derzeit?

- (01) Lebensunterhalt sichern die Eltern
- (02) hauptsächlich durch BAföG
- (03) hauptsächlich durch eigenes Einkommen
- (04) hauptsächlich durch Partner
- (05) hauptsächlich durch Transferleistungen
- (99) k.A.

11 Wie ist die berufliche Situation Ihres Vaters?

- (01) berufstätig
- (02) arbeitslos
- (03) Rentner
- (04) Hausmann
- (99) k.A.

12 Wie ist die berufliche Situation Ihrer Mutter?

- (01) berufstätig
- (02) arbeitslos
- (03) Rentnerin
- (04) Hausfrau
- (99) k.A.

13 Sind Ihre Eltern verheiratet oder getrennt?

- (01) verheiratet/ unverheiratet zusammenlebend
- (02) geschieden, getrennt
- (03) ein Elternteil ist verstorben
- (99) k.A.

14 Wie alt war Ihre Mutter als sie ihr erstes Kind bekam?

Jahre: _____

Angaben zu Reproduktion

Ich würde jetzt gerne einige Fragen zu Ihren bisherigen Erfahrungen mit Sexualität und Beziehungen stellen.

15 Waren Sie vor dieser Schwangerschaft schon einmal schwanger?

(01) nein → *bitte weiter mit Frage 17*

(02) ja

(99) k.A.

16 Wie ist diese frühere Schwangerschaft ausgegangen?

(01) ich habe ein Kind bekommen

(02) ich hatte eine Fehlgeburt

(03) ich habe die Schwangerschaft abgebrochen

(99) k.A.

17 Haben Sie vor dieser Schwangerschaft schon einmal eine Frauenärztin/ einen Frauenarzt aufgesucht? Wenn ja, warum?

(Mehrfachangaben möglich)

nein

wegen Verhütungsfragen

wegen einer Vorsorgeuntersuchung

wegen gesundheitlicher Probleme

(99) k.A.

18 Wissen Sie, dass es die „Pille“ für Frauen unter 20 Jahren kostenlos gibt?

(01) ja

(02) nein

(99) k.A.

19 Wussten Sie zum Zeitpunkt als Sie schwanger wurden, etwas über die „Pille danach“?

(01) nein

(02) weiß, dass es sie gibt, *aber nicht*, wie man sie bekommt

(03) weiß, dass es sie gibt *und* wie man sie bekommt

(99) k.A.

20 Wie alt waren Sie als Sie das erste Mal mit einem Jungen/ Mann geschlafen haben?

Jahre: _____

21 Mit wie vielen Jungen/ Männern haben Sie bisher insgesamt geschlafen?

Anzahl: _____

22 Wie viele feste Beziehungen hatten Sie bisher insgesamt?

(einschließlich der gegenwärtigen)

Anzahl: _____

Angaben zur Schwangerschaft

Und jetzt zu Ihrer momentanen Situation: ich möchte jetzt auf Ihre Schwangerschaft zu sprechen kommen.

23 In der wievielten Schwangerschaftswoche sind Sie? (seit der letzten Menstruation)

Wochen: _____ (p.m.)

24 Seit wann wissen Sie, dass Sie schwanger sind?

Tage: _____

25 War die jetzige Schwangerschaft geplant oder ungeplant?

(01) geplant

(02) unklar

(03) ungeplant

(99) k.A.

26 Wer weiß davon, dass Sie schwanger sind? (Mehrfachangaben möglich)

der Partner

die Mutter

der Vater

Freundin

andere: _____

(99) k.A.

27 Wissen Sie mit wem Sie schwanger wurden?

(01) nein, weiß nicht, mit wem es zur Konzeption kam → *bitte weiter mit Frage 38*

(02) ich bin unsicher → *bitte weiter mit Frage 38*

(03) ja

(99) k.A.

28 Wie haben Sie bei dem Geschlechtsverkehr, bei dem es zur Schwangerschaft kam, verhütet? (Mehrfachangaben möglich)

keine Verhütung

Pille

Kondom

Diaphragma

Spirale

„sichere Tage“

unterbrochener Verkehr

andere: _____

(99) k.A.

29 Wer wollte den Geschlechtsverkehr, bei dem es zur Schwangerschaft kam?

(01) beide wollten es gleichermaßen

(02) Klientin wollte stärker

(03) Mann wollte stärker

(04) Koitus gegen den Willen der Klientin

(99) k.A.

Angaben zum Partner (...)

Ich möchte Ihnen jetzt noch einige Fragen zu (...) stellen.

30 Wie alt ist (...)?

Jahre: _____

31 Wie ist die Berufssituation von (...)?

- (01) Schüler
- (02) Auszubildender (Lehre)
- (03) andere berufsbezogene Ausbildungen
- (04) berufstätig
- (05) ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeit
- (99) k.A.

32 Welche Schulbildung hat (...)?

- (01) noch in der Hauptschule
- (02) noch in der Realschule
- (03) noch im Gymnasium
- (04) Hauptschule ohne Abschluss
- (05) Hauptschule mit Abschluss
- (06) Realschulabschluss („Mittlere Reife“)
- (07) Abitur
- (99) k.A.

33 Welche Staatsangehörigkeit hat (...)?

- (01) deutsch
- (02) türkisch
- (03) andere: _____
- (99) k.A.

34 Wie lange kannten Sie (...) als Sie schwanger wurden?

- (01) einen Tag
- (02) mehrere Tage
- (03) 1 Woche bis 1 Monat
- (04) 1 – 6 Monate
- (05) 6 – 12 Monate
- (06) 1 Jahr und länger
- (99) k.A.

35 Wie oft hatten Sie schon mit (...) geschlafen als Sie schwanger wurden?

- (01) Konzeption beim ersten Mal
- (02) 2 – 5 Mal
- (03) 6 – 10 Mal
- (04) 11 – 20 Mal
- (05) mehr als 20 Mal
- (99) k.A.

36 Hatten Sie als Sie schwanger wurden eine feste Beziehung mit (...)? Wenn ja, wie lange dauerte die Beziehung schon?

- (01) keine feste Beziehung → weiter mit Frage 38
- (02) feste Beziehung, seit _____ Monaten
- (99) k.A.

37 Sind Sie noch mit (...) zusammen?

- (01) nein
- (02) ja
- (99) k.A.

38 Das war von mir aus schon die letzte Frage. Gibt es etwas, was Ihnen noch wichtig ist? Haben wir noch etwas vergessen?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten. Sie waren uns eine große Hilfe.

Angaben zur Dokumentation (Von der Beraterin/ dem Berater auszufüllen)

39 Landesverband/Ortsverband

40 Art der Beratung

- (01) §219 Beratung
(Schwangerschaftskonfliktberatung)
- (02) allgemeine Schwangerschaftsberatung

Die Klientin hat der Befragung mündlich zugestimmt.

Datum _____

Kommentar der Beraterin/ des Beraters

(z.B. Besonderheit der Situation, spontane Bemerkungen der Klientin, Störungen)