



DIPLOMARBEIT

„Biologisch-medizinische und soziale Aspekte von
Schwangerschaften in der Adoleszenz – eine Untersuchung
unter besonderer Berücksichtigung der Unterstützungs- und
Betreuungssituation“

Verfasserin

Karina Elisabeth Gabriele Kirisits

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 190 445 333

Studienrichtung lt. Studienblatt:

UF Biologie und Umweltkunde und UF Deutsch

Betreuerin / Betreuer:

A.o. Univ.-Prof. Mag.rer.nat. Mag.phil. Dr.rer.nat. (PhD) Sylvia
Kirchengast

Danksagung

Ich denke, es wird heutzutage viel zu selten Danke gesagt, daher möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich bei all jenen Menschen von ganzem Herzen bedanken, die mir während meines Studiums, und besonders in der Zeit des Verfassens meiner Diplomarbeit, zur Seite standen und zum Gelingen dieser Arbeit maßgeblich beigetragen haben:

An erster Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Univ.-Prof. Dr. Sylvia Kirchengast für die Betreuung meiner Diplomarbeit bedanken. Danke für Ihr großes Engagement, für die zahlreichen aufbauenden Zusprüche, Ihre Geduld, Ihren Optimismus und Ihre Freundlichkeit.

Mein größter Dank gilt meiner Familie und insbesondere meinen Eltern, den besten, die man sich wünschen kann. Ich möchte mich für eure Kraft, eure Liebe und euren Beistand bedanken. Dafür, dass ihr eine wertvolle Stütze in meinem Leben seid und mir stets Mut und Zuversicht schenkt. Wie Goethe es so treffend formulierte *„Leider lässt sich eine wahrhafte Dankbarkeit mit Worten nicht ausdrücken.“*

Mein besonderer Dank gilt einem sehr wichtigen Menschen in meinem Leben, meinem Lebensgefährten, der mich durch zahlreiche Hochs und Tiefs, nicht nur während meines Studiums, begleitet hat bzw. begleitet, für seine Geduld und Hilfsbereitschaft, seine mentale Unterstützung und für seine Liebe. Danke, dass du an mich glaubst und immer für mich da bist.

Ein herzliches Dankeschön gilt meinem lieben Onkel Ferdinand für seine tatkräftige und liebevolle Unterstützung. Er ist mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden.

Weiters möchte ich mich bei all jenen jungen (werdenden) Müttern herzlich bedanken, die mir durch das Ausfüllen meines Fragebogens die Durchführung meiner Untersuchung ermöglicht haben. Nicht zu vergessen, die Institutionen, Gynäkologen und Freunde, die mir bei der Suche nach Probandinnen weitergeholfen haben – herzlichen Dank.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch meinen Korrekturleserinnen, Christina, Claudia und Katharina, für das schnelle und ausgezeichnete Lektorat meiner Arbeit und die hilfreichen Anregungen.

„Last, but not least“ geht mein Dank an meine Mädels, Claudia (Mokiri), Doris (Soris), Emelin (Emi), Elisabeth (Soben), Maria (Mary), Magdalena (Magda) und Jasmin (Jason), die nicht nur meine Studienzeit zu einer besonderen Zeit gemacht, sondern mein Leben bereichert haben. Danke für eure Unterstützung und eure Freundschaft. Ein großes Dankeschön an all meine Freunde, die immer für mich da sind.

Herzlichen Dank!

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Abstract	9
1. Einleitung.....	11
1.1 Problemstellung und Motive der vorliegenden Arbeit	11
1.2 Zielsetzungen der Arbeit	12
1.3 Aufbau der Arbeit und zugrunde liegende Fragestellung.....	13
2. Schwangerschaft in der Adoleszenz	15
2.1 Begriffsbestimmung und Eingrenzung	15
2.1.1 „Die Adoleszenz“ – Aufbruch in eine neue Dimension	17
2.1.1.1 Psychosoziale Entwicklung – ein kurzer Abriss	17
2.1.1.2 Die körperliche Entwicklung im weiblichen Geschlecht – ein kurzer Abriss	23
3. Jugendschwangerschaften – ein zunehmendes Phänomen	29
3.1 Frühe Schwangerschaft und adoleszente Entwicklung.....	34
3.2 Hintergründe und Motive von Schwangerschaften in der Adoleszenz	38
3.2.1 Die säkulare Akzeleration.....	38
3.2.2 Jugendsexualität.....	40
3.2.2.1 Sexuelle Erfahrungen Jugendlicher – Informationsquellen für Jugendliche	44
3.2.2.2 „Das erste Mal“	46
3.2.3 Aufklärung und Sexualerziehung	50
3.2.3.1 Die drei Säulen einer tragfähigen Sexualerziehung.....	51
3.2.3.1.1 Die Rolle der Eltern.....	52
3.2.3.1.2 Die Rolle der Institution Schule und externer ExpertInnen	54
3.2.4 Kontrazeption in der Adoleszenz	58
3.2.4.1 Wissen um eine geeignete Kontrazeption.....	58
3.2.4.2 Kontrazeptionsverhalten	59
3.2.4.3 Notfallverhütung – das Wissen Jugendlicher um die „Pille danach“	62
3.2.5 Soziale und psychologische Gründe einer Schwangerschaft in der Adoleszenz..	63
3.3 Schwangerschaft in der Adoleszenz – worin liegen denn nun eigentlich die Probleme bzw. Risiken?	65
3.3.1 Medizinisch-biologische Risiken.....	65

3.3.1.1	Antenatale schwangerschaftsbedingte Komplikationen.....	66
3.3.1.1.1	Bluthochdruck	66
3.3.1.1.2	Schwangerschaftsbedingte Anämie.....	67
3.3.1.1.3	Infektionen	68
3.3.1.1.4	Placenta praevia	69
3.3.1.1.5	Schwangerschaftsdiabetes.....	69
3.3.1.1.6	Frühgeburt, Intrauterine Wachstumsretardation (IUGR) und niederes Geburtsgewicht	69
3.3.1.1.7	Kaiserschnitt	72
3.3.1.1.8	Mortalität und Morbidität.....	74
3.3.1.2	Medizinisch-biologische Risiken - Fazit.....	76
3.3.2	Psycho-soziale Risiken	77
3.4	Evolutionbiologische Überlegungen zu Schwangerschaften in der Adoleszenz	80
3.5	Bewältigungsanforderungen und besondere Bedürfnisse schwangerer Jugendlicher.....	81
3.6	Rechtslage und Hilfsangebote für minderjährige Schwangere in Österreich.....	84
4.	Die Untersuchung	88
4.1	Forschungsinteresse und Zielsetzung	88
4.2	Hypothesen und Fragestellungen	89
4.2.1	Hypothesen	89
4.2.2	Fragestellungen bezogen auf die familiäre und institutionelle Betreuungs- und Unterstützungssituation jugendlicher Schwangerer bzw. jugendlicher Mütter	89
4.3	Material und Methoden.....	90
4.3.1	Planung der Untersuchung, Erhebung der Daten, Durchführung der Untersuchung und Stichprobenzusammensetzung.....	90
4.3.2	Probleme bei der Durchführung der Untersuchung.....	92
4.3.3	Untersuchungsinstrumentarium: Der Fragebogen.....	92
4.3.4	Statistische Auswertung.....	93
5.	Ergebnisse.....	94
5.1	Soziodemografische Daten: Allgemeine Angaben zur Person, Familie und zum Kindsvater.....	94
5.1.1	Alter der befragten jungen (werdenden) Mütter zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft.....	94

5.1.2	Familienstand der jungen (werdenden) Mütter	95
5.1.3	Schulbildung	96
5.1.4	Tätigkeit bzw. berufliche Aussichten der jungen (werdenden) Mütter.....	96
5.1.5	Informationen zur Familie, zur Wohnsituation und zur finanziellen Situation der jungen (werdenden) Mütter	97
5.1.6	Personen im Familien- bzw. Freundeskreis, die sehr früh schwanger wurden .	100
5.1.7	Partnerschaftsstatus, Beruf und Alter des Kindsvaters	101
5.2	Angaben zu Reproduktion und Kontrazeption.....	102
5.2.1	Menarche	102
5.2.2	Gynäkologisches Alter	103
5.2.3	Der erste Geschlechtsverkehr	104
5.2.4	Der erste Besuch bei einem Frauenarzt/eine Frauenärztin und seine Gründe .	105
5.2.5	Verhütung.....	106
5.2.6	Die „Pille danach“	109
5.2.7	Sexuelle Aufklärung – Familie, Peers und die Institution Schule	110
5.2.7.1	Wer ist für die sexuelle Aufklärung der Jugendlichen verantwortlich?	111
5.2.7.2	Alter zum Zeitpunkt der Aufklärung	112
5.2.7.3	Sexualkundeunterricht in der Institution Schule	112
5.3	Angaben zur Schwangerschaft und Geburt	114
5.3.1	Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft	114
5.3.2	Gewollte bzw. ungewollte Schwangerschaft	115
5.3.3	Einstellung der jungen werdenden Mutter und Veränderung der Gefühle im Laufe der Schwangerschaft	116
5.3.4	Schwangerschaftsbeschwerden, medizinische Auffälligkeiten bzw. Komplikationen während der Schwangerschaft	120
5.3.5	Pränataldiagnostische Untersuchungen	122
5.3.6	Körperhöhe und -gewicht, Body-mass-Index, Gewichtszunahme während der Schwangerschaft	123
5.3.7	Größe und Gewicht des Neugeborenen	128
5.3.8	Ernährungs- und Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft	130
5.3.9	Entbindungsort, Geburtsmodus und Betreuung der jungen (werdenden) Mütter während der Geburt.....	131

5.4	Angaben zur institutionellen und familiären Betreuungs- und Unterstützungssituation.....	133
5.4.1	Wer wurde über die Schwangerschaft informiert und wie reagierte das Umfeld der jungen (werdenden) Mutter?	132
5.4.2	Entscheidungshilfe – Die Entscheidung für das Kind – Gründe für diese Entscheidung	133
5.4.3	Institutionelle Beratung: Zeitpunkt, Art der Inanspruchnahme und Zugang	135
5.4.4	Betreuung und Beratung während der Schwangerschaften	138
5.4.5	Reflexion zur Beratungs- und Betreuungssituation	139
5.5	Offene Fragestellungen	142
5.5.1	Themen, die in der Beratung angesprochen wurden und wichtig waren für die jungen (werdenden) Mütter	142
5.5.2	Themen, die in der Beratung nicht angesprochen wurden, die den jungen (werdenden) Müttern aber wichtig waren bzw. sind	143
5.5.3	Welche Hilfe bzw. Unterstützung hätten sich die jungen (werdenden) Mütter zusätzlich gewünscht bzw. was war ihnen besonders wichtig	144
5.5.4	Gedanken junger (werdender) Mütter an andere, die in ihre Situation kommen	146
6.	Diskussion	149
6.1	Hypothesen	149
6.1.1	Eine Schwangerschaft im Jugendalter stellt zumeist ein ungeplantes Ereignis dar.	149
6.1.2	Eine Schwangerschaft im Jugendalter ist wahrscheinlicher, wenn bereits die Mütter der minderjährigen Schwangeren sehr früh ein Kind bekommen haben.	158
6.1.3	Jugendliche Schwangere suchen oft erst sehr spät institutionelle Hilfe (z. B. einen Frauenarzt) auf, sodass die Schwangerschaft häufig weit fortgeschritten ist. Sie versuchen dadurch, ihr Problem zu verbergen bzw. sich einer bewussten Entscheidung zu entziehen.	159
6.1.4	Durch die heutige medizinische Vorsorge- und Versorgungsmöglichkeit stellen Schwangerschaften im Jugendalter, bei ausreichender institutioneller Betreuung und Unterstützung, kein erhöhtes Risiko dar.	161

6.2 Fragestellungen bezogen auf die familiäre und institutionelle Betreuungs- und Unterstützungssituation jugendlicher Schwangerer	167
6.2.1 Wie gehen junge Frauen mit der Situation um, so jung ihre Jugend aufzugeben und plötzlich Verantwortung übernehmen zu müssen? Welche Einstellung haben sie zur Schwangerschaft? Welche Rolle spielt das familiäre Umfeld, die Partnerschaft für eine erfolgreiche Lebensplanung mit Kind?	168
6.2.2 Welche unterstützenden Faktoren existieren hinsichtlich einer Schwangerschaft in der Adoleszenz? Ist das derzeitige Beratungs- und Betreuungsnetzwerk für junge Mütter ausreichend bzw. welchen Unterstützungsbedarf gibt es bei der untersuchten Zielgruppe? Welche Bedürfnisse und Wünsche haben jugendliche Schwangere bzw. Mütter in Bezug auf Betreuung und Unterstützung?	171
7. Zusammenfassung und Ausblick	178
Literaturverzeichnis.....	183
Abbildungsverzeichnis.....	202
Tabellenverzeichnis	204
Anhang 1 Fragebogen	205
Anhang 2 CURRICULUM VITAE.....	214
Eidesstattliche Erklärung.....	216

Abstract

Hintergrund: Medien suggerieren den Eindruck, Schwangerschaften in der Adoleszenz seien ein zunehmendes Phänomen unserer Zeit, ohne wissenschaftliche und biografische Zusammenhänge zu berücksichtigen. **Zielsetzung:** Gegenstand der vorliegenden Arbeit war die Ermittlung der Häufigkeit jugendlicher Schwangerer in Österreich im internationalen Vergleich, das Aufzeigen von Entstehungsbedingungen, Hintergründen, Risiken und Faktoren, die zu einem erhöhten Risiko einer adoleszenten Schwangerschaften führen können sowie die Betrachtung möglicher Folgen, Bewältigungsanforderungen und Bedürfnisse junger (werdender) Mütter unter besonderer Berücksichtigung der Betreuungs- und Unterstützungssituation. **Untersuchungsgegenstand und Methode:** Im Zeitraum zwischen Jänner und April 2011 wurden Daten von 51 jugendlichen Erstgebärenden im Alter von 13 bis 18 Jahren ($\bar{x}$ 16,3; $sd=1,3$) aus den Bundesländern Wien, Niederösterreich und dem Burgenland bezüglich sozioökonomischer Konstellationen, Aspekten der Reproduktion und Kontrazeption, Schwangerschaft und Geburt und der institutionellen und familiären Betreuungs- und Unterstützungssituation erhoben. **Ergebnisse:** In den letzten 20 Jahren zeigt sich ein deutlicher Abwärtstrend im Hinblick auf die Schwangerschaftsrate Jugendlicher (Auftretenshäufigkeit lag bei 3,2% aller Lebendgeburten im Jahr 2010). Jugendschwangerschaften sind zu über 90% ungeplant. Das Risiko einer Jugendschwangerschaft erhöht sich, wenn im engeren Familien- bzw. Freundeskreis Frauen bereits in der Adoleszenz schwanger wurden. Es konnte ein Mangel an Bewusstsein für die eigene reproduktive Gesundheit bei den Probandinnen nachgewiesen werden. Ein erhöhtes Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen bei jugendlichen Schwangeren konnte nicht dokumentiert werden. Weiters konnte kein Zusammenhang zwischen dem Schwangerschaftsverlauf und der Betreuungssituation nachgewiesen werden. Der Großteil der Jugendlichen war gut in ein familiäres bzw. institutionelles Netzwerk eingebunden und mit den derzeitigen Angeboten und Hilfestellungen weitgehend zufrieden. Konkrete Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der Betreuungs- und Unterstützungssituation werden von den Jugendlichen im reflexiven Teil des Fragebogens ausführlich beschrieben. **Schlussfolgerung:** Schwangerschaften im Jugendalter gab es schon immer und wird es immer geben. Bei adäquater institutioneller Betreuung ist nicht von einem erhöhten medizinischen Risiko auszugehen. Vielmehr sind Schwangerschaften im Jugendalter mit psycho-sozialen Risiken verbunden, die es durch geeignete Intervention und Prävention zu vermeiden, und in weiteren Arbeiten zu untersuchen gilt.

Abstract

Background: Media convey the impression that teenage pregnancies are an increasing phenomenon of our time, without taking scientific and biographic aspects into account. **Objective target:** This thesis compares the frequency of teenage pregnancies in Austria with a number of other countries. On the one hand, reasons for early pregnancies, background information about the teenage mothers as well as risks and reasons that might lead on to an increased risk for teenage pregnancies are highlighted. On the other hand, possible consequences, strategies for coping with the situation, teenage mothers' needs and, in particular, the personal environment and supporting elements of the respective girls are considered. **Data and Method:** Between January and April 2011, data of 51 primiparous teenage mothers at the age from 13 to 18 ($\bar{x}$ 16,3; $sd=1,3$) has been collected in the Austrian federal states Vienna, Lower Austria and Burgenland. The focus was on socio-economic set-up, aspects of reproduction and contraception, pregnancy and giving birth as well as institutional and domestic care. **Results:** It turned out that there is an obvious downward trend (frequency of occurrence was 3,2% of all live births in 2010). More than 90% of the teenage pregnancies under research have not been planned. The risk of getting pregnant during adolescence is increased if women in one's narrow circle of friends or family have experienced an adolescent pregnancy themselves. A lack of awareness for one's own reproductive health has been proven among the test persons. An increased occurrence of complications during teenage pregnancies has not been documented. In addition, a correlation between course of pregnancy and supporting situation could not be evidenced. Most of the adolescent test persons were well integrated in a domestic or institutional network and to a large extent satisfied with the current offers and support. Specific needs and wishes with regard to their supporting and caring situation are extensively described by the teenagers in the reflexive part of the questionnaire. **Conclusions:** Teenage pregnancies have always existed and will continue to occur. If institutional care is adequate there is not necessarily an increased medical risk. However, adolescent pregnancies are associated with psycho-social risks. Those risks need to be avoided by adequate intervention and prevention, and closer analysed in further papers.



1. Einleitung

Im einleitenden Teil dieser Arbeit soll zunächst auf die Motive für die Auswahl und Bearbeitung dieser Thematik, auf die Problemstellung, die Zielsetzungen der Arbeit, die zugrunde liegenden Hypothesen und Fragestellungen und den Aufbau der Arbeit eingegangen werden.

1.1 Problemstellung und Motive der vorliegenden Arbeit

... *plötzlich schwanger* – Jugendliche zwischen ihren Bedürfnissen, Wünschen und Träumen und ihrer Reise ins Unbekannte. Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Schwangerschaft im Jugendalter, einer Zeit des Übergangs von der Kindheit ins Erwachsensein, einer Zeit physischer und psychischer Veränderungen im Leben einer jeden Frau.

Trotz allen fortschrittlichen Denkens, der scheinbaren Weltoffenheit und Aufgeklärtheit unserer heutigen westlichen Gesellschaft ist die ungeplante Schwangerschaft im Jugendalter ein von vielen Menschen wenig verstandenes, weitgehend tabuisiertes Thema und im

öffentlichen Diskurs in erster Linie mit Negativschlagzeilen behaftet. Viele Studien behandeln die Thematik einseitig und vergessen die Person im Zentrum, das schwangere Mädchen, das meist mit sehr ambivalenten Gefühlen zu kämpfen hat, zumal eine Schwangerschaft bei Jugendlichen ein meist unerwartetes, ungeplantes Ereignis ist und einen gravierenden Einschnitt in ihrem Leben darstellt.

Das Thema bzw. die Motivation für die Arbeit entwickelte sich einerseits aus dem Interesse dieses anthropologischen Feldes und der Tatsache der weltweit hohen Zahl an Jugendschwangerschaften. Andererseits liegt mir dieses Thema als angehende Pädagogin sehr am Herzen, denn Sexualerziehung, Aufklärungs- und Beratungsmöglichkeiten, Ursachen und Auswirkungen von Schwangerschaft bzw. Elternsein auf das Leben Jugendlicher werden nur allzu selten zum Thema im Unterricht gemacht. Diese Arbeit gibt mir die Gelegenheit, mich mit diesen Themenstellungen und Fragestellungen mithilfe geeigneter Literatur und empirischer Analyse intensiv auseinanderzusetzen.

1.2 Zielsetzungen der Arbeit

Die Bearbeitung dieser Thematik verfolgt mehrere Zielsetzungen, die ich im Folgenden erläutern werde. Viel zu oft wird die schwierige Situation, in der sich die jungen schwangeren Frauen befinden, romantisiert und die konfliktträchtige Lage herabgespielt. Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Schwangerschaft in der Adoleszenz“ im Rahmen meiner Arbeit soll Ursachen, Risiken und Folgen sowohl medizinisch-biologisch als auch sozial aufzeigen. Ferner sollen Bewältigungsanforderungen, die im Hinblick auf die Jugendschwangerschaft existieren, dargestellt werden. Es stellt sich die Frage, wie die jungen Mütter mit dieser Situation umgehen und welcher Unterstützungsbedarf besteht.

Eines der Hauptanliegen dieser Arbeit ist es, dass diese als Sprachrohr der jungen Mütter dienen soll, um ihre persönlichen Erfahrungen in Bezug auf Beratung, Unterstützung, Sexualität im Jugendalter, Schwangerschaft, Lebensbedingungen, Einstellungen, Zukunftspläne und dergleichen darzulegen. Durch das Mitwirken der jungen (werdenden) Mütter kann ich mehr darüber erfahren, wie junge Mütter in diese Situation geraten, wie sie diese erleben und bewältigen und welche Art von Unterstützung bzw. Beratung sie sich während

und nach der Schwangerschaft wünschen. Die Erfahrungen der jungen (werdenden) Mütter sind wichtig, um das derzeitige Beratungs- und Unterstützungsangebot zu optimieren, um Jugendliche, die schwanger geworden sind, verstehen und unterstützen zu können, damit sie den Anforderungen einer Mutterschaft gewachsen sind.

Weiters soll die Arbeit Hintergründe und Perspektiven von Jugendschwangerschaften aufzeigen und bestehende Beratungs- und Hilfsangebote darlegen sowie Pädagoginnen als Unterstützungshilfe zum Umgang mit jugendlichen Schwangeren dienen. Die Arbeit nimmt in keiner Weise in Anspruch, eine vollständige Lektüre der Sexualität des Menschen, mit all ihren biologisch-somatischen und psychosozialen Feldern, zu sein. Vielmehr ist sie als eine Art Leitfaden für den Umgang mit jugendlichen Schwangeren gedacht. Es ist für mich von großem Interesse, durch diese Arbeit sowohl ein Verständnis für die Schwierigkeiten und Bedürfnisse jugendlicher Mütter zu vermitteln als auch Denkanstöße der Prävention ungeplanter Schwangerschaften zu liefern. Sie stellt einen Beitrag zum wissenschaftlichen Diskurs zur Thematik „Schwangerschaften in der Adoleszenz“ dar, soll weg von einem sozial stigmatisierenden Blick, hin zu einem verständnisvolleren und verantwortungsvollen Umgang mit der oftmals belastenden Situation, in der sich die Jugendlichen befinden, führen.

1.3 Aufbau der Arbeit und zugrunde liegende Fragestellung

Die vorliegende Arbeit ist grundsätzlich in 4 Teile gegliedert, einen Theorieteil, einen Untersuchungsteil, einen Ergebnisteil und einen abschließenden Teil, der die Diskussion, das Resümee und den Ausblick enthält.

Ferner möchte ich darauf hinweisen, dass die Auseinandersetzung mit der Thematik „Schwangerschaft in der Adoleszenz“ im Rahmen dieser Arbeit die Situation der „adoleszenten“ Schwangeren ins Auge fasst, die sich für das Austragen des Kindes entschieden hat, und geht demzufolge auf Aspekte, die im Zusammenhang mit einem Abort (Schwangerschaftsabbruch) von Interesse sind, nicht ein, da diese Thematik eine eigene vertiefende Auseinandersetzung erfordert. Ebenfalls ausgeklammert wird die emotionale Situation der minderjährigen Vaterschaft in dieser Arbeit, die zwar von großem Interesse wäre, aber ebenso eine eigene Untersuchung erfordert.

Der erste Teil dieser Arbeit, der theoretische Teil, dient der Einführung in die Thematik. Im theoretischen Teil soll zunächst, abstrahiert von der besonderen Lebenssituation schwangerer Jugendlicher und in allgemeiner Weise, auf die Lebensphase „Adoleszenz“ mit den körperlichen Veränderungen des weiblichen Körpers im Verlauf der Pubertät eingegangen und der biografische Weg vom Mädchen zur Frau nachgezeichnet werden. Im Anschluss daran soll eine allgemeine Betrachtung zur Lebenssituation von jugendlichen Schwangeren und der biologischen und psychologischen Veränderungen erfolgen. Ferner soll auf die Epidemiologie, auf Motive und Hintergründe, im Speziellen auf „säkulare Akzeleration“, „Jugendsexualität“, „Kontrazeptionsverhalten“, „Aufklärung bzw. Sexualerziehung“ eingegangen werden. Im Zuge dessen sollen präventive Maßnahmen erörtert bzw. Lösungsansätze vorgeschlagen werden. Als weiteren Punkt werden sowohl medizinisch-biologische als auch psycho-soziale Risiken von Schwangerschaften in der Adoleszenz erörtert. Abschließend werden Bewältigungsanforderungen, Bewältigungsstrategien und besondere Bedürfnisse schwangerer Jugendlicher angeführt. In Anbetracht der Thematik dieser Arbeit ist es von großer Relevanz, dass die oben genannten Themenschwerpunkte Eingang in den theoretischen Teil der Arbeit finden, da diese wichtige Schüsselpunkte im Rahmen der vorliegenden Arbeit darstellen.

Im Fokus des empirischen Teils liegt zunächst die Erfragung des soziodemografischen Hintergrunds und des Beziehungsstatus der jungen werdenden Mütter, um in Erfahrung zu bringen, wer in der Adoleszenz schwanger wird und welchen Hintergrund diese Mädchen haben. Weiters interessieren im Rahmen dieser Arbeit der Verlauf der Schwangerschaft, die Geburt und die somatischen Gegebenheiten der jungen Mütter und ihrer Neonaten, um aus diesen Daten gegebenenfalls Rückschlüsse auf Risiken von Schwangerschaften in der Adoleszenz schließen zu können. Ein weiteres Anliegen der Arbeit ist es, die Bedürfnisse der jungen (werdenden) Mütter herauszuarbeiten, um daraus Empfehlungen für die Verbesserung der institutionellen Betreuung geben zu können. Daher wurde im empirischen Teil dieser Arbeit im Speziellen auf die familiäre und institutionelle Betreuungs- und Unterstützungssituation der jungen werdenden Mütter eingegangen, da diese einen sensibleren und differenzierteren Zugang und Umgang als bei älteren Gebärenden erfordert.

Die empirisch gewonnenen Daten werden anschließend in der Diskussion zur Hypothesenüberprüfung und Beantwortung der für diese Arbeit relevanten Fragestellungen vor dem Hintergrund geeigneter Literatur analysiert und interpretiert. Die Hypothesen und Fragestellungen bezüglich dieser Thematik, die unter Punkt 4.2 angeführt sind, haben sich ausgehend von folgender Metathese entwickelt: *„Trotz Aufklärung und Wissen über Sexualität, Fruchtbarkeit und Schwangerschaft werden Jugendliche in Österreich immer noch ungeplant schwanger. Welche Aspekte bzw. Einflussfaktoren sind dafür ausschlaggebend?“*

Den Abschluss der Arbeit bildet eine Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse und Aspekte sowie einem sich daraus ergebenden Ausblick.

2. Schwangerschaft in der Adoleszenz

2.1 Begriffsbestimmung und Eingrenzung

Der Begriff „Jugendalter“ bzw. „Adoleszenz“ ist historisch betrachtet ein noch relativ junger. Während im Mittelalter Mädchen mit dem Erreichen der Pubertät den Status von Erwachsenen erhielten, wurden den Menschen seit Beginn der Neuzeit Generationsunterschiede zunehmend bewusst. In einigen Naturvölkern existiert der Begriff in unserem modernen Sinn bis heute nicht. In diesen Gesellschaften erlangen Mädchen den Status von erwachsenen Frauen nach wie vor mit dem Erreichen der Pubertät. In unserer Kultur entwickelte sich mit Beginn des 16. Jahrhunderts die Kindheit als ein besonders behüteter Lebensabschnitt. Im Zuge der Industrialisierung und der damit verbundenen sozioökonomischen Veränderungen generierte sich zusätzlich ein zweiter wesentlicher Lebensabschnitt, das Jugendalter. Es vollzog sich somit innerhalb weniger Jahrhunderte eine starke und immer noch anhaltende Veränderung der gesellschaftlichen Einstellung gegenüber jungen Menschen und der relativen Länge dieses Zeitabschnitts, was aufgrund sich ständig wandelnder Anforderungen und Gegebenheiten nicht verwunderlich ist. (Haeberle, 1983)

In der internationalen Literatur werden unterschiedliche Bezeichnungen und Alterseingrenzungen auf die zu untersuchende Personengruppe angeführt und vorgenommen. Verwendet man den Begriff „Jugend“ bzw. „Adoleszenz“, so sollte man sich der Tatsache bewusst sein, dass man angesichts der Pluralität jugendlicher Lebenswelten, eigentlich nicht

von „der Jugend“ sprechen kann (Stier/Weissenrieder, 2006), schließlich hat man es mit einer durchaus heterogenen Gruppe zu tun, die sich in ihrer Lebenswelt, ihren Bedürfnissen, ihren Einstellungen, ihren Lebenszugängen, ihren Wertevorstellungen und ihren Handlungsmöglichkeiten voneinander abgrenzen.

Die Lebenswelt der Jugendlichen, so vielgestaltig diese im Einzelfall auch sein mag, enthält dennoch bestimmte Elemente und Entwicklungslinien, die die Betonung einer Gemeinsamkeit möglich machen. Innerhalb dieser Arbeit wird der Begriff „Jugend“ bzw. „Adoleszenz“ demnach als „Metabegriff“ verstanden. Die vorhandene Individualität jedoch wahrzunehmen, ist ein wesentlicher Bestandteil der Jugendarbeit. (Raithel, 2010/2011) In diesem Sinne erfolgt zunächst eine überblicksartige Darstellung und Eingrenzung der Termini „Adoleszenz bzw. Jugendalter“ und „Pubertät“ nach biologischen und psycho-sozialen Gesichtspunkten.

Während man unter „Pubertät“ (von lat. puber: geschlechtsreif entwickelt) die körperliche bzw. biologisch-geschlechtliche Entwicklungs- bzw. Reifephase des Menschen versteht, verbindet man mit dem Begriff „Adoleszenz“ (von lat. adolescere: heranwachsen, erstarken) die psycho-sozialen Entwicklungsschritte und die Übernahme der veränderten sozialen Rollen, eine vor allem kulturell bestimmte Phase. (Buddeberg, 2005; Haeberle, 1983) Diese bio-psycho-sozialen Prozesse beeinflussen sich gegenseitig und sind zugleich durch Herausforderung und Entwicklung während des Übergangs vom Kindsein zum Erwachsenenalter gekennzeichnet.

Dieser Rahmen ist notwendig, um die entwicklungspsychologische Situation, in der sich die jungen Frauen befinden, aufzuzeigen, damit sie in ihren Lebenssituationen und in ihren Bedürfnissen besser verstanden werden können und sich mögliche Ursachen für eine frühe Schwangerschaft daraus ableiten lassen.

2.1.1 „Die Adoleszenz“ – Aufbruch in eine neue Dimension

2.1.1.1 Psychosoziale Entwicklung – ein kurzer Abriss

Die Adoleszenz stellt eine besonders betonte Entwicklungsphase im Leben aller jungen Menschen dar, die durch körperliche, emotionale und soziale Veränderungen gekennzeichnet ist. Auf das Einsetzen der hormonellen Umstellung reagiert jedes Kind individuell. Unerwartet und unvorhersehbar treten Verhaltensweisen auf, die Ausdruck einer Entwicklungs- und Durchgangsphase sind. Ihr Beginn (etwa ab dem 12. Lebensjahr) wird mit dem Eintritt der Pubertät festgelegt, in der die körperliche Umwandlung des Kindes zum Erwachsenen einsetzt, fortschreitet und schlussendlich mit der geschlechtlichen Reife, der körperlichen Ausprägung von Mann und Frau ihren Abschluss findet. (Baake, 2000; Haeberle, 1983; Stier/Weissenrieder, 2006) Im Gegensatz zur körperlichen Reifung in der Pubertät, lässt sich die psycho-soziale Reifung nicht exakt festlegen (Stier/Weissenrieder, 2006). Eine genaue altersdefinitiorische Eingrenzung des Beginns der Adoleszenz und dem Eintritt ins Erwachsenenalter ist somit, abgesehen von rechtlichen bzw. sozialen Regelungen und Normen, schwierig, da es sich um eine längere und differenzierte Phase mit offenen Grenzen handelt und diese weitgehend von definitiorischen Gegebenheiten verschiedener Wissenschaftsdisziplinen (soziologisch, juristisch, psychologisch, biologisch) abhängig ist (Walter, 2010/2011). Was die einzelnen Ansätze definitiorisch jedoch gemein haben, geht aus dem Zitat von Dolto et al. (1999) hervor:

„Die Adoleszenz ist die Übergangszeit, die zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter liegt. Mitten in diese Zeit fällt die Pubertät. Aber eigentlich sind die Grenzen dieses Lebensabschnittes fließend.“ (Dolto et al., 1999, S. 12)

Die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen definieren im Ablauf des menschlichen Lebens die Phase der Adoleszenz demnach als Phase zwischen Kindheit und Erwachsensein, in welcher Veränderungen auf biologischer, psychologischer, sozialer und spiritueller Ebene stattfinden (Baltzer, 2009).

Die drei Phasen der Adoleszenz, welche in Tabelle 1 dargestellt sind, beschreiben die zu leistenden Schritte der Entwicklung im Kontext der biologischen Entwicklung. Auf der biologischen Ebene kommt es mit dem Eintritt in die Adoleszenz zu körperlichen Veränderungen, daneben findet auf der psychosozialen Ebene ein Übergang von der primären Sozialisation des Kindes, die vor allem durch die Familie stattfindet, in die sekundäre Sozialisation, in der vor allem die Normen und Werte, Einstellungen und Sichtweisen der Peergroup sowie der Gesellschaft eine Rolle spielen.

Die Phasen der Adoleszenz sind keineswegs scharf voneinander abgrenzbar, sie gehen fließend ineinander über. Manche treten früher ein, manche verschieben sich auf einen späteren Zeitpunkt oder werden gar nie oder nur teilweise abgeschlossen. (Stier/Weissenrieder, 2006)

Tabelle 1: Drei Phasen der Adoleszenz (Stier/Weissenrieder, 2006)

	Frühe Adoleszenz	Mittlere Adoleszenz	Späte Adoleszenz
Altersbereich	ca. 10-13a	ca. 13-16a	ca. 16-20a
Biologische Entwicklung	Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, Wachstum und beginnende körperliche Veränderungen	± ausgeprägte sexuelle Geschlechtsmerkmale, beginnende Stabilisierung körperlicher Veränderungen, Abnahme des Wachstums	Körperliche und sexuelle Reifung abgeschlossen
Geistige Entwicklung	Konkret und egozentrisch orientiert	Abstraktes Denken nimmt zu, Projektionen in die Zukunft entwickeln sich, Zeit des größten Wandels	Abstraktes Denken etabliert, zukunfts ausgerichtet, prozessuales Denken über längere Zeiträume
Psycho-soziale Entwicklung	Eingenommen durch die körperlichen Veränderungen, Aufnahme eines neuen Körperbildes	Stabilisierung des neuen Körperbildes, langsame Inbesitznahme der neuen Fähigkeiten mit Zukunftsoptionen, Entwicklung einer Omnipotenz- und Unfehlbarkeitshaltung, Höhepunkt des Experimentierverhaltens, größte Bandbreite des Ausmaßes der	Emanzipation, Stabilisierung der intellektuellen und funktionalen Fähigkeiten, (beginnende) realistische Selbsteinschätzung, Grenzen setzen/Abgrenzung

		Auseinandersetzung mit dem Umfeld	
Familie	Definieren von Abhängigkeit und Unabhängigkeit, (neue) Grenzziehung/Abgrenzung, keine großen Unabhängigkeitskonflikte	Kampf um Unabhängigkeit, Höhepunkte der Auseinandersetzungen mit den Eltern, Reduktion des elterlichen Einflusses, zeitlich begrenztes elterliches „Unvermögen“, neues Rollenverhalten	Änderung der Kind-Eltern-Rolle in ein Rollenverständnis der Ebenbürtigkeit
Peergroup	Verstärkte Peerkontakte als Stütze gegenüber raschen Veränderungen, Vergleichen (abgleichen) mit Anderen, „Bin ich normal?“, Beziehungen zu Anderen im gleichen Entwicklungsstadium	Identitätsfindung als Stärkung des Selbstbildes, mit Blick auf deren Übernahme von Verhaltenscodes während des emanzipatorischen Prozesses	Zunehmend individuelle Freundschaften, stärkere individuelle Bindungen
Sexualität	Selbsterforschung und -beurteilung, begrenzte Außenkontakte und Intimitäten, Intensivierung der Beziehungen zum gleichen Geschlecht	Mehr oder weniger zahlreiche Beziehungen meist zunehmend zum anderen Geschlecht, experimentierendes und exploratives Verhalten, Austesten eigener Attraktivität und Werte, Romantisieren	Aufnahme stabiler intimer Beziehungen, soziales Denken, Abkehr vom Narzissmus, Zukunftspläne, Ende des Experimentierverhaltens, Zunahme realistischer Einschätzung eigener Möglichkeiten
Medienverhalten	Suche nach Rollenmodellen (anders als die Eltern), Idealisierung, Sammeln von Informationen, neuen Wertevorstellungen, Verhaltensweisen	Physische Attraktivität und Popularität zählen mehr als Charakter und „innere Werte“, Ausprobieren neuer Rollenbilder, Experimentieren mit Vorbildern und Verhaltensweisen	Relativieren von medialen Vorbildern, zunehmend kritische Einstellung, Abstraktion, zunehmende Dominanz der eigenen Vorstellungen, größte individuelle Bandbreite des Ausmaßes der Auseinandersetzung mit dem Umfeld

Die Phase der Adoleszenz ist eine Zeit des Verlusts der Kindheit, der Suche nach sich selbst, der Identifikation, des Verlusts von Vorbildern und der Suche nach neuen Vorbildern. Es ist eine Zeit der Zerrissenheit, gekennzeichnet von Euphorie und Niedergeschlagenheit, Wohl- und Fehlverhalten, Einsamkeitssucht und Gruppensüchtigkeit, Enthusiasmus und Des-

interesse, Empfänglichkeit und Verslossenheit, Ernsthaftigkeit und Albernheit, eine Zeit voller Krisen, Hilflosigkeit und Selbstüberschätzung, eine Zeit in der sich die Jugendlichen Schritt für Schritt aus dem familiären Schutz lösen, zwischenmenschliche Beziehungen eingehen, und eine eigene soziale und sexuelle Identität entwickeln.

Die Bewältigung der umfangreichen Entwicklungsaufgaben stellt für junge Menschen eine enorme Herausforderung dar, zumal sich zu diesen weitere Bewältigungsanforderungen und Handlungsanforderungen infolge sich verändernder gesellschaftlicher, familiärer und sozialer Strukturen für die Jugendlichen ergeben (Walter, 2010/2011) und diese mit dem Risiko des Scheiterns verbunden sein können (Raithel, 2010/2011). In dieser Zeit spielen vor allem die sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen im Kampf um Selbstständigkeit und dem Aufbau einer Erwachsenenidentität eine wesentliche Rolle (Häußler-Sczegan, 2010). Die physischen und psychischen Veränderungen, Veränderungen im Denken und Fühlen rufen enorme Verunsicherung und Ängste hervor, was sich oftmals in Aggression und Rebellion bzw. in einem Rückzug äußert (Baake, 2000). Dies verdeutlicht den Wunsch nach Unabhängigkeit, nach einer Akzeptanz in der Gesellschaft und steht in Diskrepanz mit der Überforderung, wenn man von den Jugendlichen ein Erwachsenenverhalten erwartet. Jugendliche haben das Gefühl, ständig eingeengt zu sein und gleichzeitig immer wieder überfordert zu werden. (Barta, 2006)

Das „Weder-Fisch-noch-Fleisch-Sein“ zeigt sich im impulsiven Handeln der Jugendlichen und extremen Stimmungsschwankungen, welche auf rein rationalem Wege kaum nachzuvollziehen sind (Pankratz, 1997). Ist man sich jedoch bewusst, dass hormonelle Vorgänge weitgehend an diesen Prozessen beteiligt sind, und es sich bei diesen Prozessen um die Persönlichkeitsentwicklung der Jugendlichen handelt, kann man sich besser in die Situation der Jugendlichen hineinversetzen. Die Vorgänge im eigenen Körper und die Veränderungen der sozialen Strukturen stellen für viele Jugendliche eine große Herausforderung dar. Einerseits handelt es sich um eine Zeit der Positionierung, der Identitätsfindung, die oftmals als Krise wahrgenommen wird, andererseits kann es eine Zeit intensiver Freuden sein. (Oerter/Montada, 1995) Die emotional instabile Lage, in der sich die Jugendlichen in dieser Phase befinden, wird durch die Reaktion der Gesellschaft über Verhalten und Aussehen der

Jugendlichen entscheidend beeinflusst, sie steht sozusagen im Schnittpunkt zwischen sozialen Erwartungen und biologischen Vorgaben.

Für die Jugendlichen, aber auch die Eltern, ist es eine Zeit, in der man zwischen Kontrolle und Freiheit das richtige Gleichgewicht finden muss (Dolto et al., 1999). Die Familie stellt einerseits einen wichtigen Rückzugsort für die Jugendlichen dar, sie ist Ratgeber und Vertrauensperson, andererseits stellt sich oftmals ein Ablösungskonflikt ein, der häufig in Trotz- und Wutreaktionen beiderseits endet (Pankratz, 1997). Die Eltern sind häufig nicht mehr Mittelpunkt des Lebens. Jugendliche suchen nach Personen, die sie schon als erwachsen und gleichberechtigt ansehen und ihnen zugleich noch die nötige Hilfe und Schutz bieten (Mutz/Scheer, 1998). Die Peergroup wird häufig zur wichtigsten sozialen Umwelt der Jugendlichen, Verhaltenscodes und Gruppenidentität vermitteln Sicherheit und schaffen ein „Übungsfeld“ für neue Rollen (Pankratz, 1997). Vieles wird infrage gestellt und durch das Umfeld und die Umwelt, wie die der Peergroup oder den Medien, neu bewertet.

Um die Jugendlichen nach und nach auf das „Erwachsenenleben“ vorzubereiten und ihnen das Gefühl von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung zu geben, damit sie ihre eigene Identität entwickeln und entfalten können, sollten die Eltern aus der Verantwortung, die sie bis zur Volljährigkeit ihrer Kinder haben, eine „Mitverantwortung“ machen. Dieser Schritt ist für die Persönlichkeitsentwicklung der Jugendlichen von großer Bedeutung. Ein Wechsel sozialer Rollen findet statt, indem die jungen Menschen die Rolle der Kindheit gegen jene eines selbstständig werdenden Erwachsenen tauschen (Dolto et al., 1999). Die Verlängerung der persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeit von der Familie macht die Adoleszenz zu einer Phase des Suchens, bis sie ihren Platz in der Gesellschaft gefunden haben. Im Zuge des Ablösungsprozesses und der Umformung zu einem eigenverantwortlichen „Ich“ treten gewöhnlich Fragen auf, wie: „Wer bin ich? Wie bin ich? Wie wirke ich auf andere, und wie wirken die anderen auf mich?“ (Friedrich, 2000).

Eine Schwangerschaft, die in dieser Phase eintritt, wird oftmals als Krise empfunden, was nicht zuletzt durch gesellschaftliche Strukturen bzw. aus einer gesellschaftlichen Un-erwünschtheit resultiert. Im Folgenden sollen punktuell die zentralen Entwicklungsaufgaben

während der Adoleszenz zusammengefasst werden (Raithel, 2010/2011; Dörr/Rascher, 2006; Stier/Weissenrieder, 2006):

- Entwicklung einer Rollen- und einer Ich-Identität: Wie wird man gesehen, wer ist man, was will man?, Entwicklung freier Gewissensentscheidungen;
- Ablösung von den Eltern, von den Eltern unabhängig werden, zunehmende autonome Entwicklungen;
- Aufbau eines autonomen sozialen und emotionalen (Bindungs-) Verhaltens, welches die Entwicklung sozialer Kontakte zu Gleichaltrigen und das Eingehen partnerschaftlicher Beziehungen beinhaltet;
- Aufbau einer eigenen Weltanschauung, eines eigenen Werte- und Normensystems sowie eines politischen und ethischen Bewusstseins, welches dem Erwerb persönlicher Handlungsmuster und -kompetenzen dient sowie der Entwicklung eines eigenen selbstverantwortlichen und verantwortungsbewussten Lebensstils;
- Zukunftsperspektiven: Lebensgestaltung, -planung; Erkennung und Anerkennung alternativer Lebensformen;
- Kognitive Entwicklung: Übergang von konkreten Operationen zum abstrakten und formalen, vernetzenden Denken; Abwägen von Handlungen und den daraus resultierenden Konsequenzen;
- Erweiterung intellektueller Kompetenzen sowie der Aufbau schulischer und beruflicher Qualifikationen zur Erlangung einer ökonomischen Unabhängigkeit;
- Bewältigung körperlicher Veränderungen und veränderter Körpererfahrungen sowie die Akzeptanz der eigenen körperlichen Erscheinung, des eigenen Aussehens und Entwicklung einer eigenen Geschlechtsrolle;
- Bewältigung sozialstrukturell verändernder Lebensbedingungen;

Die Adoleszenz ist eine Zeit, die durch Veränderungen und Entwicklungsaufgaben geprägt ist, eine Zeit tief greifender psychischer Veränderungen, die einerseits sehr konfliktreich für die Jugendlichen sein kann, dennoch sollte man nicht aus den Augen verlieren, dass *„über 80% der Jugendlichen diese Zeit in relativer Ruhe erlebt und erfolgreich abschließt“* (Stier/Weissenrieder 2006, S. 16).

2.1.1.2 Die körperliche Entwicklung im weiblichen Geschlecht – ein kurzer Abriss

Die Kenntnis über den normalen Pubertätsverlauf ist wichtig, um zu verstehen, welche grundlegenden Veränderungen in dieser Phase der menschlichen Entwicklung ablaufen, um den Jugendlichen die Möglichkeit einer Orientierung zu bieten und ihre Unsicherheiten bezüglich ihrer körperlichen Normvorstellungen zu verringern. Denn die Verarbeitung der somatischen Veränderungen und die Integration in das eigene Körperschema gehören zu den größten Aufgaben der Pubertät. (Dörr/Rascher, 2006)

Die Pubertät ist ein Lebensabschnitt, in dem es zu physiologisch-biologischen Veränderungen kommt, die mit dem ersten Auftreten der Pubertätsmerkmale beginnt und mit Abschluss des Längenwachstums und dem Erreichen der Fertilität endet (Baltzer, 2009; Dörr/Rascher, 2006). Die Reifung primärer Geschlechtsmerkmale, die der direkten Fortpflanzung dienen, erfolgt. Zu diesen gehören im weiblichen Körper die Eierstöcke (Ovarien), die Eileiter (Tuben), die Gebärmutter (Uterus), die Scheide (Vagina) und das äußere Genital, die Vulva. Die sekundären Geschlechtsmerkmale, die nicht der unmittelbaren Fortpflanzung dienen, entwickeln sich während der Pubertät bis zur kompletten Ausprägung des erwachsenen weiblichen Erscheinungsbildes. Zu ihnen zählen die Schambehaarung, die Achselbehaarung und die Brüste. Der Pubertätswachstumsschub des Skeletts und der Muskulatur erfolgt, wodurch die Körperformen runder und weicher werden.

All diese Veränderungen werden von tief greifenden psychosozialen Veränderungen begleitet. (Grumbach/Kaplan, 1988) Dabei ist zu beachten, dass die körperliche Reifung nicht zwangsläufig parallel zur psycho-sozialen erfolgen muss und nicht zwangsläufig nach Beendigung der körperlichen Reifung abgeschlossen ist (Haeberle, 1983; Stier/Weissenrieder, 2006).

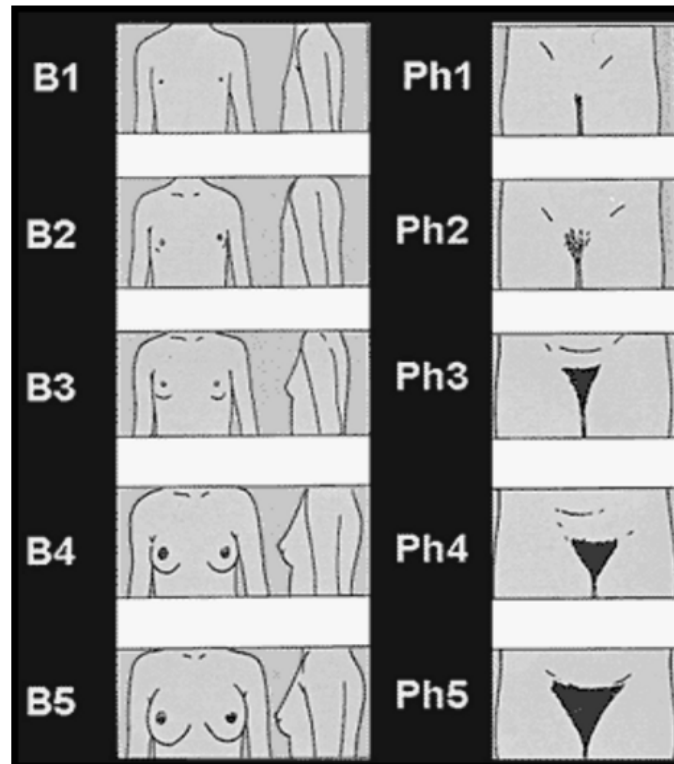
Welcher von den zahlreichen Faktoren, die in der entsprechenden Literatur angegeben werden, schlussendlich den Beginn der Pubertät auslöst, ist weitgehend ungeklärt (Grupe et al., 2005). Fest steht, dass die Pubertät durch die Wiederaufnahme der Hypothalamus-Hypophysen-Ovar-Achse, die sich nach einer aktiven Phase während der Fetal- und Neugeborenenperiode in den nachfolgenden Jahren in einer Ruhephase befindet, und der damit einhergehenden gesteigerten Hormonproduktion der endokrinen Drüsen (Hypophyse,

Schilddrüse und Keimdrüsen) einsetzt und zu einer irreversiblen Veränderung des kindlichen Erscheinungsbildes führt. (Grupe et al., 2005)

Neuere Studien gehen davon aus, dass der Körperfettanteil Jugendlicher etwa 15% betragen sollte. Ab diesem kritischen Zeitpunkt produziert der Körper genügend Leptin, ein Hormon, das eine auslösende Rolle für den Beginn der sexuellen Reife darstellt. Weitere Faktoren, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, sind die gesellschaftlichen Lebensbedingungen bzw. sozioökonomischen Faktoren, das Klima, die ethnische Herkunft und dergleichen. (Grupe et al., 2005)

Die körperlichen Veränderungen innerhalb der Pubertät können sehr plötzlich auftreten, sich aber auch sehr langsam vollziehen. Trotz eines verlässlich ablaufenden biologischen Programms laufen Reifung und Entwicklung Jugendlicher, durch die bereits oben genannten Faktoren, höchst verschieden ab. (Baake, 2000; Baltzer, 2009; Haeberle, 1983; Tanner, 1962; Marshall/Tanner, 1986; Tanner/Eveleth, 1975) Diese Zusammenhänge wurden in Studien nachgewiesen, in denen gezeigt werden konnte, dass die Menarche der Mädchen im Laufe des letzten Jahrhunderts durch zunehmende Verbesserungen der Ernährung und des Lebensstandards ständig früher stattfand (Grupe et al., 2005). Dieses Phänomen wird als „säkulare Akzeleration“ bezeichnet und unter Punkt 3.2.1 näher beschrieben.

Die äußere, sichtbare Pubertätsentwicklung wird weltweit mit den sogenannten Pubertätsstadien nach Tanner (Hauffa, 2002), einem englischen Kinderarzt, beschrieben. Diese Einteilung erfolgt auf den Stadien 1-5 des Genitales, der Schambehaarung und der Brust. In Abbildung 1 (auf der folgenden Seite) sind die verschiedenen Stadien der Pubertät im weiblichen Körper nach Tanner grafisch dargestellt.



Legende:

- B1: Präpubertär – keine fühlbaren Brustdrüsenkörper, nur Kontur der Brustwarze (Mamille) sichtbar;
- B2: Drüsenkörper wird fühlbar, Brustwarze entwickelt sich, Warzenhof leicht vergrößert, leichte Erhebung sichtbar;
- B3: Brustwölbung setzt ein, Drüsengewebe größer als Warzenhof, Brust und Warzenhof haben eine fließende Kontur;
- B4: Brustgröße und Erhebung nehmen zu, Brustwarze und Warzenhof heben sich von Brustkontur ab;
- B5: Brust erreicht endgültige Größe, Warzenhof bildet eine Ebene mit der Brustkontur, aus der die Brustwarze hervorsteht;
- Ph1: Präpubertär – keine Schambehaarung sichtbar;
- Ph2: spärlich, lange, flaumige Haare wachsen entlang der Labia;
- Ph3: gröbere, gekräuselte Haare, über die Symphyse (Schambeinfuge);
- Ph4: Adulte Schamhaare, kein Übergreifen auf Oberschenkel;
- Ph5: Übergreifen auf Oberschenkel und Linea alba, Schambehaarung verkehrt Triangelförmig;

Abb. 1: Tanner-Stadien der typischen Entwicklung der weiblichen Brust- und Schamhaarentwicklung bei Mädchen während der Pubertät¹ (Ghizzoni/Beccuti, 2011)

Wie bereits erwähnt, können die körperlichen und physiologischen Prozesse individuell unterschiedlich ablaufen. Dieser Umstand ist für Jugendliche oftmals Anlass großer Verunsicherung, da sie besonders sensibel sind, was ihre Erscheinung angeht. Abbildung 2 (siehe folgende Seite) macht das unterschiedliche Entwicklungsniveau im weiblichen Geschlecht bei gleichem Alter (12 ¾ Jahre) deutlich.

¹ Die vorliegende Abbildung stammt nicht aus dem Werk von Tanner. Sie ist online unter <http://www.endotext.org/pediatrics/pediatrics13/pediatricsframe13.htm> zu finden.

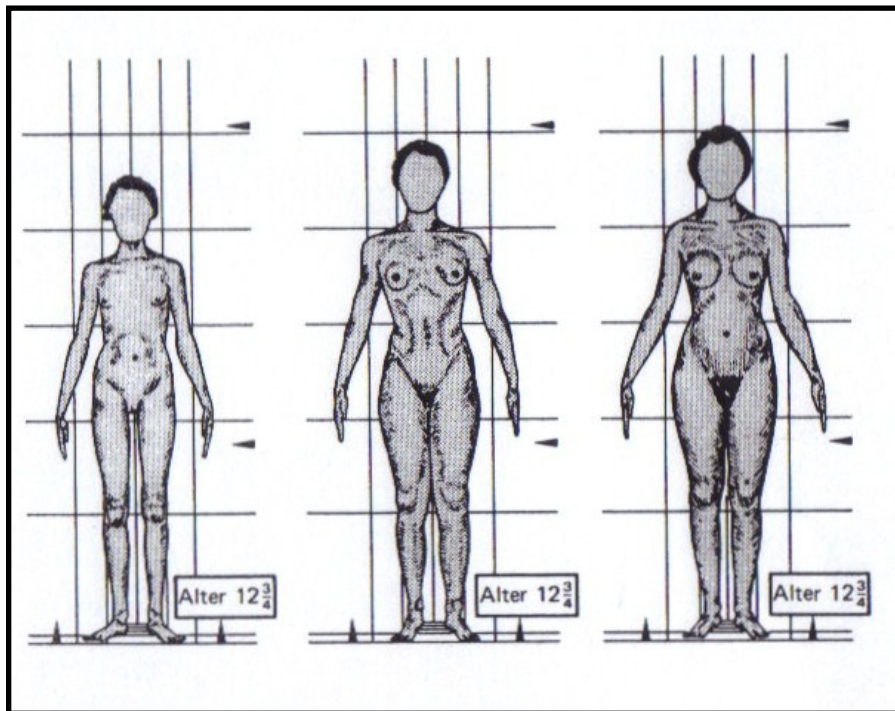


Abb. 2: Unterschiede pubertärer Entwicklung bei gleichem Lebensalter im weiblichen Geschlecht (Tanner, 1969)

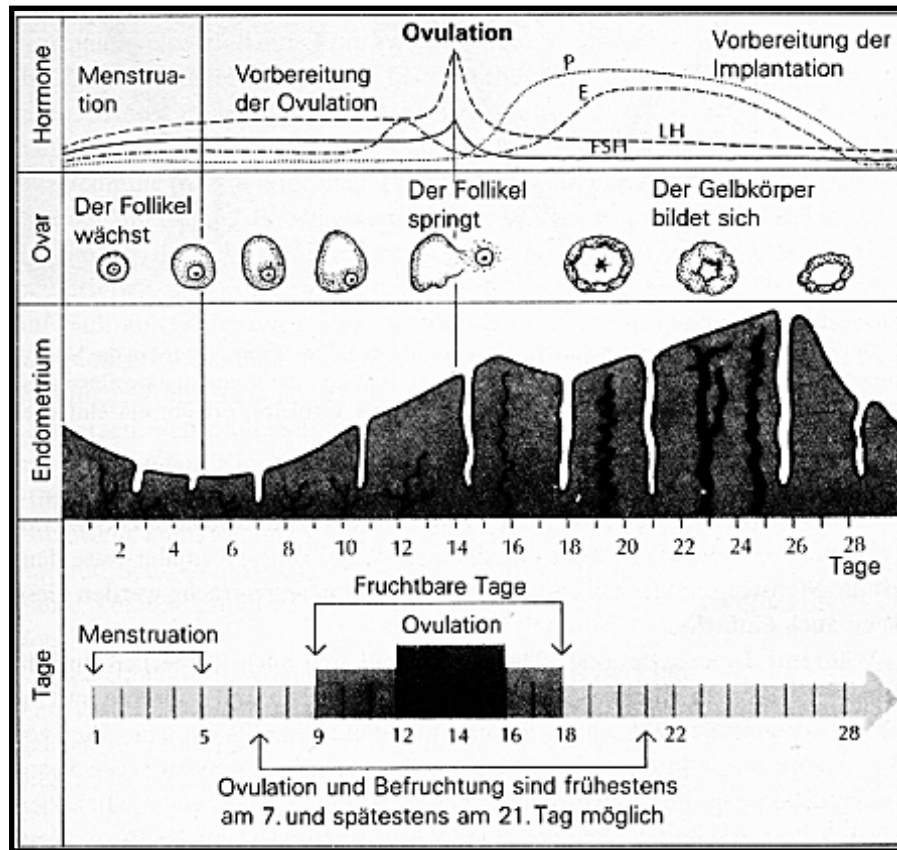
Die einzelnen Pubertätsphasen junger Frauen werden zusammenfassend in Tabelle 2 (siehe folgende Seiten) gezeigt. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass bei Mädchen im Alter von etwa 6 bis 8 Jahren die Adrenarche, die Nebennierenreifeung als erstes Zeichen der bevorstehenden Pubertät, erfolgt, welche durch langsame und kontinuierlich ansteigende Produktion adrenaler Androgene gekennzeichnet ist. Die Gonadarche bewirkt die Aktivierung bzw. Reifung der Eierstöcke, sodass die Produktion reifer Eizellen im weiblichen Geschlecht beginnen kann und die Erzeugung von Geschlechtshormonen gesteigert wird. Die Gonadarche ist abhängig von der Reifung des Hypothalamus-Hypophysen-Systems und der Abnahme der Empfindlichkeit des negativen Rückkoppelungsmechanismus. Durch die Aktivierung des GnRH-Pulsgenerators erfolgt eine gesteigerte Ausschüttung des Gonadotropin-Releasing Hormons (GnRH) aus dem Hypothalamus, was wiederum eine erhöhte Hormonproduktion nachfolgender endokriner Organe (Hypophyse, Ovarien) im Regelkreis auslöst. Durch die Ausschüttung des luteinisierenden Hormons (LH) und des follikelstimulierenden Hormons der Hypophyse werden die Ovarien zur Produktion von Östrogen angeregt. Die Thelarche, die beginnende ovarielle Östrogenproduktion, welche

zwischen vollendetem 8. und 13. Lebensjahr erfolgt, wird zunächst durch die beginnende Brustentwicklung bei den Mädchen sichtbar. Meist innerhalb desselben Jahres folgt die Pubarche, der Beginn der Entwicklung der Schambehaarung und der axillären Behaarung. Des Weiteren regt die Ausschüttung der Sexualhormone zusammen mit anderen Körperhormonen das verstärkte Längenwachstum an. Damit einher gehen Veränderungen des Körpergewichts und der Körperproportionen. (Gruppe et al., 2005; Walter 2010/2011)

Das wohl markanteste Zeichen für die Pubertät stellt die Menarche dar. Unmittelbar auf die Menarche reagieren die Mädchen oftmals negativ, was darauf zurückzuführen ist, dass die Mädchen unzureichend auf dieses Ereignis vorbereitet werden bzw. über biologische Vorgänge und die Bedeutung der Regelblutung sehr häufig nicht aufgeklärt werden. (Osthoff, 1999; Kluge, 1998) Laut Osthoff (1999) beeinflusst jedoch das Wissen über biologische, physiologische und psychische Vorgänge im Körper die Einstellung zum eigenen Körper und damit auch das Verhalten und Erleben der Sexualität Jugendlicher.

Die Menarche tritt bei Mädchen in Österreich im Mittel mit 12,5 Jahren (95% zwischen 10,5 und 14,5 Jahren), in etwa 2-3 Jahre nach Auftreten der ersten Pubertätsmerkmale, zumeist (56%) im Tanner-Stadium 4, ein (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1994; Stier/Weissenrieder, 2006). Die erste Regelblutung bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass die Mädchen ihre volle Reproduktionsfähigkeit erhalten haben (Kahl et al., 2007). Der Menstruationszyklus, der im Mittel 28 bis 35 Tage dauert, beginnt vor der Menarche und endet mit der letzten Regelblutung, der Menopause, welche das Ende der Reproduktionsfähigkeit im weiblichen Körper darstellt. Die ersten Menstruationszyklen sind zunächst meist noch unregelmäßig. Innerhalb dieser Zyklen muss noch kein Eisprung stattfinden, d. h., dass diese anovulatorisch erfolgen können. Erst wenn sich ein regelmäßiger Zyklus einstellt, kommt es auch zu ovulatorischen Zyklen und dem Erreichen der eigentlichen Fortpflanzungsfähigkeit. (Walter 2010/2011) In Abbildung 3 (siehe folgende Seite) wird der Menstruationszyklus im weiblichen Geschlecht schemenhaft dargestellt. Einfach zusammengefasst kann man sagen, dass der Menstruationszyklus die Schleimhaut des Uterus auf die mögliche Aufnahme eines befruchteten Eies vorbereitet. Kommt es nicht zu einer Einnistung, wird das Schleimhautgewebe abgestoßen und in der Folge der Regelblutung ausgeschieden. Mit dem Ende der

Blutung wird die Uterusschleimhaut neu gebildet, und der gesamte Zyklus beginnt von Neuem. (Haeberle, 1983)



Legende:

FSH: Follikel-stimulierendes Hormon
 Ö: Östrogen
 LH: Luteinisierendes Hormon
 P: Progesteron

Abb. 3: Menstruationszyklus im weiblichen Geschlecht (Haeberle, 1983)

Mit dem Erreichen der Geschlechtsreife ist die Phase der Pubertät abgeschlossen (Stier, Weissenrieder, 2006). Die Beendigung des Längenwachstums reicht über die Pubertät bis in die Postpubertät (Walter, 1978) hinaus und ist bei Mädchen bereits zwischen dem 16. und 17. Lebensjahr abgeschlossen (Tanner, 1962). Auch Stier und Weissenrieder (2006) geben an, dass 95% der Mädchen mit 16 Jahren ausgewachsen sind.

Tabelle 2: Pubertätsphasen bei Mädchen (Grupe et al., 2005)

Altersmittel in Jahren; Monaten	Ereignis	Alterspanne in Jahren; Monaten
8;0	Hüftschweifung	7;0-9;0
9;0	Adrenarche: DHEA/DHEAS Ausschüttung der Nebennierenrinde (NNR) steigt an	8;0-10;0
11;2	Thelarche: Beginn der ovariellen Östrogenausschüttung	9;0-13;6
11;7	Pubarche: Anstieg der Androgene aus Ovar und NNR: Sexual- und Achselbehaarung beginnt	9;5-14;2
12;1	Puberaler Wachstumsschub: maximale Konzentration des IGF-1 (Insulinlike Growth Factor 1)	10;5-14;0
13;5	Menarche: erste Monatsblutung durch Funktionsaufnahme der Ovarien	11;6-15;6
14;4	Brustentwicklung abgeschlossen	12;3-16;6
15;3	Schambehaarung voll entwickelt; Brustwarzen voll funktionsfähig	11;8-18;8

3. Jugendschwangerschaften – ein zunehmendes Phänomen

Laut UNICEF wird weltweit jedes 5. Kind von minderjährigen Frauen geboren (etwa 14 Millionen jährlich), davon 80% in Entwicklungsländern, in denen Schwangerschaften und Ehen in der Adoleszenz im Gegensatz zu industrialisierten Ländern gesellschaftlich und familiär erwünscht sind (UNICEF, 2001). Allerdings führen Schwangerschaften in der Adoleszenz in Entwicklungsländern aufgrund schlechter Lebensbedingungen, Unterernährung, mangelnder medizinischer Versorgungs- und Vorsorgeleistungen und dergleichen zu medizinischen Problemen, zu Komplikationen im Zuge der Schwangerschaft und Geburt (Kirchengast, 2009). Laut UNICEF gehören Komplikationen während der Schwangerschaft und der Geburt zu den häufigsten Ursachen für Todesfälle von jungen Frauen in den Entwicklungsländern (UNICEF, 2001). Die international höchste Schwangerschaftsrate Jugendlicher weist die Sub-Sahara in Afrika mit 143 Schwangerschaften von 1000 Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren auf (Treffers, 2003).

Betrachtet man Tabelle 3 (siehe nächste Seite) aus dem Jahr 2006, so zeigen sich deutliche Unterschiede im internationalen Vergleich, was die Anzahl an Mutterschaften unter 20 betrifft. Die höchste Schwangerschaftsrate minderjähriger Frauen in der industrialisierten Welt tritt in den USA mit 42 Schwangerschaften von 1000 Jugendlichen auf. In Europa weist Rumänien die höchste Zahl an Schwangerschaften im Jugendalter auf (über 30 der 15- bis 19-Jährigen). Auch Großbritannien hat vergleichsweise eine sehr hohe Zahl an Jugendschwangerschaften (26%). Österreich nimmt im internationalen Vergleich hinsichtlich der Schwangerschaften von jungen Frauen unter 20 Jahren mit 12 Schwangerschaften pro 1000 Jugendliche einen mittleren Platz ein. Mit weniger als 10 Geburten pro 1000 Jugendliche finden sich Korea, die Schweiz, Japan, die Niederlande, Schweden, Dänemark, Italien, Norwegen und Finnland am anderen Ende der Skala wieder. Insgesamt gesehen ist die Geburtenrate minderjähriger Mütter in Europa seit den 1970er Jahren deutlich gesunken und pendelt sich im Mittel mit 20 Geburten pro 1000 Jugendliche ein (Treffers, 2003). Als Gründe für die differierenden Werte bzw. Häufigkeiten sind unter anderem Unterschiede in:

- Sozialpolitikmodellen,
- im Gesundheitssystem, im Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln (einschließlich postkoitaler Methoden),
- im Zugang zu relevanten Informationen,
- in den Vorstellungen und den Standards der Sexualeaufklärung (Gegner der Sexualerziehung und der Versorgung von Jugendlichen mit Verhütungsmitteln argumentieren, dass solche Maßnahmen zu Promiskuität und riskantem Verhalten verleiten würden.),
- in der Beachtung traditioneller und kultureller Werte und Moralvorstellungen (z. B. Religion, der Unerwünschtheit von Sex bei Minderjährigen, Sexualität als Tabuthema),
- in der Bereitstellung präventiver Maßnahmen sowie Beratungs- und Hilfsangeboten,
- in den Perspektiven der Jugendlichen betreffend Ausbildung und Beruf
- und dergleichen, verantwortlich. (Jones et al., 1985)

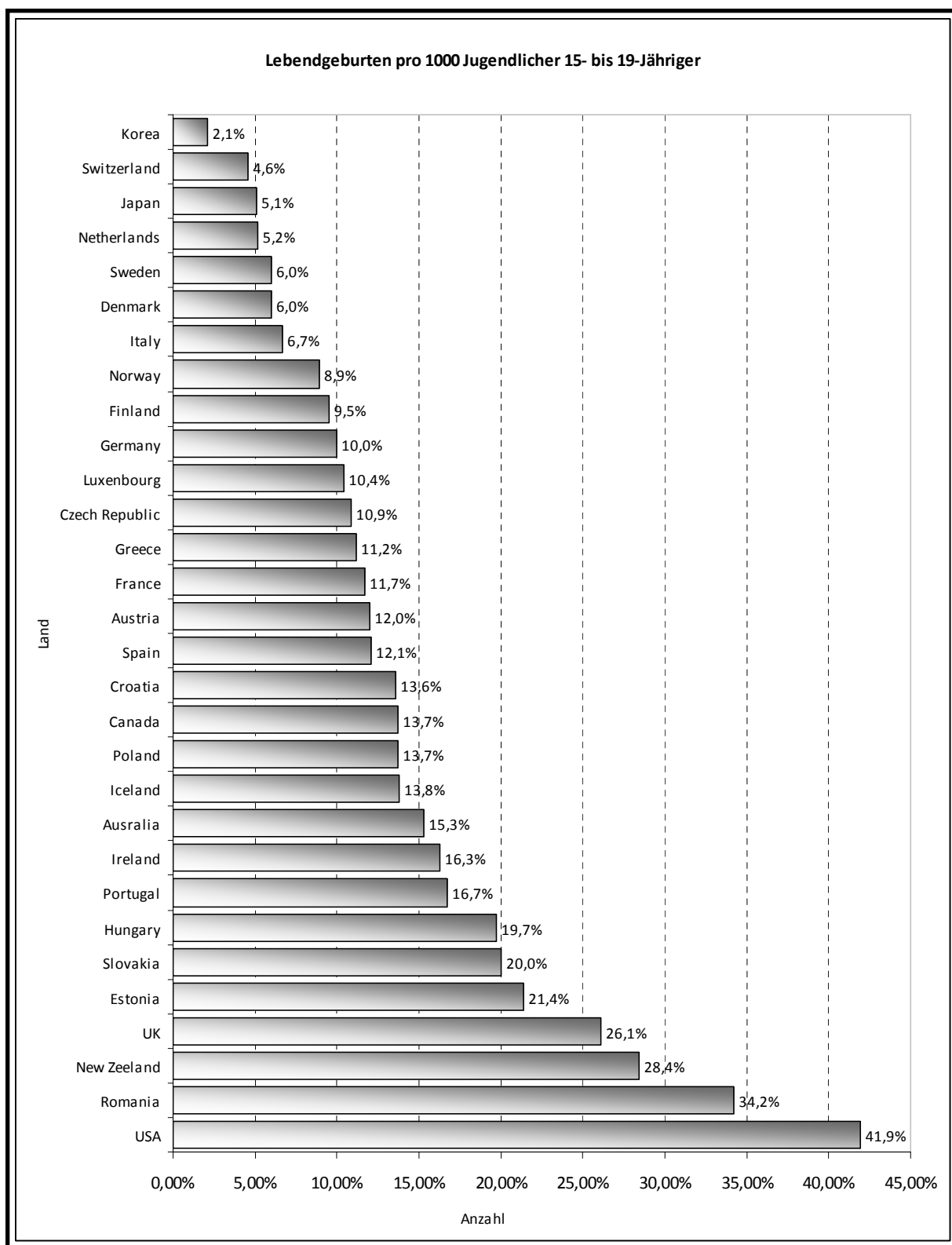


Abb. 4: Anzahl der Geburten von Frauen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren (Eurostat, United Nations Demographic Year Books, 2006)

Jugendschwangerschaftsraten können nicht nur zwischen Ländern, sondern auch innerhalb eines Landes sehr unterschiedlich sein. Um einen Überblick über Schwangerschaften in der Adoleszenz in Österreich gewinnen zu können, wurden die aktuellen Daten der Lebendgeburten weiblicher Jugendlicher, darunter werden im statistischen Sinne weibliche Jugendliche bis einschließlich des 19. Lebensjahres verstanden, herangezogen. Zu beachten ist, dass diese Zahlen die tatsächliche Anzahl an Schwangerschaften im Jugendalter nicht widerspiegeln, da in Österreich für Schwangerschaftsabbrüche keine Meldepflicht besteht, weiters Todgeburten, Fehlgeburten und Spontanaborte nicht verzeichnet werden und das Alter bei Beendigung der Schwangerschaft und nicht zum Zeitpunkt der Konzeption festgehalten wird. Als Zeitraum für die statistischen Daten wurden die Jahre 1971 bis 2010 herangezogen, da sich in diesen 40 Jahren die wesentlichen Umbrüche betreffend Schwangerschaften im Jugendalter in Österreich ereigneten.

Laut Statistik Austria wurden im Jahr 2010 in Österreich 2.470 Kinder von Müttern unter 20 Jahren und 17 Kinder von Müttern unter 15 Jahre auf die Welt gebracht. Dies entspricht einem Anteil von 3,2% aller Geburten im Jahr 2010 (Lebendgeburten im Jahr 2010 nach Statistik Austria, Demografische Indikatoren 1961-2010: 78.742).

Betrachtet man die Anzahl der Schwangerschaften minderjähriger Frauen in Österreich in den letzten 40 Jahren, so zeigt sich, dass im Jahr 1971 fast 6-mal so viele Schwangerschaften unter den unter 20-Jährigen eintraten als im Jahr 2010 (siehe Tabelle 3 nächste Seite). Aus Tabelle 4 ist ersichtlich, dass es zu einer kontinuierlichen Abnahme von Schwangerschaften der 15- bis 20-Jährigen von 14.212 Neugeborenen seit dem Jahr 1971 zu 2.478 Neugeborenen im Jahr 2010 gekommen ist.

Betrachtet man die neun Bundesländer Österreichs im Vergleich (siehe Tabelle 4), zeigt sich, dass in allen Bundesländern ein deutlicher Rückgang der Geburtszahlen von 1970 bis 2010 zu verzeichnen ist. Das Bundesland Wien registriert für das Jahr 2010 mit 747 Geburten die höchste Anzahl von Jugendschwangerschaften, gefolgt von Oberösterreich mit 404 Geburten, Niederösterreich mit 411 Geburten, der Steiermark mit 292 Geburten, Tirol mit 172 Geburten, Kärnten mit 152 Geburten, Salzburg mit 123 Geburten, Vorarlberg mit 107 Geburten und dem Burgenland mit 78 Geburten.

Als Gründe für den sinkenden Trend an Schwangerschaften im Jugendalter seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts können familien- und sozialpolitische Maßnahmen wie das Einrichten von Beratungsstellen und anderer Institutionen, die Einführung des Mutter-Kind-Passes und dergleichen gesehen werden. Ab den 70er Jahren wurde Sexualerziehung in der Schule als Unterrichtsprinzip verankert. Des Weiteren fanden dank engagierter Personen innovative Modelle und Projekte wie „LoveTalks“, informative und zeitgemäße Aufklärungsfilme, die Zuziehung von Expertinnen in den Sexualkundeunterricht etc. Einzug in die Schulen. Innerfamiliäre Veränderungen führten dazu, dass nun auch innerhalb der Familie vermehrt über Sexualität gesprochen wurde. Des Weiteren ist eine stetige Verbesserung in Bezug auf Kontrazeptionsverhalten bei den Jugendlichen zu verzeichnen. All dies sind Faktoren, die mit den sinkenden Zahlen von Schwangerschaften im Jugendalter in Verbindung gebracht werden können.

Tabelle 3: Lebendgeburten minderjähriger Frauen in Österreich (Demographische Indikatoren, Statistik Austria, 1971-2010)

Alter der Mutter (in Jahren)	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
unter 15	43	51	51	66	40	37	35	35	23	35
15 bis unter 20	14.169	14.489	14.454	14.387	13.466	12.094	11.119	10.898	10.844	11.173

Alter der Mutter (in Jahren)	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
unter 15	23	22	22	13	21	16	17	18	16	20
15 bis unter 20	11.106	10.828	9.387	8.332	7.486	7.039	6.375	6.098	5.637	5.359

Alter der Mutter (in Jahren)	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
unter 15	23	20	17	21	18	11	14	14	11	6
15 bis unter 20	5.573	5.428	5.174	4.271	3.876	3.496	3.353	3.261	3.094	3.261

Alter der Mutter (in Jahren)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
unter 15	9	12	16	17	3	18	6	7	14	17
15 bis unter 20	3.245	3.244	3.090	3.234	3.059	2.874	2.717	2.747	2.537	2470

Tabelle 4: Geburten von Frauen unter 20 und unter 15 Jahren von den Jahren 1970 und 2010 nach den einzelnen Bundesländern (Demographische Indikatoren, Statistik Austria, 1961-2010)

	1970	2010	
B	3	1	unter 15 Jahren
	720	78	unter 20 Jahren
K	5	0	unter 15 Jahren
	1.062	152	unter 20 Jahren
NÖ	4	4	unter 15 Jahren
	3.172	407	unter 20 Jahren
OÖ	3	0	unter 15 Jahren
	2.573	404	unter 20 Jahren
S	1	1	unter 15 Jahren
	775	122	unter 20 Jahren
St	11	1	unter 15 Jahren
	2.599	291	unter 20 Jahren
T	1	0	unter 15 Jahren
	844	172	unter 20 Jahren
V	2	1	unter 15 Jahren
	484	106	unter 20 Jahren
W	7	9	unter 15 Jahren
	2.132	738	unter 20 Jahren

Schlagzeilen wie „Zehnjähriges Mädchen bekommt ein Baby“ lassen vermuten, dass eine Schwangerschaft im Jugendalter ein sich häufendes Phänomen unserer heutigen Zeit ist. Betrachtet man jedoch die tatsächliche Altersverteilung, zeigt sich, dass der Großteil der schwangeren Jugendlichen in industrialisierten Ländern, wie auch in Österreich, über 16 Jahre alt und eine Schwangerschaft unter 16 Jahren in unserem Kulturkreis ein eher seltenes Ereignis ist (Thoß et al., 2006; Friedrich/Remberg, 2005). Auch die Daten der vorliegenden Tabellen (siehe Tabelle 4-5) zeigen, dass Schwangerschaften unter 15 Jahren eher selten sind und sich die Mehrheit der Schwangerschaften im Alter zwischen 16 und 19 Jahren ereignen.

3.1 Frühe Schwangerschaft und adoleszente Entwicklung

Ein neues Leben beginnt, wenn eine reife Eizelle mit einer reifen Samenzelle verschmilzt. Aus einer kleinen Zellkugel entsteht innerhalb weniger Monate durch zahlreiche Zellteilungen und Wachstum ein hochkomplexer Organismus. Der Verlauf dieses Wunders der Natur ver-

langt dem weiblichen Organismus jedoch einiges ab. Besonders für sehr junge Frauen, die sich in einer Übergangsphase von der Kindheit zum Erwachsensein befinden, stellt eine Schwangerschaft ein kritisches Lebensereignis, einen gravierenden körperlichen und emotionalen Einschnitt im Leben dar. Zunächst ist das Feststellen der Schwangerschaft für die meisten jungen Mädchen ein Schock. Panikgefühle, Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit kommen auf, denn die unerwartete Schwangerschaft bedeutet einen unmittelbaren Übergang vom Kindsein zum Erwachsensein.

Schwangerschaft und Mutterschaft in der Adoleszenz fallen in eine Entwicklungsphase, in der die Jugendlichen eine Vielzahl an komplexen alterstypischen Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen. Es werden somit nicht nur Entwicklungsschritte beschleunigt bzw. verstärkt, sondern Aufgaben, die normalerweise nacheinander ablaufen, müssen nun gleichzeitig bewältigt werden. Diese Doppelaufgabe kann laut Blitzer (2002) nur bewältigt werden, wenn intrapsychische und innerfamiliäre Ressourcen vorhanden sind und durch die soziale Umwelt eine weitgehende Unterstützung erfolgt. Gerade in einer Zeit, in der die jungen Frauen einen Ablösungsprozess von ihren Ursprungsfamilien durchmachen, auf der Suche nach ihrer eigenen Identität und Rolle im Leben sind, intime Beziehungen zu anderen Menschen eingegangen werden, neue Muster entstehen, sich wieder auflösen und neu bilden, tritt die Schwangerschaft dominierend und verdrängend in diesen Prozess ein. Die Schwangerschaft erfordert aus subjektiver Sicht den Beginn einer engen Beziehung und Bindung zum Kind, die viel innere Stabilität und die Entwicklung einer mütterlichen Identität unter Zeitdruck erfordert, ohne dass die eigentliche psycho-soziale Entwicklung der Adoleszenz ihren natürlichen Lauf nehmen kann. (Blitzer, 2002)

Die Adoleszenz ist äußerlich die Phase des Aufbaus einer Ausbildung, einer schulischen bzw. beruflichen Karriere. Eine Schwangerschaft bedeutet in der Mehrzahl aller Fälle jedoch eine Unterbrechung bzw. den Abbruch dieser Phase und birgt somit besonders bei Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien die Gefahr einer langfristigen sozialen Benachteiligung. (Blitzer, 2002; Treffers, 2003)

Ab der Feststellung einer Schwangerschaft der jungen Frau, kommt es zu einer immensen Belastung durch die Reflexion aller Vorstellungen, Wünsche, durch die Verunsicherung und

Umstellungen, die diese Situation mit sich bringt. Nicht nur bei jugendlichen Schwangeren treten ambivalente Gefühle hinsichtlich ihrer Schwangerschaft und ihrer unsicheren Zukunft auf. In dieser Zeit der Umbrüche kommen Fragen auf, wie: „Was wird sein? Will ich überhaupt ein Kind? Werde ich das schaffen?“, und dergleichen. (Schneider, 1997) Auf der anderen Seite gibt es Jugendliche, die die Vorstellung ein Kind zu bekommen romantisieren. Sie haben nur eine vage Vorstellung davon, was es heißt ein Kind zu erwarten, es großzuziehen, eine eigene Familie zu haben. Die Vorstellungen, die die Jugendlichen über die Mutterschaft bzw. Elternschaft haben, sind oft weit weg von der Realität.

Neben der medizinisch-biologischen Seite spielt die psycho-soziale eine große Rolle. Das eigene Wahrnehmen der Schwangerschaft ist stark davon abhängig, wie das Umfeld des jungen Mädchens auf ihre Schwangerschaft reagiert. Eine nicht vorhandene oder nicht funktionierende Partnerschaft, unzureichende familiäre Unterstützung, Angst vor den Eltern, die Unvereinbarkeit mit der beruflichen bzw. schulischen Situation, eingeschränkte finanzielle Mittel, eine ungeeignete Wohnsituation und die Angst vor Entscheidungen gegen die Vorstellung der Eltern bzw. dem sozialen Umfeld machen es der jungen Mutter nicht leicht, einen für sie geeigneten Weg zu finden. Vielfach sind die jungen schwangeren Mädchen auf sich selbst gestellt oder werden von ihrem Umfeld unter Druck gesetzt, eine Entscheidung zu treffen, die sie nicht wollen und zu einer Kurzschlusshandlung führen. Viele der Jugendlichen haben in ihrem sozialen Umfeld keine Vertrauensperson, derer sie sich anvertrauen wollen bzw. können, sind faktisch seelisch alleine. Negative Reaktionen machen es den jungen Mädchen schwer, sich eigenständig zu entscheiden, und sich in die neue Rolle einzufinden. Dennoch müssen sie eine schwere Entscheidung treffen: für oder gegen das Kind. Eine enorme Belastung für eine jugendliche Schwangere, die selbst noch „Kind“ ist.

In Österreich sieht die rechtliche Situation vor, dass die Entscheidung für bzw. gegen das Kind der Frau selbst überlassen bleibt. Ein Abbruch einer Schwangerschaft ist hierzulande bis zur 12. Schwangerschaftswoche gesetzlich legitimiert. Aus Angst, gesellschaftlicher Ablehnung, Verzweiflung und Hilflosigkeit wird das Ausbleiben der Periode nicht wahrgenommen bzw. verleugnet. Ein Abwehrmechanismus, der es vielen jungen Müttern aber nicht erlaubt, sich bewusst für bzw. gegen die Schwangerschaft zu entscheiden, da diese häufig bereits weit fortgeschritten ist. (Pankratz, 1997) Ein Schwangerschaftsabbruch nach

Ablauf der Fristenregelung ist durchführbar, wenn es medizinische Gründe hierfür gibt, wie etwa die Gefährdung der Gesundheit der Mutter und des Kindes, aber auch das Alter der Frau. Hat diese zum Zeitpunkt der Schwangerschaft das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist ein Abbruch gesetzlich jederzeit möglich. In der Realität sieht diese Situation aufgrund mangelnder Informationen und Beratungsstellen, hohen, meist nicht aufbringbaren finanziellen Mitteln, denn die Krankenkasse übernimmt hierfür keine Kosten, und kaum Durchführungsmöglichkeiten anders aus. (Semrau/Watzlawick 1999)

Die Entscheidung, die von den jungen (werdenden) Müttern letztendlich getroffen wird, geht mit einer Abwägung ihrer Situation einher. Gerade am Beginn der Schwangerschaft kann sich das junge Mädchen in der Rolle als Mutter nicht wahrnehmen, weil die Schwangerschaft oftmals nicht real erscheint. (Pankratz, 1997) Erst allmählich, wenn sich im weiblichen Körper Veränderungen, die für die Schwangere wahrnehmbar sind, abzeichnen, findet eine Identifizierung statt. Beeinflusst durch die starke Hormonausschüttung wächst die Liebe der Mutter zu ihrem Kind. Es erwacht der Mutterinstinkt. (Dalton, 2003) Insbesondere ab der 20. Schwangerschaftswoche, wenn es den jungen (werdenden) Müttern möglich wird, die Kindsbewegungen wahrzunehmen, wird die Vorstellung Mutter zu sein, konkreter. Ängste schwinden und das Wohlbefinden steigert sich. Dies ändert sich zum Ende der Schwangerschaft wieder, wenn die Angst vor der Geburt, den Schmerzen und Komplikationen durch die bevorstehende Geburt bewusst werden. (Pankratz, 1997) Auch wenn die Schwangerschaft ungeplant und anfänglich ein Schock war, verändert sich diese Einstellung bei den meisten Müttern während der Schwangerschaft zu einer positiven (Dalton, 2003).

Auch das Leben der Eltern der jugendlichen Schwangeren bzw. Mutter verändert sich grundsätzlich, wenn sie für ihr Kind bzw. Enkelkind die personellen und finanziellen Mittel aufbringen können und wollen. In den meisten Fällen sind die jungen Mütter stark von den sozialen und finanziellen Ressourcen ihrer Familien abhängig. Diese Konstellation erscheint problematisch, da sie den Jugendlichen nicht erlaubt, sich von den Eltern abzulösen. Es besteht die Gefahr der Vermischung von Generations- und Rollengrenzen. Betroffen ist natürlich auch das zu erwartende Kind durch eine oftmals eingeschränkte emotionale und persönliche Kompetenz im Umgang mit einem Kleinkind. Dies kann dazu führen, dass das Kleinkind bereits Mangelerscheinungen erleidet, welche sich durch das Verhalten der Mutter verstärken

und sich bis ins Erwachsenenalter ziehen. Nichtsdestotrotz darf im Zuge einer Schwangerschaft in der Adoleszenz nicht automatisch von einer Risikoschwangerschaft bzw. problematischen Schwangerschaft und Situation ausgegangen werden, da jede Schwangerschaft und jede Situation für sich genommen differenziert zu sehen ist und in den allermeisten Fällen individuelle Lösungswege gefunden werden müssen. (Dürr/Rascher, 2006)

3.2 Hintergründe und Motive von Schwangerschaften in der Adoleszenz

War eine ungeplante Schwangerschaft vor wenigen Generationen ein ganz normaler Teil gelebter Sexualität, erlaubte die Einführung von Verhütungsmitteln wie beispielsweise der „Pille“ als orales Kontrazeptivum bzw. Ovulationshemmer in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts und deren ständiger Weiterentwicklung den Frauen, selbst zu bestimmen, wann und wie oft sie Mutter werden. Ungeplante Schwangerschaften sollten demnach heutzutage der Vergangenheit angehören.

Warum dies nicht der Fall ist, soll im Folgenden auf mehreren Ebenen beleuchtet werden. Unter anderem werden in diesem Zusammenhang Faktoren wie „säkulare Akzeleration“, „Jugendsexualität“, „Sexualerziehung bzw. Sexualaufklärung“, „Kontrazeptionsverhalten Jugendlicher“ dargestellt, um einerseits den Kontext ungeplanter Schwangerschaften von Jugendlichen darzustellen und andererseits Faktoren, die verantwortlich für eine ungeplante Schwangerschaft in der Adoleszenz sind bzw. sein können, aufzuzeigen, um daraus präventive bzw. interventionistische Maßnahmen zur Vermeidung dieser abzuleiten.

3.2.1 Die säkulare Akzeleration

E. W. Koch, ein Leipziger Arzt, veröffentlichte 1935 sein Werk „Über die Veränderungen des menschlichen Wachstums im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts“, in dem er nachweist, dass Kinder bzw. Jugendliche aller Altersklassen größer waren als Kinder und Jugendliche gleichen Alters vorheriger Generationen (Walter, 1978). Die Vorverlegung bzw. Beschleunigung der körperlichen Entwicklung und Reife mit der Zeit bezeichnet man als säkulare Akzeleration (Kahl et. al., 2007). Dies betrifft die Körperhöhe, die Menarche und die Pubertät.

Während genetische und psycho-soziale Faktoren vor allem für die individuelle Variabilität als verantwortlich gesehen werden, werden für den säkularen Trend in der Reifeentwicklung („sexuelle Akzeleration“) Faktoren wie eine veränderte Ernährung, das Ausbleiben von Katastrophen wie Kriegen und Hungersnöten, eine verbesserte gesundheitliche Betreuung, verbesserte Hygienebedingungen und optimale Umweltfaktoren verantwortlich gemacht. (Blasberg, 2007; Kahn et al., 2007; Tanner, 1969) Neuere Studien zeigen, dass auch soziologische Parameter wie die Familiengröße und die An- bzw. Abwesenheit des Vaters als Determinanten für das Menarchealter ausschlaggebend sein können (Gruppe et al., 2005).

Durch die säkulare Akzeleration bzw. „sexuelle Akzeleration“ tritt der Zeitpunkt der Geschlechtsreife im Vergleich zu früheren Epochen früher ein, hat sich aber in den letzten Jahren eingependelt, d. h., dass der Zeitpunkt nahezu unverändert ist. Zieht man als Zeichen der säkularen Akzeleration das Menarchealter bei Mädchen heran, erkennt man, dass dieses von durchschnittlich 17 Jahren im Jahr 1840 zum gegenwärtigen Stand von etwa 12 Jahren im Mittel sank. In Abbildung 5 ist dieser Trend grafisch dargestellt.

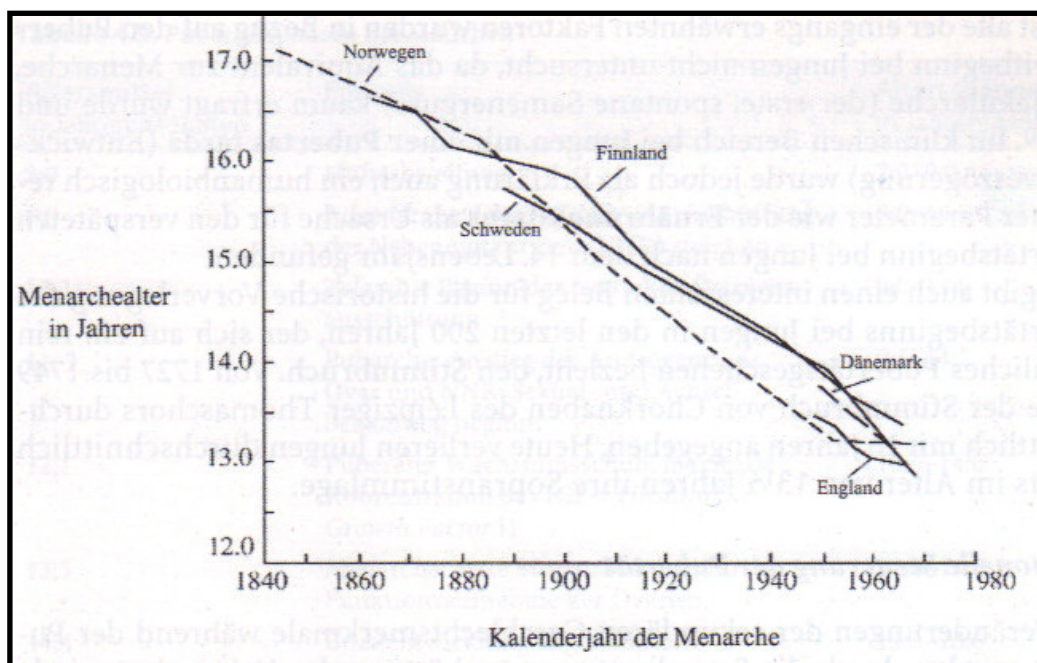


Abb. 5: Der säkulare Trend zum früheren Menarchealter in Europa (nach Tanner/Eveleth, 1976; In: Gruppe et al., 2005)

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) aus dem Jahre 2006 bestimmten mithilfe der Status-quo-Methode das mediane Menarchealter auf 12,8 Jahre (Kahl et al., 2007). Dies stellt eine deutliche Vorverlegung der Fortpflanzungsfähigkeit der letzten 100 Jahre im weiblichen Geschlecht dar.

In welchem Alter genau gegenwärtig die Jugendlichen den Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter vollziehen, ist individuell unterschiedlich und von mehreren Faktoren wie zum Beispiel von den Genen, dem Geschlecht, von Umwelteinflüssen wie dem Ernährungsstatus oder dem sozialen Status, der körperlichen Gesundheit, ethnischen Einflüssen und dergleichen abhängig (Kahl et. al, 2007; Susanne/Bodszar, 1998; Tanner, 1968; Walter, 1978). In diesem Zusammenhang spielt die Vorverlagerung der sexuellen Reife als Voraussetzung zur Empfängnisfähigkeit eine Rolle. Einige Autoren (Klapp, 2003; Gille, 2002) gehen davon aus, dass mit dem früheren Einsetzen der Menarche geschlechtsspezifische Impulse und Bedürfnisse früher wach werden und somit der Einstieg ins Sexualleben früher erfolgt.

3.2.2 Jugendsexualität

Die Phase von der Kindheit bis in die Pubertät wird in der Literatur nach dem Freud'schen Modell als Latenzphase bezeichnet. In dieser Phase kommt es nach Freud zu einem vorübergehenden Stillstand in der sexuellen Entwicklung eines Kindes. Nach dieser Phase kommt es zum erneuten Erwachen der sexuellen Entwicklung aufgrund hormoneller Gegebenheiten, womit Sexualität eine neue Dimension bekommt, da die Jugendlichen nun biologisch gesehen geschlechtsreif sind. (Haeberle, 1983)

Galt Sexualität noch bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts *„als ein für die Erwachsenen reservierter Lebensbereich, so gehören Jugend und Sexualität in der Öffentlichkeit und der Wissenschaft ganz selbstverständlich zusammen.“* (Stier/Weissenrieder, 2006, S. 26). Der Umbruch jugendlichen Sexualverhaltens fand demnach in den 60er bzw. 70er („sexuelle Revolution“) Jahren des 20. Jahrhunderts statt, in denen das Sexualverbot Jugendlicher aufgehoben und Sexualität von der Institution Ehe befreit wurde. (Schmidt, 2004) Seit der Liberalisierung der 1970er Jahre hat die Gesellschaft scheinbar eine offenere Einstellung gegenüber Sexualität (Schmidt et al., 2006). Die Betonung liegt jedoch auf dem kleinen

Wörtchen „scheinbar“, denn obgleich der freidenkenderen, toleranteren und aufgeschlosseneren Einstellung vieler, ist „Sexualität“ nach wie vor ein heikles Thema, um nicht zu sagen ein „Tabu-Thema“. Auf der einen Seite steht die enorme Informationsflut zum Thema „Sexualität“ und die scheinbar „aufgeklärte Gesellschaft“, auf der anderen Seite Eltern und LehrerInnen, die dem Thema aufgrund von Unsicherheit oder persönlicher Befangenheit möglichst aus dem Weg gehen möchten und die Sexualität ihrer Kinder negieren.

Was aber versteckt sich eigentlich hinter dem Begriff „Sexualität“? Je nach Wissenschaftsrichtung Biologie, Psychologie, Soziologie, Kulturwissenschaften etc. werden andere vielfältige Erklärungsmuster und Definitionsversuche gegeben. Menschliche Sexualität wurde lange Zeit sowohl in der Gesellschaft als auch in der Wissenschaft aufgrund einer einseitigen Sicht als Fortpflanzungsfunktion auf eine einzige Verhaltensweise, den Geschlechtsverkehr, reduziert. Schließlich hat die anthropologische Sichtweise dazu geführt, dass unter Sexualität weit mehr als Geschlechtsverkehr zu verstehen ist und Sexualität auch nicht mit Reproduktion gleichzusetzen ist (Kluge, 2008). Sexualität soll demnach in einem modernen anthropologischen Sinne als umfassender Bestandteil körperlicher, emotionaler, sozialer und geistiger Entfaltung begriffen werden (Kluge, 1998).

Weissenrieder (Stier/Weissenrieder, 2006) betont: *„Angesichts der großen Vielfalt sexueller Erscheinungsformen gibt es heute nicht »die Sexualität«, [...]“*. Sie ist nicht nur die Summe sexuell handelnder Menschen, sondern etwas eigenständiges, gesellschaftliches Ganzes (Stier/Weissenrieder, 2006). Nach dem Sexualpädagogen Norbert Kluge (1998, S. 216) ist Sexualität *„dem Menschen Grundvermögen und lebenslanges Grundbedürfnis zugleich“*. Sie ist zentraler Bestandteil der Identitätsbildung und der Persönlichkeitsentwicklung und von enormer Bedeutung für unser emotionales Gleichgewicht. (Kluge, 1998) Sexualität hat demnach eine biologische, eine psychologische und eine soziale Seite, ist somit etwas Ganzheitliches und von biologisch-physiologischen Voraussetzungen und Reifungs- und Lernprozessen abhängig. Sie beginnt nach den Worten von Dolto et al. (1999) mit dem Leben selbst, ist von der Kindheit bis an unser Lebensende Teil unseres Lebens, gehört zum Wesen des Menschen und ist von diesem nicht trennbar.

Eine für Jugendliche greifbare und äußerst plastisch dargestellte Definition darüber, was Sexualität sein kann, findet sich in „Let's talk about Sex. Ein Sexheft für Jugendliche“ (Wanielik, 1994 zitiert nach Stier/Weissenrieder, 2006, S. 26):

„Sexualität ist aufregend und spannend. Sie ist nicht nur rosarot oder knallbunt, sondern kann auch grau in grau bis pechschwarz sein. Da Sexualität immer auch für Überraschungen gut ist, sollte man die guten Ratschläge anderer immer mit viel eigenem Ausprobieren mischen. Die Sinne ins sexuelle Spiel zu bringen hilft herauszufinden, was gut ist: hinsehen, erschmecken, anfühlen, riechen und, natürlich, zuhören.“

Der Sexualpädagoge Kluge (1998) weist darauf hin, dass eine kritische Betrachtung der eigenen Auffassung von menschlicher Sexualität als Voraussetzung für eine moderne und effektive Sexualerziehung ist, welche wiederum von zentraler Bedeutung für ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Sexualleben ist. Nichts auf diesem Gebiet versteht sich von selbst, jeder Mensch ist einzigartig und daher auch einzigartig in seiner Sexualität, deswegen ist die Kommunikation in diesem Bereich für eine glückliche sexuelle Beziehung, und damit ist nicht nur der „Akt“ an und für sich gemeint, sehr wichtig. Kluge (1998) betont vor allem die Wichtigkeit des emotionalen Aspekts von Sexualität; Sehnsüchte, Wünsche, Verantwortung, Respekt sind wesentliche Komponenten. Jugendliche befinden sich in einem sexuellen Entwicklungsstadium, in dem die emotionale Seite der Sexualität eine große Rolle spielt. Sehr oft fehlt aber gerade diese Komponente im Dialog zwischen Erwachsenen und Jugendlichen (Face of Global Sex Report, 2009). Themen wie Gefühle, Einfühlungsvermögen, Nähe, Liebe, Wertschätzung und Respekt werden innerhalb der Sexualerziehung meist nicht angesprochen (Jewell et al., 2000). Bislang bildet vor allem die biologische Seite, insbesondere die anatomischen Fakten, den Schwerpunkt des sexuellen Aufklärungsunterrichts an den Schulen. Was es heißt ein selbstverantwortliches Sexualleben zu führen, bleibt ausgeklammert. Für viele Jugendliche stellt die Verbindung von Information mit den Erfahrungen des eigenen Lebens eine Schwierigkeit dar. Wissen über Sexualität und sexuelles Handeln bzw. sexuelle Äußerungen des eigenen Körpers können sie oftmals nicht zusammenbringen. Um Sexualität nicht nur auf ihre körperlich-technische Dimension zu reduzieren, um die Lücke zwischen Theorie und Umsetzung füllen zu können, um

Informationen, die Jugendliche „aufschnappen“, nicht unreflektiert zu übernehmen, ist es von Bedeutung, die Jugendlichen umfassend zu informieren und aufzuklären. Jugendliche brauchen Ansprechpersonen, mit denen sie sich zu jeglichen Problematiken, Interessen und Fragestellungen austauschen können, die ihnen das nötige Rüstzeug für ein selbstverantwortliches Sexualleben mitgeben. Was angesichts der Tatsache, dass sie durch das heutige mediale Umfeld immer früher in Kontakt mit sexuellen Themen kommen, was Neugier und Wünsche hinsichtlich sexueller Reife und gelebter Sexualität auslöst, eine wichtige präventive Rolle spielt. (Blasberg, 2007) Die fehlende Kommunikation über Sexualität, über „gesellschaftliche Normalitäten“ in der Familie bzw. auch Schule und ihre Tabuisierung erfüllen die Jugendlichen aber auch gleichzeitig mit Unsicherheit und Angst (Pankratz, 1997). Nicht zu unterschätzen ist der Druck der Peergroup. Laut des Aufklärungsfilms „Sex we can?!“, der die jüngsten Erkenntnisse der Sexualpädagogik widerspiegelt, Informationen, Gefühlswelt und Didaktik miteinander verknüpft, geben 95% der Jugendlichen an, bereits unter 16 Jahren Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Tatsächlich sind es aber weit weniger, etwa 50%. (<http://www.sexwecan.at/>) Diese Informationen sind für Jugendliche enorm wichtig, da sie den Druck, sexuelle Erfahrungen in einem gewissen Alter, bereits hinter sich gebracht haben zu müssen, nehmen können. Viele der Jugendlichen sind der Meinung, dass Sex erwachsen macht (Kluge, 2010/2011). Der herrschende Druck von außen, relativ früh sexuelle Erfahrungen machen zu müssen, das heißt Sexualität „technisch“ ausprobiert zu haben, um „dazuzugehören“, ohne emotional bereit zu sein, muss abgebaut werden, denn der Druck ist groß und die Kluft zwischen körperlicher und emotionaler Sexualreife wird nach Kluge (1998) immer größer. Dies führt zu einem immer größeren werdenden Konfliktpotenzial. Des Weiteren muss man sich der Tatsache bewusst sein, dass in der Phase der Adoleszenz bzw. der Pubertät die äußeren Entwicklungs- und Umbauprozesse auch vor der Schaltzentrale Gehirn nicht haltmachen. Während dieses Umbildungsprozesses kann es zu einem Mangel an rationalen Entscheidungen kommen, was wiederum die Risikobereitschaft der Jugendlichen auch in Bezug auf die Sexualität erhöhen kann. Diese Risikobereitschaft, hervorgerufen durch die Diskrepanz zwischen Wunschdenken und Realität, mangelnder Information und mangelnder Unterstützung im sozialen Umfeld, führt zu Konsequenzen wie etwa einer ungeplanten Schwangerschaft in der Adoleszenz, sexuelle Ausbeutung, zunehmendes Auftreten sexuell übertragener Krankheiten und dergleichen. (Baltzer, 2009; Dörr/Rascher, 2006). An dieser Stelle ist es wichtig, dass die Jugendlichen auf professionelle

Unterstützung und Beratung treffen, die ihnen im Umgang mit ihren Ängsten, ihrem Selbstbewusstsein und dem Umgang mit dem Druck, dem sie ausgesetzt sind, hilfreich zur Seite stehen. Die aufgeklärten Jugendlichen sollen selbstständig und verantwortungsvoll entscheiden können, wann und wie ihre ersten sexuellen Erfahrungen stattfinden sollen, einen verantwortungsvollen und stolzen Umgang mit ihrem eigenen Körper und ihrer eigenen Sexualität entwickeln.

3.2.2.1 Sexuelle Erfahrungen Jugendlicher – Informationsquellen für Jugendliche

In der Pubertät werden die Jugendlichen mit körperlichen Veränderungen konfrontiert. Es findet die Ablösung vom Kindesalter statt, in der die Jugendlichen sich ihre eigenen Freiräume schaffen. Erste hetero- und homosexuelle Erfahrungen werden gemacht und gleichgeschlechtliche Freundschaften entwickeln sich, die einen großen Einfluss auf die psychische Entwicklung der Jugendlichen haben. In dieser Zeit müssen die Jugendlichen ein entsprechendes Sach- und Orientierungswissen erlangen, um notwendige Anforderungen bewältigen zu können und Entscheidungs- und Handlungskompetenzen zu erwerben. In der Altersstufe der 15- bis 17-Jährigen dominiert das sexuelle Lernen. (Stier/Weissenrieder, 2006) Nach Weissenrieder (Stier/Weissenrieder, 2006, S. 30) definiert das Verhalten der Familie *„die Erfassung, Wahrnehmung und Verarbeitung von Informationen über Sexualität von der Geburt an.“* Neben der Familie, mit ihren besonderen Ausprägungen haben auch die Schule, die Medien und die Peergroup einen entscheidenden Einfluss auf das Sexualverhalten der Jugendlichen (Stier/Weissenrieder, 2006).

Im Kontext dieses Arbeitsfeldes war es von großem Interesse, in Erfahrung zu bringen, woher die Jugendlichen ihre Informationen bezüglich Sexualität erhalten und welchen Stellenwert diese für die Jugendlichen haben. Die Untersuchung von Hunt aus dem Jahr 1970 (siehe Tabelle 6) zeigt, dass die Mutter die wichtigste Informationsquelle für sexuelle Fragestellungen darstellt. Weiters spielen früher wie auch heute noch Bücher und Magazine, Peers, LehrerInnen aber auch erzieherische Filme eine große Rolle. Interessant ist, dass Informationen von Vätern und Ärzten durchwegs als „sehr zuverlässig“ angesehen wurden und werden, diese aber kaum genutzt werden.

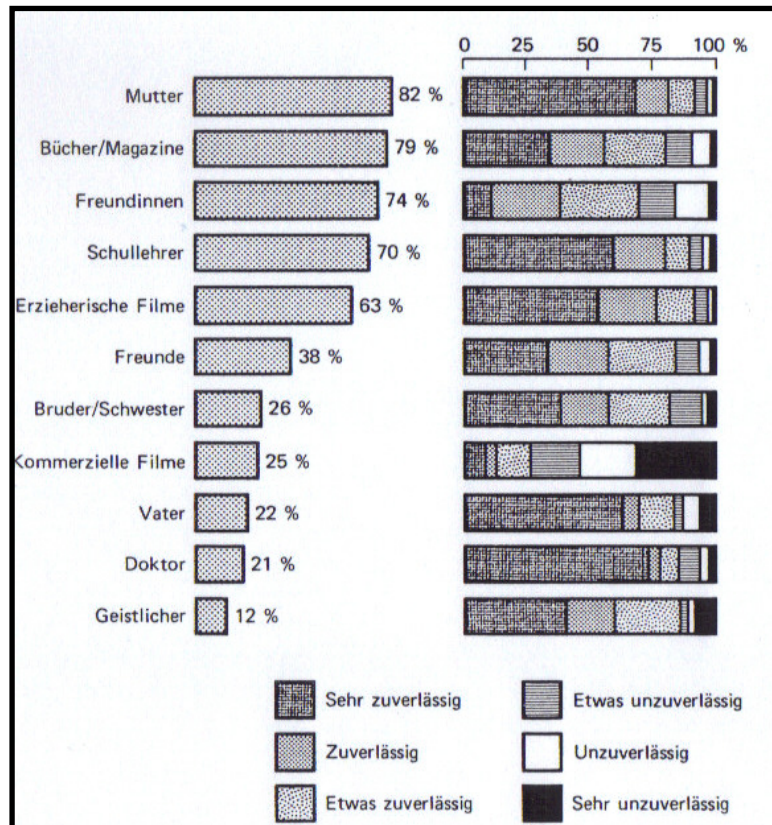


Abb. 6: Informationsquellen heranwachsender Mädchen über Sex (Hunt, 1970)

Neuere Studien wie beispielsweise die der BZgA (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1994) zur Sexualität und Kontrazeption zeigen, dass die Jugendlichen in größerem Umfang als noch in den 70er Jahren jemanden haben, mit dem sie offen über Sexualität sprechen können. Weidinger et al. (2001) fanden in ihrer Studie heraus, dass Gespräche und zwischenmenschliche Kommunikation über alle Altersgruppen hinweg im Zusammenhang mit Sexualität und Aufklärung von großer Bedeutung für die Jugendlichen sind.

Die Mehrheit der Jugendlichen erhält Informationen über Sexualität, sexuelle und reproduktive Gesundheit durch die Institution Schule (Face of Global Sex Report, 2010; siehe Tabelle 5). Ferner spielt die Peergroup eine immer wichtigere Rolle, um sich über sexuelle Erfahrungen auszutauschen und sich der sexuellen Geschlechtsidentität zu vergewissern. Dieser Bedeutungszuwachs durch die Gruppe der Gleichaltrigen mag nicht verwundern, berücksichtigt man den Funktionswandel der klassischen Sozialisationsinstanzen Eltern und Schule. (Stier/Weissenrieder, 2006) Dennoch nehmen die Eltern, besser gesagt die Mütter,

nach wie vor eine wichtige Position in diesem Zusammenhang als Vertrauensperson ein, vor allem bei jüngeren Jugendlichen. Mit zunehmendem Alter werden dann Peers und Partner (Intimpartner) deutlich wichtiger und in zunehmendem Maße als Quellen für sexuelle Fragen herangezogen (BZgA, 2001; BZgA, 2006; Schmidt-Tannwald/Kluge, 1998). Auch das Internet, Magazine und andere Medien sind nicht zu vernachlässigende Ressourcen, haben aber eher eine Ergänzungsfunktion und werden laut BZgA (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1994) weniger zur Kompensation eines Mangels an personaler Aufklärung herangezogen. Was Aufklärung und Sexualerziehung betrifft, sind nach wie vor Geschwister und ÄrztInnen weniger von Bedeutung. Dies könnte natürlich daran liegen, dass die Inanspruchnahme von schulexternen ExpertInnen, sprich GynäkologInnen und SexualpädagogInnen nur selten von der Institution Schule in Anspruch genommen werden, da diese meist mit Kosten verbunden sind. Die Kirche spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle für die Jugendlichen. Auch Reim-Hofer und Mayer (2010) kommen in Bezug auf Informationsquellen Jugendlicher über sexuelle Fragen und Aufklärung zu ähnlichen Ergebnissen.

Tabelle 5: Woher erhalten österreichische Jugendliche Informationen über Sexualität und sexuelle Gesundheit? (n=1032)(Face of Global Sex Report, 2010)

Personen/Institutionen	Gültige Prozente %
Geschwister	3,1%
Kirche	0,1%
ÄrztInnen	2,3%
FreundInnen	20,9%
Regierung	1,3%
Magazine	10,8%
Eltern	15,6%
Schule/LehrerInnen	27,6%
Internet	18,3%

3.2.2.2 „Das erste Mal“

Das „erste Mal“ ist für Jugendliche von ganz besonderem Reiz, denn man hat noch sehr wenig Erfahrung in sexuellen Dingen und eine unklare Vorstellung davon, wie der erste Geschlechtsverkehr ablaufen wird. Die Entwicklung von der anfänglichen Unsicherheit im Umgang mit der eigenen Sexualität in Beziehungen bis hin zu einer stabilen Partner-

beziehung vollzieht sich über die gesamte Phase der Adoleszenz (Pankratz, 1997). Verhaltensweisen werden erprobt und an der Reaktion ihrer Umwelt, vornehmlich der Reaktion der Peers, überprüft und bewertet. In der Adoleszenz kommt es zur Bildung von Pärchen. Diese Beziehungen haben aber meist erst dann einen festen Bindungscharakter, wenn es sich um „ernstere Beziehung“ mit sexuellem Interesse handelt. Auch sexuelle Vorerfahrungen der jeweiligen Partner werden heutzutage toleriert oder auch positiv gewertet. (Stier/Weissenrieder, 2006) Nach der Vorarlberger Jugendstudie (2004/2005) spielt vor allem die Liebe für Jugendliche eine immer größere Rolle. Nach dieser Studie können sich die Jugendlichen Sex ohne Liebe nur schwer vorstellen. Auch eine Studie, die vom Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie (1990/91) durchgeführt wurde, zeigt, dass „Treue“ sowohl vom Verhalten als auch von der Einstellung für die Jugendlichen sehr wichtig ist. Das Motiv der romantischen Liebe zeichnet sich bereits im späten 18. Jahrhundert ab, in dem sie sich als Voraussetzung für eine intime Zweierbeziehung vom Kontext der gesellschaftlich herrschenden Sexualmoral konstruierte. Im Gegensatz zur damaligen Zeit ist außerehelicher Geschlechtsverkehr gegenwärtig zur gesellschaftlich akzeptierten Norm bzw. zum Standard geworden. Zum romantischen Liebesideal kommt heutzutage das Modell der partnerschaftlichen Liebe hinzu, in der eine Beziehung um ihrer Selbstwillen eingegangen wird, und Sexualität gemeinsam ausgehandelt wird, d. h., dass sich eine Trennung von Koitus und lebenslanger Partnertreue vollzogen hat. Viele Jugendliche befinden sich durch die gesellschaftliche Vorgabe von Normen und Standards zur Sexualität in einem Orientierungsdilemma über den richtigen Zeitpunkt, der Häufigkeit und Art der sexuellen Kontakte. (Osthoff, 1999)

In welchem Alter machen nun aber Jugendliche gegenwärtig ihre ersten sexuellen Erfahrungen? Aus der Studie der BZgA (2006) bzw. der Abbildung 7 (siehe weiter unten) geht hervor, dass Mädchen im Alter von 14 bis 16 Jahren etwas mehr sexuelle Erfahrungen ohne Koitus haben als die gleichaltrigen Jungen. Im Alter von 17 Jahren zeigt sich, dass wiederum die Jungen an Erfahrung aufgeholt haben. 92% der Mädchen und 90% der Jungen haben im Alter von 14 bis 17 Jahren sexuelle Erfahrungen ohne Koitus in Form von Küssen und Schmusen. Beim Brustpetting und Genitalpetting sinkt die Zahl der erfahrenen Mädchen und Jungen im Vergleich zum Küssen und Schmusen klar.

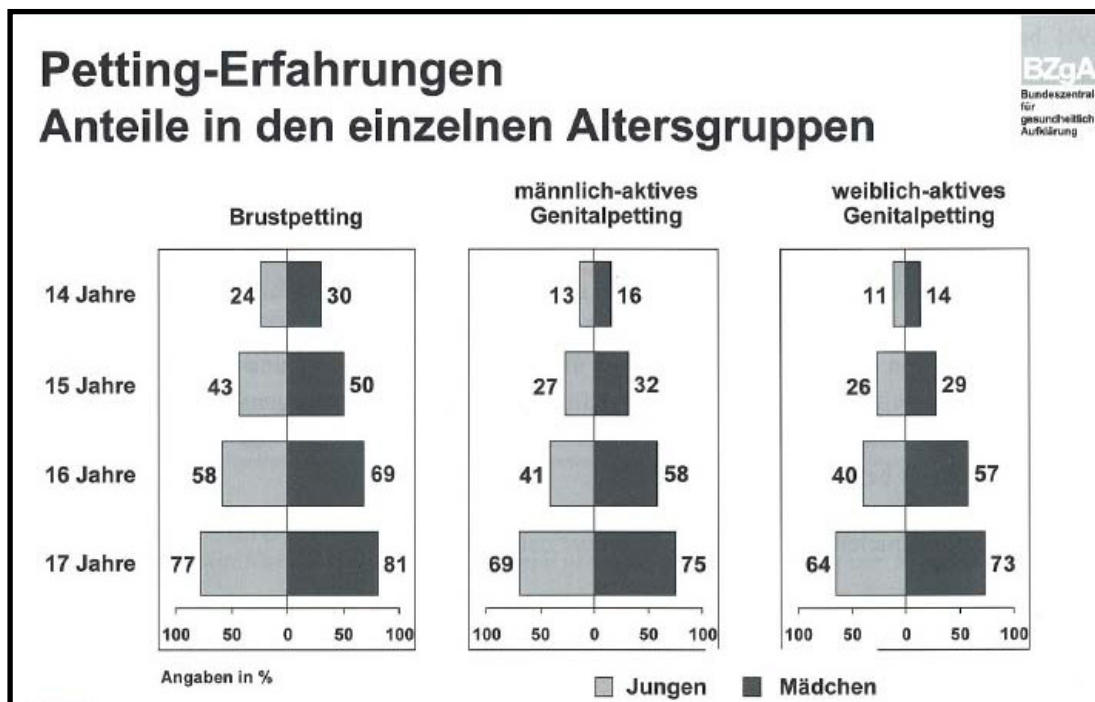


Abb. 7: Sexuelle Erfahrungen ohne Koitus (BZgA, 2006)

Das durchschnittliche Alter, in dem der erste Geschlechtsverkehr stattfindet, liegt heute nach Stier und Weissenrieder (2006) bei etwa 15 Jahren. Auch Kluge kommt in seinen Untersuchungen zu diesen Ergebnissen. Erste sexuelle Erfahrungen finden früher statt als noch in der Elterngeneration; Mädchen machen sie im Mittel mit 14,8 Jahren, Jungen im Mittel mit 14,9 Jahren (Kluge, 1998). Auch Schmidt-Tannwald und Urdze (1983) stellten fest, dass sich das Erleben des ersten Geschlechtsverkehrs innerhalb einer Generation zwischen Töchtern und Müttern um 2 Jahre und zwischen Söhnen und Vätern um 1 ½ Jahre früher manifestiert. Dieser Umbruch des jugendlichen Koitusverhaltens setzte nach Schmidt (2004) aber bereits in den 1960er und 1970er Jahren ein, der Zeit der „sexuellen Revolution“, seitdem sind die Zahlen relativ konstant geblieben. Auch Nöstlinger und Wimmer-Puchinger (1994) kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Ferner weist Weidinger et al. (2001) darauf hin, dass zahlreiche Studien ausschließlich das Durchschnittsalter (Mittelwert des Alters) beim ersten Geschlechtsverkehr heranziehen, dabei aber junge Erwachsene ohne Koituserfahrung selten berücksichtigt werden, was wiederum zu einer Verschiebung des tatsächlichen Koitusalters führe.

Das traditionelle Muster, das besagt, dass Jungen früher sexuelle Erfahrungen sammeln als Mädchen, wurde ins Gegenteil verkehrt (Schmidt, 2004), was angesichts der Tatsache, dass Mädchen ältere Partner, und Jungen jüngere Partnerinnen bevorzugen nicht überraschend ist. Interessant ist auch die Tatsache, dass 1970 über 80% der adoleszenten Mädchen angaben, sich auf das erste Mal „dem Jungen zuliebe“ eingelassen haben, während es gegenwärtig weniger als 20% sind. (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1998)

Weidinger et al. fanden in ihrer Studie „Das erste Mal“, die im Jahr 2001 veröffentlicht wurde, heraus, dass ca. 26% (n=694) der weiblichen Jugendlichen und 23% (n=350) der männlichen Jugendlichen der österreichischen Gesamtbevölkerung ihren ersten Koitus bis zum 14. Lebensjahr erleben und mit etwa 16 Jahren – für Jungen wie für Mädchen – die 50%-Grenze überschritten wird, demnach Koituserfahrung haben. Nach einer Studie der BZgA (2006) hatten etwa 25% der 15-jährigen und 70% der 17-jährigen Frauen bereits Geschlechtsverkehr. Diese Daten entsprechen in etwa den Ergebnissen der Untersuchung der BZgA zur Jugendsexualität aus dem Jahr 1994 (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1994).

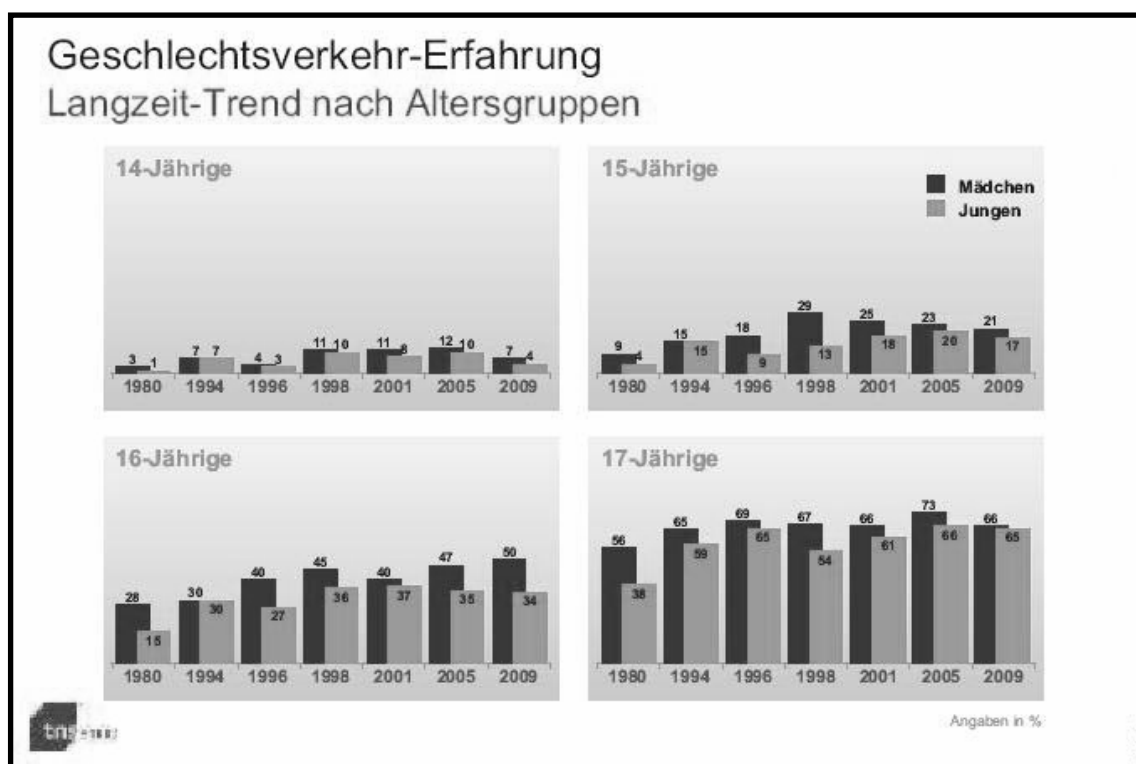


Abb. 8: Sexuelle Erfahrungen mit Koitus nach Altersgruppen im Langzeitvergleich (BZgA, 2010)

Der Längsschnittvergleich der BZgA zeigt (siehe Abbildung 8), dass im Jahr 2009 etwa 50% der Mädchen ihre ersten sexuellen Erfahrungen mit Koitus im Alter von 16 Jahren machten, während die Jungen die 50%-Grenze erst mit 17 Jahren überschritten. Im Vergleich zu 1980 ist insgesamt bei den Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren ein Anstieg von sexuellen Erfahrungen mit Koitus festzustellen, der Einstieg ins Geschlechtsleben erfolgt von Mädchen wie Jungen heute früher als Anfang der 80er Jahre. (BZgA, 2010) Eine Studie der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung, die im Jahr 2008 veröffentlicht wurde, gab an, dass bis zum Alter von 14 Jahren bereits 49,5% der 150 befragten Mädchen der First Love Beratungsstelle ihren ersten Geschlechtsverkehr erlebt haben (ÖGF, 2008).

In der Studie der BZgA aus dem Jahr 2006 geht hervor, dass der Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs in einem direkten Kontext des Bildungsniveaus der Jugendlichen steht. Unter den HauptschülerInnen gaben 63% der weiblichen Jugendlichen und 53% der männlichen Jugendlichen an, bereits mit 14 Jahren oder früher Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Bei den Gymnasiastinnen gaben hingegen nur 32% der Mädchen und 19% der Jungen an, bereits mit 14 Jahren oder früher Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Weidinger et al. kommen in ihrer Untersuchung aus dem Jahr 2001 bereits auf ähnliche Ergebnisse. Jugendliche aus Haupt- und Berufsschulen hatten eine weitaus höhere Koituserfahrung als gleichaltrige Jugendliche aus allgemeinbildenden höheren Schulen. Diese Ergebnisse zeigen, dass der jeweilige Bildungsstatus einen Einfluss auf den Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs hat.

Für die Prävention bedeuten diese Ergebnisse, dass der Beginn pädagogischer Aufklärung (Schule, ÄrztInnen, Fachpersonen) bereits in der Grundschule mit pubertätsbezogenen Themen beginnen sollte und in den Folgejahren immer wieder altersadäquat vielfältige Themenbereiche der Sexualität zu einem Zeitpunkt behandelt werden sollten, wenn sie in der Lebenswelt der Jugendlichen aktuell sind.

3.2.3 Aufklärung und Sexualerziehung

„Aufklärung“, „Sexualerziehung“, „Sexualaufklärung“, „Sexualkunde“, allesamt Begriffe, die sich in der Literatur finden und im Grunde eines gemein haben. Unter ihrem Deckmantel

sollen sie den Jugendlichen Wissen und Kompetenz für ein selbstbewusstes und selbstverantwortliches Sexualleben vermitteln.

In diesem Abschnitt soll ermittelt werden, welche Faktoren in diesem Kontext ausschlaggebend sind, um ungeplante Schwangerschaften in der Adoleszenz zu vermeiden. Weiters soll dargestellt werden, welche Bereiche in der Aufklärungsarbeit mit Jugendlichen besondere Bedeutung haben.

3.2.3.1 Die drei Säulen einer tragfähigen Sexualerziehung

Sexualerziehung kann und sollte auf mehreren Ebenen stattfinden. Einerseits spielen die Eltern und die Institution Schule, auf der anderen Seite aber auch Beratungsstellen wie Jugend- und SexualpädagogInnen, ÄrztInnen, Broschüren, Medien und dergleichen eine wesentliche Rolle. Sexualerziehung sollte im Kontext entwicklungsbiologischer und entwicklungspsychologischer Ereignisse stattfinden, denn nur so kann sie von den Kindern bzw. Jugendlichen verstanden und verarbeitet werden. Sexualaufklärung bzw. Sexualerziehung stellt nach Weidinger et al. (2007) somit kein punktuellere Ereignis dar. Es handelt sich viel eher um einen Prozess, der sich von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter erstreckt und in allen Altersstufen eine differenzierte Vorgehensweise und Vermittlung von Wissen und Kompetenz erfordert (Stier, Weissenrieder, 2006).

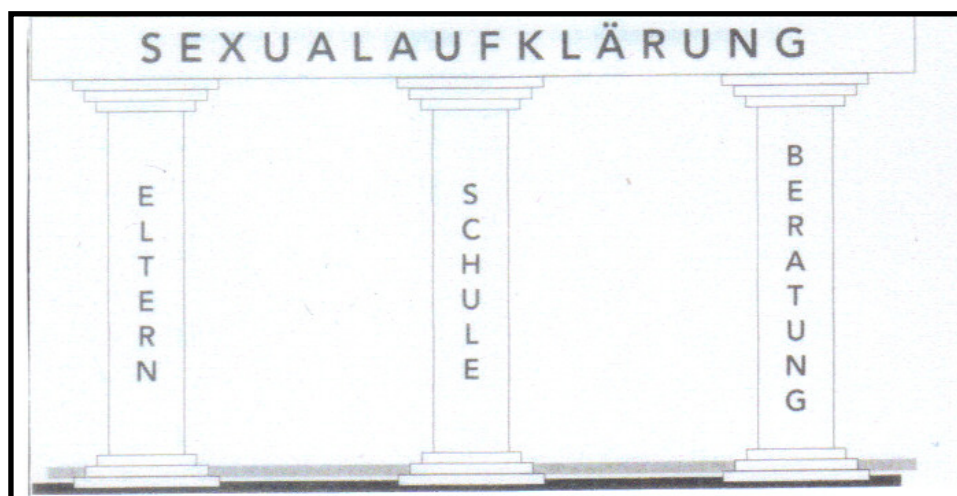


Abb. 9: Die drei Säulen einer tragfähigen Sexualaufklärung (Weidinger et al., 2007)

3.2.3.1.1 Die Rolle der Eltern

In den Medien wird immer wieder betont, dass Jugendliche noch nie so aufgeklärt waren wie heute. Es wird erwartet, dass sie über diverse Themen der Sexualität informiert sind. Auch die Jugendlichen selbst vermitteln das Gefühl Bescheid zu wissen, über Medien und Schule genügend Informationen zu erhalten. In der aktuellen Studie zur Jugendsexualität der BZgA (2010), an der über 5.000 Jugendliche teilgenommen hatten, gaben 84% der Mädchen und 83% der Jungen an, sich aus subjektiver Sicht für sexuell aufgeklärt zu halten. Auch die Untersuchung von Weidinger et al. (2001) zeigte, dass sich 94% aller 14-Jährigen für ganz oder ziemlich aufgeklärt halten. Untersuchungsergebnisse, wie jenes der BZgA oder von Weidinger et al., machen deutlich, warum manche Eltern das Gefühl haben, die Aufklärung erfolge ohnehin und es kaum als notwendig empfinden, aufklärend zu wirken. Man kann daher von einer „Scheinaufgeklärtheit“ unserer heutigen Jugend sprechen. Jugendliche überschätzen sich bezüglich ihrer Aufgeklärtheit häufig. Es bestehen vor allem Wissensdefizite über biologische Vorgänge des eigenen Körpers, der Verhütungsmethoden und ihrer Anwendung, der Zeugung und Schwangerschaft bzw. ihrer Verhinderung (BZgA, 2010). Daher ist die Aufklärungsarbeit durch Eltern, PädagogInnen und ausgebildete Fachkräfte sowie ihrer Zusammenarbeit nach wie vor äußerst bedeutend.

Nach Schmidt-Tannwald und Kluge (1994) kann die Grundeinstellung der heutigen Eltern gegenüber der Sexualität ihrer Kinder als liberal eingestuft werden. In einer Folgestudie aus dem Jahr 1998 kommen Schmidt-Tannwald und Kluge zu dem Ergebnis, dass das Verhältnis der Jugendlichen zu den Eltern im Vergleich zu den Jahren 1980/81 bzw. 1994 offener geworden ist. Vergleicht man jedoch die familiäre Sexualerziehung aus der Sichtweise der Eltern und der Jugendlichen, geht aus der Studie hervor, dass die Eltern ihre Informations- und Beratungstätigkeit quantitativ deutlich höher einschätzen als ihre Kinder. Insgesamt zeigt die Untersuchung, dass Sexualität und Aufklärung in den Familien in einem größeren Umfang ein gemeinsames Gesprächsthema ist als noch in den 80er Jahren. (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1994; BZgA, 1994) Jedoch zeigt die Studie von Nöstlinger und Wimmer-Puchinger (1994), dass es Jugendlichen häufig schwerfällt, in der Familie über Sexualität zu sprechen. Aber nicht nur Jugendlichen fällt die Kommunikation über sexuelle Themen nicht leicht. Es gibt nach wie vor zahlreiche Eltern, die Hemmungen haben, mit ihren Kindern über

die Thematik „Sexualität“ zu sprechen, da es sich nach wie vor, wenn auch nicht mehr so intensiv wie früher, um ein Tabuthema handelt. Weidinger (Goebel et al., 2009) vom Österreichischen Institut für Sexualpädagogik macht mit ihrer Aussage deutlich,

„ [...] Kindern wird erklärt, was eine Nase ist, was die Ohren sind, aber der Bereich ‚da unten‘ wird ausgeklammert [...]“,

wie es vielen Kindern bzw. Jugendlichen mit dem Umgang von Körperbewusstsein ergeht. Die Tabuisierung und die damit einhergehende Verwirrung über die Zustände „da unten“ setzen sich oft bis ins Erwachsenenleben fort. (Goebel et al., 2009) Nöstlinger und Wimmer-Puchinger (1994) sprechen sogar davon, dass viele Eltern die Tatsache, dass ihre Kinder schon sexuell aktiv sind, verdrängen bzw. davon ausgehen, dass Sexualerziehung Jugendliche dazu verführt, frühzeitiger und häufiger sexuell aktiv zu sein. Tatsächlich belegen Studien, dass Jugendliche, die in einem offenen Klima sachlich und gefühlsauthentisch informiert werden, sexuell vorsichtiger und verantwortungsbewusster sind (Osthoff, 1999; Welling et al., 1996). Es ist wichtig, eine geeignete Ebene zu finden, um mit seinen Kindern über Sexualität zu sprechen, um diese als „normal“ zu erleben und ihnen das Rüstzeug für eine verantwortungsvolle und selbstbestimmte Sexualität mitgeben zu können, um ungeplante Schwangerschaften, die Übertragung sexuell übertragbarer Krankheiten und sexuelle Gewalt zu vermeiden bzw. diesen Dingen präventiv entgegenzuwirken. Eltern sollten altersadäquat und den Bedürfnissen ihrer Kinder entsprechend dialogisch, sexualpädagogisch, erzieherisch handeln, als Vorbilder fungieren und ihre Kinder zur Mündigkeit befähigen.

Reim-Hofer und Mayer (2010) schlagen vor, einmal pro Jahr einen Workshop für Eltern im Rahmen eines Elternabends zu veranstalten, in dem die Eltern auf den aktuellen Informationsstand gebracht werden und sie eine Grundbasis erhalten, um ihre Kinder altersadäquat und geschlechtsspezifisch aufzuklären zu können. Positiver Nutzen dieser Veranstaltung soll sein, das Verständnis zwischen Eltern und ihren Kindern zu verbessern. Die Schnittstelle zwischen Eltern und Pädagogen bzw. auch ÄrztInnen, besser gesagt, die Schaffung einer solchen, sollte im Bereich Prävention und Intervention nicht unterschätzt werden.

3.2.3.1.2 Die Rolle der Institution Schule und externer ExpertInnen

„Sexualerziehung“ wurde als Grundsatzерlass erstmals im Februar 1970 vom Bundesministerium für Unterricht herausgegeben, in den 90er Jahren aktualisiert und seit 1994 ist sie in den österreichischen Lehrplänen als Unterrichtsprinzip verankert (Haller, 1994). Dies bedeutet, dass Sexualerziehung in alle Gegenstände einfließen und fächerübergreifend erfolgen sollte. Sexualerziehung sollte sowohl auf der Informationsebene (Fachinformationen aus Medizin und Biologie bereitstellen) als auch auf der emotionalen und sozialen Ebene altersadäquat erfolgen und somit die Lebenswelt der Jugendlichen mitberücksichtigen. (Weidinger et al., 2007) Die Jugendlichen müssen dort abgeholt werden, wo sie gerade stehen, d. h., dass die einzelnen Themenbereiche dann besprochen werden sollen, wenn sie aus persönlichen Gründen für die Jugendlichen aktuell sind. Andernfalls geht man am Kerngedanken vorbei und erreicht die jungen Leute kaum, da sie sich Details schlechter merken, wenn diese keine Rolle für sie spielen (Weidinger et al., 2007). Ferner sollte eine jugendgerechte Sprache und vielfältige Methoden zur interessanten und spannenden Wissensvermittlung, je nach den Bedürfnissen der Jugendlichen, verwendet werden. Man sollte keineswegs vom erreichten sexualbiologischen Entwicklungsstand (z. B. Menarche) auf sexuelle Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Jugendlichen schließen. Aber auch der umgekehrte Schluss ist nicht zulässig. Diese Gratwanderung stellt eine besonders große Herausforderung für PädagogInnen, Eltern und BetreuerInnen dar. (Haller, 1994)

Warum Sexualerziehung gerade in der Institution Schule von Bedeutung ist, ist augenscheinlich, beachtet man den Umstand, dass man in der Schule eine große Zahl an Jugendliche erreicht. Des Weiteren sollte die Institution Schule als Lernort für das Leben aufgefasst werden. Laut der Studie „Face of Global Sex Report“ (2010) erhalten die Jugendlichen in Österreich im Alter von etwa 11,5 Jahren (Durchschnittsalter) im Rahmen des Sexualkundeunterrichts Informationen zu Sexualität und Aufklärung. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (z. B. Italien – 15,3 Jahre) findet in Österreich institutioneller Sexualkundeunterricht bereits in der Unterstufe statt.

Institutioneller Sexualkundeunterricht sollte den Jugendlichen altersgemäß Themen wie den Schutz vor Krankheit und Gewalt, Verhütung und Verhütungsmethoden sowie ihrem Zugang, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Elternschaft, Informationen zur sexuellen Ent-

wicklung von Frauen und Männer, zur reproduktiven Gesundheit wie auch emotionale Aspekte wie Gefühle, Einfühlungsvermögen, Nähe, Liebe, Wertschätzung und Respekt näher bringen und aushandeln. Eine ganzheitliche „Sexualerziehung“ geht über das Gespräch hinaus, sie schließt auch Handlungen wie beispielsweise die Durchführung von Projekten, das Zuziehen von schulexternen sexualpädagogischen ExpertInnen und GynäkologInnen, den Besuch von Museen, das Ansehen von Filmreportagen mit ein. Den Jugendlichen sollte die Möglichkeit einer nach Geschlecht getrennten Sexualerziehung, wenn dies gewünscht wird, gegeben werden, um Defizite, Gefühle, Fragen und dergleichen innerhalb eines geschützten Rahmens aufgreifen zu können, um einem blockierenden Schamgefühl oder auch einer möglichen Machtauswirkung entgegenwirken zu können.

Jugendliche sollten durch den Unterricht zur bewussten Auseinandersetzung mit den jeweiligen Themen, zu kritischem Denken und Handeln und zu einem kritischen Umgang mit sexuellen Klischees angeregt werden. Die eigene bewusste Körper- und Gefühlswahrnehmung der Jugendlichen sollte gefördert werden. Es ist wichtig, den Jugendlichen zu zeigen, dass sie ihre Fragen, Ängste und Sorgen zu diesem Thema äußern dürfen und dass diese „normal“ sind. Sie sollten erleben, dass Sexualität ein normales Gesprächsthema sein kann. Viele Lehrpersonen fühlen sich diesen Anforderungen nicht gewachsen. Jedoch sind eine offene Kommunikation und der unbefangene Umgang mit sexuellen Bedürfnissen und Wünschen enorm wichtig. Fühlen sich Lehrpersonen oder Eltern mit diesen Dingen überfordert, ist es wichtig, dass Personen herangezogen werden, denen es möglich ist, den Jugendlichen offen, umfassende und sachgerechte Informationen zum Sexualbereich zu geben, sei es durch Projekte mit GynäkologInnen, mit ausgebildeten SexualpädagogInnen oder anderen geeigneten Gesprächspersonen. Somit ist auch eine gewisse Anonymität gegeben, die es den Jugendlichen ermöglicht, offene Fragen zu stellen und über Themen zu sprechen, die ihnen am Herzen liegen oder über die sie sich sonst nicht sprechen trauen.

Auch in der Literatur wird darauf hingewiesen, dass ein qualitativ hochwertiger, vielseitiger und offener Sexualkundeunterricht einen positiven Einfluss auf das Sexual- und Verhütungsverhalten und die Einstellung zur Sexualität der Jugendlichen hat. Immer wieder wird befürchtet, dass Jugendliche durch Sexualaufklärung eher Sex haben als jene, die noch nicht aufgeklärt wurden. Studien haben aber gezeigt, dass gerade das Gegenteil der Fall ist und

aufgeklärte Jugendliche vielmehr später sexuell aktiv werden und sich eher durch geeignete Verhütungsmittel schützen und weniger risikobereit sind. (Jones, 1985; Kirby et al., 2007; Kvaem et al., 1996; Mellanby et al., 1995)

Von Bedeutung ist, dass Jugendliche lernen, ihre Wünsche, Träume, Ängste, Bedürfnisse und Befürchtungen zu verbalisieren. Dies ist nur möglich, wenn sich die Jugendlichen wohlfühlen. Es muss eine Atmosphäre geschaffen werden, in der sich die Jugendlichen auch ernst genommen fühlen. Oft ist ihnen dies mit den Lehrpersonen, die zugleich Autoritätspersonen und „Notengeber“ sind, nicht möglich. Daher ist das Zuziehen von schulexternen Personen, wie eben SexualpädagogInnen und ÄrztInnen eine gute Möglichkeit, um Ansprechpersonen für die Jugendlichen zu finden, im Grundsatzerlass des Bildungsministeriums für Unterricht sogar empfohlen. Verschiedene Studien haben belegt, dass Sexualerziehung, wenn sie möglichst vielseitig, und durch mehrere geeignete Personen erfolgt, das heißt, wenn LehrerInnen, SexualpädagogInnen, ÄrztInnen und Eltern eng zusammenarbeiten, die größten und positivsten Effekte bei den Jugendlichen erzielt (Visser/Van Bilsen, 1994).

In der Realität zeichnet sich jedoch jene Situation ab, dass sich kaum eine Pädagogin/ein Pädagoge für die Thematik zuständig fühlt. Experten sind sich einig:

„[...] die Vernachlässigung der emotionalen Aspekte zugunsten theoretischer und dementsprechend distanzierter Abhandlungen, die vor allem anatomische Details thematisieren. Diskussionen um gesellschafts-politische Themen wie Homosexualität, Internet-Pornografie, die Pille danach werden nur von besonders engagierten Lehrern geführt. Das Thema Sex werde in den Schulen generell viel zu negativ vermittelt [...] Es werden fast nur die Unlustthemen wie Geschlechtskrankheiten und Verhütungspannen behandelt. Das dargebotene Wissen bleibt abstrakt, unemotional und hat keinen Bezug zum realen Leben [...]“ (Goebel et al., 2009)

Es zeigt sich, dass die emotionale Seite von Sexualität, die Gefühlsebene, weitgehend aus dem Spiel gelassen wird. Aufklärung und Sexualerziehung erfolgen meist nicht altersadäquat bzw. nach den Bedürfnissen und Wünschen der SchülerInnen, die im Zentrum der Über-

legungen stehen sollten. Der schulische Aufklärungsunterricht geht meist an den tatsächlichen Bedürfnissen der SchülerInnen vorbei, weil viele noch keine aktuelle Anwendung für das dargebotene Wissen haben. Daher stellt sich die Frage, wozu die Jugendlichen Informationen im Gedächtnis behalten sollten, die aktuell für sie nicht relevant sind, bzw. sind sie oftmals gar nicht dazu in der Lage, die objektive und lebensfremde Darstellung auf ihr eigenes Handeln umzulegen. Nach Wimmer-Puchinger (zitiert nach Goebel et al., 2009) hat es keinen Sinn, Kinder bzw. Jugendliche zu früh und zu detailliert aufzuklären, weil vieles noch nicht verarbeitet werden kann. Die geeigneten Zeitpunkte werden von den Kindern bzw. Jugendlichen selbst vorgegeben, müssen von den PädagogInnen und Eltern nur erkannt werden. (Goebel et al., 2009) Zusätzlich verhindern widersprüchliche Informationen und die Verbreitung von falschen Informationen durch Medien und Peers eine selbstbestimmte und verantwortungsvolle Sexualität zu entwickeln.

Sich diesen Dingen bewusst zu sein, ist in der präventiven Arbeit mit Jugendlichen von enormer Bedeutung. Es geht vor allem darum, eine nachhaltige Sexualerziehung zu ermöglichen, denn Sexualekundeunterricht ist kein „Crash-Kurs“, sondern ein langer, kontinuierlicher Prozess. Des Weiteren ist es von Bedeutung, die Rahmensituation der Jugendlichen in diesen Prozess miteinzubeziehen, um den Stellenwert von Liebe, Familie und Schwangerschaft und ihre Auswirkung auf ihr Leben nachvollziehen zu können. Ein Schritt in Richtung einer zeitgemäßen Sexualpädagogik stellen Workshops dar, die von ausgebildeten und pädagogisch sowie didaktisch erfahrenen SexualpädagogInnen beispielsweise nach einer sehr partizipativen Methode geleitet werden. (Goebel et al., 2009)

Es ist von großer Bedeutung, dass Sexualerziehung kontinuierlich, altersadäquat, jugendzentriert, im Dialog, offen und klar erfolgt. Daher sollte man den Jugendlichen das Gefühl geben, dass sie jederzeit mit ihren Fragen und Bedürfnissen auf ein offenes Ohr treffen. Ferner sollte man ihnen Möglichkeiten und Wege aufzeigen, ihnen Anlaufstellen und Beratungsstellen vorstellen und empfehlen, an die sie sich wenden können. Neben den Beratungsstellen sind auch Broschüren, Bücher oder Online-Beratungen für Jugendliche ein gutes Angebot, einen verantwortungsbewussten Umgang mit dem eigenen Körper und seiner Sexualität zu entwickeln.

3.2.4 Kontrazeption in der Adoleszenz

Verwirrt von der enormen Vielfalt an Möglichkeiten der Kontrazeption, ist es nicht nur für junge Mädchen nicht einfach, ein für sie geeignetes Verhütungsmittel zu finden. Daher wird in diesem Abschnitt der Arbeit ein kurzer Überblick darüber gegeben, worauf man bei der Wahl der Verhütungsmethode achten sollte. Des Weiteren soll das Kontrazeptionsverhalten junger Mädchen reflektiert werden, da es sich bei einer Schwangerschaft in der Adoleszenz um eine meist nicht bewusst vorgenommene Entscheidung bzw. Planung handelt, und es folglich Gegenstand der empirischen Forschung zur Entstehung ungeplanter Schwangerschaften in der Adoleszenz ist.

3.2.4.1 Wissen um eine geeignete Kontrazeption

Im Elternhaus und der Schule wird heute großteils über das Verhütungsverhalten der Jugendlichen gesprochen, über die Häufigkeit oder die Qualität solcher Gespräche ist allerdings wenig bekannt. Aus der Studie der BZgA (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1994) über Sexualität und Kontrazeption Jugendlicher geht hervor, dass etwa die Hälfte aller Jugendlichen über geeignete Verhütungsmittel und ihre Anwendung aufgeklärt wurden. Weiters zeigt die Studie, dass Jugendliche, die intime Freundschaftsbeziehungen haben, weitaus häufiger über Mittel und Methoden der Kontrazeption seitens der Eltern informiert wurden als diejenigen ohne Partner/in. Fest steht auch, dass Jugendliche, die aus einem sexualfeindlichen Elternhaus kommen, in dem über Verhütung und Sexualität nicht gesprochen wird, ein weitaus höheres Risiko haben, im Jugendalter schwanger zu werden. (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1994)

Um eine ungeplante Schwangerschaft zu vermeiden, ist eine altersgerechte Information über die jeweils geeigneten Kontrazeptionsmethoden und ihrer Anwendung jedoch unerlässlich. Kriterien für die Eignung von Kontrazeptiva stellen nach Meisenbacher (2006) einerseits Sicherheit und Zuverlässigkeit dar, welche anhand des sogenannten „Pearl Index“ gemessen werden. Der „Pearl-Index“ stellt eine Methode zur Berechnung der Versagensquote von Kontrazeptiva nach Raymond Pearl (1932) dar. Er gibt demnach an, wie sicher eine Verhütungsmethode ist. Er zeigt an, wie viele Schwangerschaften von 100 sexuell aktiven

Paaren, innerhalb eines Jahres eintreten. Als Faustregel gilt: Je kleiner der „Pearl-Index“ ist, desto sicherer ist die jeweilige Verhütungsmethode. Die Angaben des „Pearl Index“ sind jedoch lediglich als Richtwerte zu verstehen, da er häufig nur die „theoretische“, nicht aber die „praktizierte“ Sicherheit wiedergibt. Andererseits spielen die leichte Handhabbarkeit, die Preisgünstigkeit, die Reversibilität bei Kinderwunsch und die Verträglichkeit für die Wahl einer Verhütungsmethode eine große Rolle. (Meisenbacher, 2006) Laut Anthuber (2002) sollte ein Verhütungsmittel nach individuellen, personen- und situationsbezogenen Gegebenheiten gewählt werden.

3.2.4.2 Kontrazeptionsverhalten

Studien belegen, dass sich das Verhütungswissen- und -verhalten der Jugendlichen in den letzten Jahren insgesamt gesehen verbessert hat. Laut einer Studie der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung (Weidinger et al., 2001) ist das Verhütungsverhalten österreichischer Jugendlichen im internationalen Vergleich als relativ gut einzustufen, denn der Großteil der Jugendlichen weiß über Verhütungsmittel Bescheid und nützt diese auch. Dies belegt auch die Studie von Kirby (2010), nach der die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen beim Geschlechtsverkehr verhütet. Nach Kodelitsch und Ornetzeder (2011) verwenden lediglich 7,6% der 15-jährigen Jugendlichen kein Verhütungsmittel. Dieses Ergebnis wird von der Studie der BZgA (2010) gestützt, bei der 8% der 14- bis 17-Jährigen angaben, beim ersten Mal nicht verhütet zu haben. Die Befragung des Projekts YoungMum ergab, dass die Jugendlichen am ehesten die Pille und das Kondom als Verhütungsmittel kennen und verwenden (Reim-Hofer/Mayer, 2010). Auch Studien, wie die der BZgA zum Verhütungsverhalten deutscher Jugendlichen zeigen, dass zwischen 93% und 95% der 14- bis 17-jährigen Mädchen beim jüngsten Geschlechtsverkehr „sicher“, das heißt mit Pille und/oder Kondom verhütet haben. Weiters zeigen Studien, dass sich mit zunehmender sexueller Erfahrung auch das Verhütungsverhalten verbessert. Die Zahl derjenigen Jugendlichen, die beim Geschlechtsverkehr nicht verhütet haben, hat sich seit den 80er Jahren halbiert und liegt bei 8% der weiblichen und 16% der männlichen Jugendlichen, was darauf schließen lässt, dass immer noch viele Jungen die Verhütung als Angelegenheit der Mädchen erachten. (Schmidt-Tannwald/Kluge, 1994) Jugendliche sind sich nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung heutzutage ihrer Sexualität bewusst, sind besser aufgeklärt und

schützen sich beim ersten Sex deutlich häufiger als noch vor 25 Jahren (BZgA, 2006). Während die Mädchen beim ersten Koitus noch mit Kondom (65%) verhüten, verwenden sie mit zunehmend fester Partnerschaft orale Kontrazeptiva (71%) (BZgA, 2002). Für Österreich liegen ähnliche Zahlen bezüglich des Sexualverhaltens Jugendlicher vor. Nach Nöstlinger und Wimmer-Puchinger (1994), die 1.801 Jugendliche zu ihrem Sexualverhalten befragten, gaben 74% der österreichischen Jugendlichen an, beim ersten Geschlechtsverkehr verhütet zu haben. Ein ähnliches Ergebnis zeigt die Studie von Face of Global Sex (2010), in der 80,3% (828,7 von 1032) der Jugendlichen angaben, beim letzten Geschlechtsverkehr ein Verhütungsmittel verwendet zu haben. 64,4% der österreichischen Jugendlichen benutzten zur Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom, um sich vor Geschlechtskrankheiten und ungeplanten Schwangerschaften zu schützen (Face of Global Sex, 2010). Auch Nöstlinger und Wimmer-Puchinger (1994) zeigen in ihrer Untersuchung eine Verschiebung des Verhütungsverhaltens vom Kondom zur Pille mit zunehmender sexueller Erfahrung.

Dass die Ergebnisse über das sexuelle Wissen, welches uns die zahlreichen Studien liefern, als relativ zu betrachten sind, ist augenfällig, denn das Wissen über Sexualität, über den eigenen Körper, das eigene Reproduktionssystem und Verhütung ist immer noch gering, die Illusion etwas zu wissen dagegen groß. Ungeachtet dem Umstand, dass Jugendliche gegenwärtig durch diverse Möglichkeiten der Informationsbeschaffung und -verbreitung, durch die Medien, die Aufklärung in den Schulen und die Eltern, „aufgeklärter zu sein scheinen“ als noch in den letzten Generationen, herrschen nach wie vor großes Unwissen und Unsicherheit unter den Jugendlichen, was Verhütung von ungeplanten Schwangerschaften sowie sexuell übertragbaren Krankheiten und Infektionen betrifft (ÖGF, 2008). Denn die Korrektheit der Information hängt im Wesentlichen von der Qualität der Medien bzw. der Qualität der Informationen der Bezugspersonen ab und führt bei unzureichender Bewertungs- und Auswahlkompetenz oftmals zu Fehleinschätzungen und Missverständnissen.

Die BZgA (2010), Thoß et al. (2006) und andere Studien nennen als einen der Hauptgründe für eine ungeplante Schwangerschaft die mangelhafte bzw. falsche Verwendung von sicheren Verhütungsmitteln. Darunter fallen Schwierigkeiten bei der Kondomanwendung, Verrutschen und Platzen des Kondoms, Vergessen der Pille und dergleichen. Dass die Mehrheit, der an der Studie der Pro familia (Thoß et al., 2006) teilgenommenen Jugendlichen, in

einer Situation schwanger wurden, in der sie mit sogenannten sicheren Methoden verhüteten, weist darauf hin, dass ein Defizit an Informationen bezüglich der korrekten Anwendung vorliegt. Darüber hinaus kommt die von Pro familia (Thoß et al., 2006) durchgeführte Untersuchung zu dem Ergebnis, dass das Risiko einer Nichtverhütung deutlich höher ist, wenn die Initiative zum Geschlechtsverkehr vom Jungen ausgeht, wenn der Partner deutlich älter ist als die junge Frau, es sich um den ersten Geschlechtsverkehr mit einem neuen Partner handelt bzw. keine feste Partnerschaft besteht. Jewell et al. (2000) kommen in ihrer Untersuchung zu dem gegenteiligen Ergebnis, nämlich, dass Jugendliche, welche sich laut eigenen Angaben in einer festen Beziehung befinden, eher nicht verhüten. Ferner zeigen junge Frauen, die aus sozial benachteiligten Gruppen stammen, ein riskanteres Sexualverhalten (Jewell et al. 2000; Thoß et al., 2006) und Mädchen, die sich emotionale und materielle Vorteile von einer Schwangerschaft im Jugendalter erwarten bzw. Mädchen mit schlechten Schul- und Berufsaussichten (Klapp, 2003). Ein weiterer Grund für die Nicht-Verhütung kann auch die Angst oder Scham vor dem Besuch bei einem/einer Gynäkologen/in sein. Auch die Haltung der Eltern zur Sexualität ihrer Kinder beeinflusst das Verhütungsverhalten der Jugendlichen. Die BZgA fand in ihrer Studie aus dem Jahr 2006 einen Zusammenhang zwischen dem Verhütungsverhalten der Jugendlichen und dem Umgang mit dem Thema Sexualität im Elternhaus. Der Studie zufolge ist der Anteil der Jugendlichen, die nicht verhüten, bei jenen größer, die im Elternhaus nicht über Sexualität sprechen. Die Schule spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle. Jugendliche, die keinen Sexualkundeunterricht besuchten, zeigten ein schlechteres Verhütungsverhalten als jene, die die Möglichkeit wahrnahmen, diesen zu besuchen.

Ferner scheint es, dass es den Jugendlichen schwerfällt, die neu erlebte Intimität mit dem rational zu planenden Aspekt der Kontrazeption zu vereinbaren, denn der Geschlechtsverkehr als ungeplantes, spontanes Erlebnis zur Begründung der Nicht-Verhütung wird ebenfalls genannt. (Osthoff, 1999; BZgA, 2002b) Auch Schmid-Tannwald und Kluge (1994) kommen zu dem Ergebnis, dass das Kontrazeptionsverhalten von Jugendlichen von den situativen Rahmenbedingungen abhängt. Viele der Jugendlichen rechnen bzw. haben einfach nicht damit gerechnet, dass es zum Geschlechtsverkehr kommen würde. Auch Osthoff (1999) führt die Ungeplantheit des Geschlechtsverkehrs, die Spontaneität in der Situation, zum Teil unter Alkoholeinfluss und die Hoffnung der Jugendlichen, dass nichts passieren wird, als

zentrale Faktoren der Nicht-Verhütung an. Weitere Faktoren für die Nicht-Verhütung sind nach Osthoff (1999) die Unsicherheit im Umgang mit den Verhütungsmitteln, Wissensdefizite, die Erwartung, dass der jeweilige Partner für die Verhütung sorgt, die Furcht vor Nebenwirkungen, die Furcht vor einem Frauenarztbesuch und dergleichen. Die Konsequenzen von ungeschütztem Geschlechtsverkehr werden verdrängt oder gar nicht wahrgenommen. Auch die Angst durch Gespräche über Verhütung bzw. durch Verhütung selbst, die Stimmung zu zerstören oder etwas falsch zu machen, ist groß bei den Jugendlichen. (Nöstlinger/Wimmer-Puchinger, 1994; Osthoff, 1999)

Da die sexuelle Aktivität von Jugendlichen, und vor allem die Diskrepanz zwischen immer früherer sexueller Reife und Aufklärung, ein Risiko für eine ungeplante Schwangerschaft in der Adoleszenz darstellt, ist das Wissen um eine sichere und geeignete Verhütungsmethode und ihre Anwendung bzw. eine geeignete Planungsstrategie zur Anwendung von besonderer Bedeutung. Sie sollte den Jugendlichen die Möglichkeit einer selbstbestimmten und verantwortungsvollen Sexualität eröffnen und zugleich die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung und den Erhalt der Fortpflanzungsfähigkeit der Jugendlichen ermöglichen.

3.2.4.3 Notfallverhütung – das Wissen Jugendlicher um die „Pille danach“

Die „Pille danach“ dient der Notfallverhütung nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr bzw. einer „Verhütungspanne“. Sie ermöglicht bei einer Einnahme innerhalb von 12 bis 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr eine nachträgliche Empfängnisverhütung bzw. Verhinderung einer ungeplanten oder ungewollten Schwangerschaft, indem der Eisprung verzögert bzw. verhindert wird, führt zu einer Abnahme der Gebärmutter Schleimhaut und der Verhinderung der Einnistung einer befruchteten Eizelle in der Gebärmutter. In Österreich gibt es zwei unterschiedliche Hormonpräparate, die zur Notfallverhütung zugelassen sind. Vikela/Postinor® ist seit 17.12.2009 rezeptfrei für Frauen jeden Alters in den Apotheken erhältlich. Bis zum Jahr 2010 war es für Frauen, insbesondere für junge Frauen mit großen Hürden verbunden, nach einer Verhütungspanne, die „Pille danach“ zu erhalten. Einerseits war diese rezeptpflichtig, andererseits stellten nicht alle ÄrztInnen bzw. Krankenhäuser dieses aus. Dabei spielt bei der Notfallverhütung gerade der Zeitfaktor eine große Rolle. Bei der „Pille danach“ handelt es sich keineswegs um eine Abtreibungspille wie beispielsweise

Mifegyne[®], denn eine bestehende Schwangerschaft kann mit ihr nicht abgebrochen werden. (Schweiger/Fiala, 2011) Nach Schweiger und Fiala (2011) verwenden Frauen und Mädchen die „Pille danach“ trotz des leichteren Zugangs nicht anstelle regulärer Verhütungsmittel. Seit Jänner 2010 gibt es in Österreich ein neues Medikament zur Notfallverhütung, die „Pille danach“ EllaOne[®], welche jedoch rezeptpflichtig ist. Sie kann bis zu 5 Tage nach dem ungeschützten Verkehr angewandt werden. (Schweiger/Fiala, 2011) Die „Pille danach“ ist somit eine ethisch vertretbare, sichere und wirksame Methode der Notfallskontrazeption und stellt einen hohen Zugewinn an die Selbstbestimmung der Frauen dar. Eine Studie der ÖGF stellte 2001 jedoch fest, dass das Wissen um die „Pille danach“ bzw. überhaupt ihre Existenz sehr lückenhaft ist. Lediglich 6% der Mädchen und 4% der Jungen gaben an, die „Pille danach“ zu kennen. (ÖGF, 2008) Besonders wichtig ist nun die sachliche und umfassende Aufklärung der Jugendlichen und die deutliche Klarstellung, dass es sich bei ihr lediglich um eine Notfallverhütung handelt und sie keinesfalls eine reguläre Verhütungsmethode ersetzt. (Bundesministerium für Gesundheit)

3.2.5 Soziale und psychologische Gründe einer Schwangerschaft in der Adoleszenz

Nach Häußler-Sczegan et al. (2008) spielen soziale und auch psychologisch unbewusste Komponenten wesentliche Rollen einer ungeplanten Schwangerschaft im Jugendalter. Jugendliche, die aus konflikthafter Familien stammen, in denen ein hoher Anteil der Eltern arbeitslos ist, auch die Partner ohne Arbeitsplatz bzw. Ausbildungsplatz sind und die Befragten selbst, die keine allgemeinbildende Schule mehr besuchen, ohne Arbeit bzw. Ausbildungsplatz sind, haben ein erhöhtes Risiko im Jugendalter schwanger zu werden. (Manlove et al., 2000; Furstenberg, 1989; Jewell, 2001; Spencer, 2001) Narring et al. (1996) fanden in ihrer Studie unter anderem den Grund für eine frühe Schwangerschaft in der Abwesenheit der Eltern, d. h., dass die jungen Mädchen bereits alleine bzw. bei einem Partner wohnten. Laut Osthoff (1999) sind Schwangerschaften im Jugendalter in erster Linie nicht Ursache, sondern Folge massiver psycho-sozialer Probleme. Psychische Gründe für die Entstehung einer Schwangerschaft in der Adoleszenz sind oftmals sehr komplex und schwer zu erfassen. Die Motive können positiver Art sein wie der Wunsch, nicht mehr alleine zu sein. Die Vorstellung einer intakten Familie wird häufig romantisiert. Die Beziehung zum Kind soll fehlende emotionale Beziehungen ersetzen, unerträgliche Familiensituationen auflösen, Ein-

samkeit überwinden, Geborgenheit und das Gefühl gebraucht zu werden, vermitteln. Auch die Vorstellung durch eine Schwangerschaft die bestehende Beziehung aufrecht zu erhalten, ist in vielen Köpfen verankert. (Osthoff, 1999) In der Vorstellungswelt der Jugendlichen wird aber nicht wahrgenommen, dass die Verbindlichkeiten, Aufgaben und Überforderungen, die mit einer Schwangerschaft im Jugendalter einhergehen, unstabile Beziehungen zerschlagen. (Roeder, 1994) Viele der jungen Mädchen sehen, gerade jene aus sozial schwächeren Schichten, eine Schwangerschaft als Möglichkeit sich als sozial vollwertig zu fühlen, eine anerkannte festgeschriebene Rolle in der Gesellschaft zu haben. Dieser Status soll Orientierung und Sicherheit bieten. Die ungeplante Schwangerschaft kann einen Lösungsversuch familiärer Konflikte darstellen (Abgrenzung vom Elternhaus und Selbstgestaltung von Familie, Wunsch nach emotionaler Wärme und Stabilität). Ein weiteres Motiv ist die Persönlichkeitsentwicklung, das Erwachsensein (Partnerbindung, Selbstständigkeit, Verantwortungsübernahme, Aufmerksamkeit und Beachtung, Statusaufwertung, Sinn bzw. Aufgabe im Leben). (Narring et al., 1996) Eine Schwangerschaft steigert somit das Selbstbewusstsein der jungen Frauen. Ähnlich verhält es sich bei Schwangerschaften in sogenannten Schwellensituationen, die zurzeit von Schwierigkeiten im Beruf, bei Problemen in der Schule oder Ausbildung eintreten. Die Rolle der Mutterschaft legitimiert somit einen Ausstieg aus ungeliebten Tätigkeiten. Die Schwangerschaft kann somit als unbewusste Flucht vor einer möglichen belanglosen Zukunft durch ein geringes Bildungsniveau gesehen werden. (Häußler-Sczegan et al., 2008; Osthoff, 1999; Reim-Hofer/Mayer, 2010) Nach einer Untersuchung von Thoß et al. (2006) hat die Schulbildung einen massiven Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, minderjährig schwanger zu werden. Jugendliche, die eine Hauptschule besuchten, hatten ein fünfmal so hohes Risiko minderjährig schwanger zu werden, wie eine Gymnasiastin. Geringe Schulbildung erhöht augenscheinlich das Risiko einer Jugendschwangerschaft. Nichtsdestotrotz ist darauf hinzuweisen, dass der Schultyp nicht zwangsläufig einen Rückschluss auf die Bildung zulässt und man diese Ergebnisse differenziert betrachten muss. Aber auch negative Motive wie die Rache am Freund oder den Normen und Maßregelungen der Eltern können für eine Schwangerschaft in der Adoleszenz verantwortlich sein, die sich durch die Schwangerschaft als Trotz manifestiert. Manche Jugendliche finden auch Gefallen an der Vorstellung, durch die Schwangerschaft im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Freunde zu stehen. (Dörr/Rascher, 2006)

Trotz der Möglichkeiten der finanziellen und sozialen Unterstützung, die die Jugendlichen vom österreichischen Staat zur Verfügung gestellt bekommen, kommen viele aus dieser Spirale der Benachteiligung nicht heraus, was einerseits an mangelnder Information der beratenden Stellen und andererseits auch an mangelnder Kompetenz der Jugendlichen zu diesen Informationen zu gelangen, liegt.

3.3 Schwangerschaft in der Adoleszenz – worin liegen denn nun eigentlich die Probleme bzw. Risiken?

In Anbetracht der Tatsachen, dass die Anzahl an Schwangerschaften im Jugendalter in Österreich seit den 1970er Jahren kontinuierlich rückläufig ist, Vorsorge- bzw. Gesundheitsmaßnahmen einer stetigen Verbesserung unterliegen, Stigmatisierung und Diskriminierung unehelicher Kinder im Recht beseitigt wurden, sich Moralvorstellungen und sexuelle Verhaltensnormen deutlich liberalisiert haben, es vor Jahrzehnten als normal betrachtet wurde, jung zu heiraten und Kinder zu bekommen, stellt sich die Frage, worin nun genau die Probleme bzw. Risiken einer frühen Mutterschaft liegen.

Im Hinblick auf verschiedene Risikofaktoren einer Schwangerschaft in der Adoleszenz erscheint es sinnvoll, im Rahmen dieser Arbeit eine Einteilung in medizinisch-biologische, psychologische und soziale Risiken vorzunehmen.

3.3.1 Medizinisch-biologische Risiken

Trotz intensiver Versorgung und Überwachung, dank der modernen Geburtshilfe in industrialisierten Ländern, zählen Schwangerschaft und Geburt auch heute noch zu den risikoreichsten Ereignissen im Leben einer Frau. Schwangerschaften in der Adoleszenz werden in der Literatur meist per se als Risikoschwangerschaften eingestuft. Dies bedeutet, dass das Risiko von Komplikationen während der Schwangerschaft größer ist als bei anderen Schwangerschaften. Diese Klassifizierung dient im medizinischen Verständnis in erster Linie der optimalen Betreuung und Untersuchung der Jugendlichen, um mögliche Komplikationen so früh wie möglich zu erkennen und abzuwenden. Durch diese wird es weiters möglich, dass zusätzliche Leistungen wie beispielsweise häufigere Untersuchungen durch den/die

Gynäkologen/in von der Krankenkasse und dem Staat übernommen werden, die die finanziellen Möglichkeiten der jungen Mütter meist übersteigen würden. Neben der medizinischen Betreuung spielt die emotionale und soziale Betreuung durch geeignete Beratungsstellen und auch durch die Familie eine große Rolle, um das Risiko möglicher Komplikationen möglichst gering zu halten.

Die medizinisch-biologischen Risiken und Komplikationen einer adoleszenten Schwangeren während des Schwangerschaftsverlaufs und der Geburt werden in der Literatur kontrovers diskutiert. Schwangerschaften in der Adoleszenz wurden lange Zeit per se als Risikofaktor für negative perinatale und negative Langzeitfolgen angesehen. (UNICEF, 2001) Studien, die über erhöhte medizinische Risiken bei jugendlichen Schwangeren berichten wie beispielsweise schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck, Anämien, Infektionen, Blutungen, Schwangerschaftsdiabetes, Frühgeburt, erhöhte Mortalitäts- und Morbiditätsraten der Mütter sowie ihrer Kinder stammen meist aus Ländern wie den USA bzw. Großbritannien, deren Daten von Jugendlichen ethnischer Minderheiten bzw. Jugendlichen aus Armenvierteln stammen. Diese Jugendlichen sind meist von vornherein sozial benachteiligt und haben einen schlechteren Zugang zum jeweiligen Gesundheitswesen. Ferner ist die Periode aus der die Studien stammen zu beachten, denn Gesundheitssysteme vor einigen Dekaden sind mit den heutigen Standards nicht vergleichbar. Auch innerhalb derselben Periode ist ein Vergleich oft schwierig, da sich die Gesundheitssysteme und Standards auch zwischen sogenannten entwickelten Ländern oftmals deutlich unterscheiden. Aus diesem Grund sind ein Vergleich und eine Analyse bzw. eine Interpretation von Ergebnissen diverser Studien immer differenziert zu betrachten. (Kirchengast, 2003) Im Folgenden sollen einige medizinisch-biologische Risiken, die im Zuge einer Schwangerschaft auftreten können, dargestellt, und im Zusammenhang mit dem Alter der Mutter diskutiert werden.

3.3.1.1 Antenatale schwangerschaftsbedingte Komplikationen

3.3.1.1.1 Bluthochdruck

Von einer Hypertonie (Bluthochdruck) spricht man, wenn ein Blutdruck von über 140/90 mmHG vorliegt. Diese kann unabhängig von der Schwangerschaft durch eine bereits vorher

bestehende Erkrankung, oder aber durch die Schwangerschaft selbst bedingt sein. Von einer schwangerschaftsbedingten Hypertonie spricht man, wenn sie nach der 20. SSW aufgetreten ist. Besteht zusätzlich zum erhöhten Blutdruck eine Proteinurie, eine übermäßige Ausscheidung von Eiweiß über den Urin, und kommt es zu einer Flüssigkeitseinlagerung im Körper, spricht man von einer Präeklampsie. Die Häufigkeit dieser Krankheit liegt bei etwa 5% aller Schwangerschaften, die im Normalfall gut zu behandeln ist. Aus einer Präeklampsie kann sich jedoch eine Eklampsie entwickeln, bei der es sich um tonisch-klonische Krämpfe und oder einer tiefe Bewusstlosigkeit handelt. Prädisponierende Faktoren für eine Präeklampsie sind unter anderem eine positive Familienanamnese, Gerinnungsstörungen, chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Hypertonie, Primigravidität, Mehrlingschwangerschaft, Rhesusinkompatibilität, Adipositas und dergleichen. (Rath, 2005)

Orvos et al. (1999) sprechen von einem erhöhten Risiko für schwangerschaftsbedingte Hypertonie bei adoleszenten Schwangeren. Perry et al. (1999) und andere Autoren (Gupta et al., 2008; Haerty et al., 2005; Hammad et al., 2008; Hampton/Powell, 1999; Jolly et al., 2000; Kuchenbecker et al., 2003; Lao/Ho, 2000; Plöckinger et al., 1996) hingegen gelangen in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass jugendliche Schwangere, darunter auch jene, die jünger als 16 Jahre waren, kein erhöhtes Risiko gegenüber älteren Schwangeren betreffend dieser Komplikation hatten.

3.3.1.1.2 Schwangerschaftsbedingte Anämie

Unter schwangerschaftsbedingter Anämie (Blutarmut) versteht man einen Mangel an roten Blutkörperchen und damit einhergehend eine unzureichende Hämoglobinkonzentration. Eisenmangel ist einer der häufigsten Ursachen für die Schwangerschaftsanämie. Die roten Blutkörperchen nehmen in der Lunge Sauerstoff auf und versorgen die Zellen der verschiedenen Gewebe mit diesem Gas, um Energie zu gewinnen. Dabei wird Kohlendioxid gebildet, das wiederum von den roten Blutkörperchen zur Lunge transportiert wird, wo es abgeatmet werden kann. Sind nicht genügend rote Blutkörperchen im Blut vorhanden, wird weniger Sauerstoff von der Lunge zu den Körperzellen transportiert und dem Körper steht dadurch weniger Energie zur Verfügung. Eine schwangerschaftsbedingte Anämie tritt vor allem durch einen zunehmenden Bedarf an Wachstums- bzw. Baustoffen für die Blutbildung

des Kindes auf. Bleibt die Anämie unbehandelt, leiden Mutter und Kind an Sauerstoffmangel, wodurch es zu einer größeren Rate an Fehl- und Frühgeburten und zu einer höheren Säuglingssterblichkeit kommt. (Rath, 2005)

Gupta et al. (2008), Jolly et al. (2000) und Raatikainen et al. (2005) berichten in ihren Studien über ein erhöhtes Auftreten von Anämien bei adoleszenten Schwangeren. Sie gehen davon aus, dass diese durch einen Mangel an Nährstoffen hervorgerufen werden. Perry et al. (1999) und andere Autoren (Hammad et al., 2008) gelangen in ihren Studien zu konträren Ergebnissen. Jugendliche Schwangere, darunter auch jene, die jünger als 16 Jahre waren, hatten betreffend dieser Komplikation kein erhöhtes Risiko gegenüber älteren Schwangeren.

3.3.1.1.3 Infektionen

Von einer Infektion spricht man, wenn Krankheitserreger in einen Organismus eindringen und sich dort vermehren. Infektionen haben als Morbiditäts- und Mortalitätsursachen für Mutter und Kind eine große Bedeutung in der Geburtsmedizin. Die Unreife der Gebärmutter oder ihrer Durchblutung kann das Risiko einer Infektion erhöhen. Infektionen in der Frühschwangerschaft können Ursache für Aborte und Fehlbildungen sein. Im 2. und 3. Trimenon (Schwangerschaftsdrittel) können sie für vorzeitige Wehen, einen vorzeitigen Blasensprung, Frühgeburtlichkeit, Chorioamnionitis (Infektion der Eihäute), Wachstumsretardierung, intrauterinen Fruchttod und dergleichen verantwortlich sein. Daher ist eine frühzeitige Erkennung von Infektionen in der Schwangerschaft sowie ihrer Vermeidung durch präventive Maßnahmen wie Impfungen von großer Bedeutung. (Rath, 2005)

Während Jolly et al. (2000) von erhöhten Infektionsraten der Harnwege bei jugendlichen Schwangeren berichten, gelangen Perry et al. (1999) und andere Autoren (Hammad et al., 2008) in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass jugendliche Schwangere, darunter auch jene, die jünger als 16 Jahre waren, kein erhöhtes Risiko gegenüber älteren Schwangeren betreffend dieser Komplikationen hatten. Wobei anzumerken ist, dass Jolly et al. (2000) nur in diesem Bereich erhöhte Raten feststellten, in anderen Bereichen wurden keine erhöhten Raten an Infektionen wie z. B. Infektionen des Genitaltraktes festgestellt.

3.3.1.1.4 Placenta praevia

Unter Placenta praevia versteht man eine Fehllage des Mutterkuchens innerhalb der Gebärmutter, welcher normalerweise seitlich an der Gebärmutter liegt und das Kind über die Nabelschnur versorgt. Durch diese Fehllage versperrt sie entweder ganz oder teilweise den Muttermund und damit den Geburtskanal. Dies führt oft zur Notwendigkeit eines Kaiserschnitts. (Rath, 2005)

Perry et al. (1999) und andere Autoren (Hampton/Powell, 1999) gelangen in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass jugendliche Schwangere, darunter auch jene, die jünger als 16 Jahre waren, betreffend dieser Komplikation kein erhöhtes Risiko gegenüber älteren Schwangeren hatten.

3.3.1.1.5 Schwangerschaftsdiabetes

In einigen Fällen kann es zum Auftreten von vorübergehend durch die Stoffwechselbelastung in der Schwangerschaft hervorgerufenen Glukoseintoleranzstörung, der sogenannten Gestationsdiabetes, kommen, welcher unerkannt bei dem Ungeborenen zu starker Gewichts- und Größenzunahme und Anpassungsstörungen nach der Geburt führen und im schlimmsten Fall zum Fruchttod führen kann. (Rath, 2005)

Während Orvos et al. (1999) von einem erhöhten Auftreten von Schwangerschaftsdiabetes bei Adoleszenten berichten, gelangen Perry et al. (1999) und andere Autoren (Hammad et al., 2008; Jolly et al. 2000; Lao/Ho, 1997, 2000; Raatikainen et al., 2005) zu dem Ergebnis, dass jugendliche Schwangere, darunter auch jene, die jünger als 16 Jahre waren, gar ein geringeres Risiko gegenüber älteren Schwangeren betreffend dieser Komplikation hatten.

3.3.1.1.6 Frühgeburt, Intrauterine Wachstumsretardation (IUGR) und niederes Geburtsgewicht

Unter einer Frühgeburt versteht man eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche (Heidiger et al., 1997) beziehungsweise nach der Definition der World Health

Organisation (WHO) vor dem 260. Tag der letzten Menstruation (Mändle/Opitz-Kreuter, 2007). Die normale Dauer einer Schwangerschaft beträgt 280 Tage beziehungsweise 37 bis 40 vollendete Schwangerschaftswochen nach der letzten Menstruation. (Mändle/Opitz-Kreuter, 2007) Die Ursachen und Risiken für eine Frühgeburt sind vielfältig und lassen sich nur schwer eruieren. Häufige Gründe sind vorzeitige Wehen, vorzeitiger Blasensprung, Chorioamnionitis, Infektionen des Urogenitaltraktes, Mehrlingsschwangerschaften, akute Plazentaablösung, mütterliche Erkrankungen wie Präeklampsie, Rauchen, Drogenkonsum, (Mändle/Opitz-Kreuter, 2007), Untergewicht der Mutter (Han et al. 2011) und dergleichen. Ein geringes Geburtsgewicht und Frühgeburt zählen zu den häufigsten Ursachen für kindliche Morbidität und Mortalität (Cooper et al., 1995; Bogin, 1999; Liu, 2008). Nach Wilcox (2001) ist die Variable „Geburtsgewicht“ eine der missverständlichsten in der Epidemiologie. Dies bedeutet, dass man nicht per se davon sprechen kann, dass ein niedriges Geburtsgewicht zu schlechten gesundheitlichen Folgen führt. Man muss die Umstände, die zu dem geringen Geburtsgewicht führen, mitberücksichtigen, um fundierte Aussagen über biologische Mechanismen, die die menschliche Gesundheit implizieren, treffen zu können. In der Literatur wird nun diskutiert, ob das Alter der Mutter als zusätzlicher Risikofaktor für eine Frühgeburt ausschlaggebend sein kann. Heidiger et al. (1997) untersuchten die Relation zwischen geringem Alter (<16a vs. 18-29-Jährige) und oder der biologischer Unreife, definiert als niedriges gynäkologisches Alter, im Zusammenhang mit dem Auftreten von Frühgeburten. Sie konnten bereits vorangegangene bzw. nachfolgende Untersuchungen (Cooper et al., 1995; Fraser et al., 1995; Orvos et al., 1999, Scholl et al. 1989; Treffers, 2003) bestätigen und kommen zu dem Schluss, dass minderjährige Schwangere, speziell jene mit einem geringen gynäkologischen Alter, anfälliger für vorzeitige Wehen sind und somit einem erhöhten Risiko einer Frühgeburt unterliegen. Auch Lao und Ho (1997), Perry et al. (1999) und Jolly et al. (2000) kamen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass das Risiko frühzeitiger Wehen bei jugendlichen Schwangeren erhöht ist. In der Studie von Lao und Ho (1997) zeigte sich, dass die Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von geringem Geburtsgewicht ihrer Kinder aufwiesen. Kuchenbecker et al. (2003) berichten in ihrer Studie von höheren Raten an Frühgeburten bei Jugendlichen unter 16 Jahren, wobei kein Unterschied betreffend des Geburtsgewichtes der Neonaten festgestellt werden konnte. Gupta et al. (2008) bestätigen das erhöhte Risiko für frühzeitige Wehen, Frühgeburten und Neonaten mit geringem Geburtsgewicht bei jugendlichen Schwangeren und führten dies auf erhöhten

Zigarettenkonsum und einen geringeren sozioökonomischen Status der jungen Mütter zurück. In einer aktuellen Studie aus dem Jahr 2010 konnten Khashan et al. ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten und eine signifikante Verringerung des Geburtsgewichts von Neugeborenen bei adoleszenten Schwangeren feststellen. Chen et al. (2007) kamen ebenfalls zu diesen Ergebnissen. Wiederum finden andere Studien (Plöckinger et al., 1996; Haerty et al., 2005; Hammad et al., 2008; Raatikainen et al., 2005) kein erhöhtes Auftreten von frühzeitigen Wehen oder Frühgeburten bei jugendlichen Schwangeren. Generell kann gesagt werden, dass die Körperdimensionen und speziell das Geburtsgewicht der Neonaten wichtige Faktoren für die Gesundheit und das potenzielle Überleben der Neugeborenen in den ersten Lebensmonaten darstellt (Kirchengast/Hartmann, 2003). Kirchengast und Hartmann (2003) sowie andere Autoren (Hampton/Powell, 1999; Jolly et al., 2000; Olausson et al., 1997) konnten in ihren Untersuchungen kein erhöhtes Auftreten von Neugeborenen mit geringem Gewicht (<2500 g) bzw. ein erhöhtes Auftreten an Frühgeburten feststellen. Sie konnten jedoch zeigen, dass die Neugeborenen von sehr jungen Müttern (<16a) kleiner und leichter waren, was wiederum zu Langzeitfolgen wie Diabetes mellitus, Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Übergewicht und anderen Entwicklungs- und Funktionsstörungen innerer Organe, nach der Hypothese des fötalen Ursprungs von sich erst im Erwachsenenalter manifestierender Erkrankungen von Barker, führen kann (1992). Nach Kirchengast und Hartmann (2003) kann davon ausgegangen werden, dass das Alter sowie somatometrische Charakteristika der jungen Mütter mit dem Verlauf bzw. dem Ausgang der Schwangerschaft und der Gesundheit der Neugeborenen zusammenhängen. Somit ist im Allgemeinen anzunehmen, dass eine Kombination aus beiden das Risiko für Komplikationen während des Schwangerschaftsverlaufs bzw. der Geburt erhöht.

Aber nicht nur eine Frühgeburt kann Ursache für ein geringes Geburtsgewicht sein. Eine gemeinhin akzeptierte Hypothese für ein zu geringes Geburtsgewicht stellt die biologische Unreife der sehr jungen Mütter dar. (Bogin, 1999; Naeye, 1981; Schall et al., 1994; Scholl et al., 1994; Scholl et al., 1990) Kirchengast (2009) und Scholl et al. (1990) erwähnen das Wachstum sowie den Ernährungsstatus als die zentralen Probleme, welche die biologische Unreife der jungen Mädchen anzeigen. Scholl et al. (1990) fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass mehr als 50% der unter 15-jährigen schwangeren Mädchen während ihrer Schwangerschaft an Körpergröße zunahm, während die Neugeborenen ein geringeres

Geburtsgewicht aufwiesen. Die biologische Unreife der jungen Mutter kann sich negativ auf den Schwangerschaftsverlauf bzw. den Nachwuchs auswirken wie z. B. in Frühgeburten, einem geringen Geburtsgewicht, einer Wachstumsretardierung der Feten und dergleichen (Scholl et al., 1990). Eine Wachstumsretardation lässt sich teilweise auf erhöhte Raten an Frühgeburten bei sehr jungen Mädchen zurückführen, andererseits auf die bereits erwähnte biologisch-physiologische Unreife der Mutter. (Fraser et al., 1995; Lao/Ho, 2000) Der verbindende Faktor zwischen mütterlicher Größe und Schwangerschaftsdauer scheint die Beckendimension der jungen Mutter zu sein. (Kirchengast, 2009) Aufgrund der im Vergleich zu älteren Frauen geringeren Beckendimensionen (Bogin, 1999; Lao/Ho, 2000; Perry et al., 1999) von jungen Mädchen (<17 Jahre) wäre eine frühzeitige Entbindung eine logische Konsequenz, um das Leben von Mutter und Kind während des Geburtsvorgangs durch eine zu geringe Beckenpassage nicht zu gefährden. Diese Gegebenheit kann zu erhöhten Raten an Neugeborenen mit geringerem Gewicht bei adoleszenten Schwangeren führen. Ein anderer Grund für ein zu geringes Geburtsgewicht aufgrund einer Wachstumsretardation des Fetus ist nach Bogin (1999) die Tatsache, dass junge werdende Mütter, die sich selbst noch im Wachstum befinden, das heißt deren Längen- und Breitenwachstum des Skeletts noch nicht abgeschlossen ist, sich in einem Konkurrenzkampf um notwendige Ressourcen mit dem kindlichen Organismus befinden. Auch Naeye (1981) beschreibt in seiner Studie den Konkurrenzkampf um Nährstoffe zwischen der wachsenden Mutter und ihrem Fetus. Was wiederum kleinere und schwächere frühgeborene Kinder zur Folge hat, zu geringeren Körpergrößen der jugendlichen Schwangeren führt, da sie im Gesamtkörperwachstum zurückbleiben und nach Lao und Ho (2000) per se als perinatales Risiko beschrieben wird.

3.3.1.1.7 Kaiserschnitt

Unter einer natürlichen Geburt versteht man eine vaginale Geburt. Ist diese aufgrund verschiedener antenataler (vorgeburtlicher) Ursachen bzw. Komplikationen während des Geburtsvorgangs nicht möglich, wird das Kind per Kaiserschnitt auf die Welt geholt. Heutzutage nimmt der Trend eines geplanten Kaiserschnitts (sog. primärer Kaiserschnitt) in industrialisierten Ländern stetig zu. Dabei handelt es sich um eine geplante Operation vor Einsetzen der Wehentätigkeit und des Blasensprungs. Beim sogenannten sekundären Kaiserschnitt handelt es sich um einen Eingriff, der sich während des Geburtsvorganges ergibt. In

Entwicklungsländern mit eher schlechten medizinischen Versorgungsmöglichkeiten bzw. in denen ein Kaiserschnitt als Luxusbehandlung gilt, zeichnet sich eine andere Situation ab. In diesen Ländern ist die Sterblichkeitsrate der Frauen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft bzw. Geburt immer noch sehr hoch. (Büscher/Büscher, 2001)

Warum ein Kaiserschnitt als Geburtsmodus manchmal unumgänglich ist, hat unter anderem mit evolutiven Faktoren zu tun. Im Laufe der Entwicklung des aufrechten Gangs beim Menschen hat sich seine Beckenform und -dimension verändert. Die Dimensionen sind deutlich verkleinert. Ferner entwickelt sich das Gehirn eines ungeborenen Kindes sehr schnell, womit der Kopf in Relation zum Körper sehr groß ist. Diese Faktoren treffen bei der Geburt zusammen und führen dazu, dass die Geburt eines Kindes im Vergleich zu anderen Spezies eher langwierig und komplikationsreich verlaufen kann. Andere Gründe für einen Kaiserschnitt sind Komplikationen vor der Geburt bzw. während des Geburtsverlaufs wie beispielsweise Erkrankungen der Mutter (z. B. Bluthochdruck, Lungenkrankheiten, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems etc.), eine Beckenendlage, eine Querlage, Mehrlingsschwangerschaften, Mangelentwicklungen des Kindes, ein zu großes Kind, eine Plazenta praevia, eine Beeinträchtigung der Sauerstoffversorgung, ein Geburtsstillstand, eine Frühgeburt und dergleichen. (Büscher/Büscher, 2001)

Aus diversen Studien geht hervor (Fraser et al., 1995; Perry et al., 1999; Lao/Ho, 2000), dass bei adolescenten Schwangeren frühzeitige Wehen und geringere Beckendimensionen infolge des noch nicht abgeschlossenen Wachstumsprozesses verbreitet sind. Aufgrund dieser Feststellung könnte man davon ausgehen, dass eine Schnittentbindung bei jugendlichen Schwangeren, gerade bei sehr jungen Mädchen, häufiger medizinisch bzw. biologisch notwendig sei. Während Orvos et al. (1999) von erhöhten Raten an Schnittgeburten berichten, zeigen andere Studien (Gilbert et al., 2004; Gupta et al., 2008; Hampton/Powell, 1999; Jolly et al., 2000; Kirchengast/Hartmann, 2003; Kuchenbecker et al., 2003; Lao/Ho, 1997, 1998, 2000; Plöckinger et al., 1996; Perry et al., 1999), dass Jugendliche kein erhöhtes Risiko für einen Kaiserschnitt aufweisen bzw. diese weniger häufig einen Kaiserschnitt hatten, während er umso häufiger auftrat, je älter die Mütter waren.

3.3.1.1.8 Mortalität und Morbidität

Mortalität ist ein Begriff aus der Demografie und bezeichnet die Sterblichkeitsrate. Unter Säuglingsmortalität versteht man die Sterblichkeit der Kinder um den Geburtszeitraum, also kurz vor, während oder nach der Geburt bzw. innerhalb der ersten 28. Lebensstage bezogen auf 1000 Lebend- und Totgeborene. Eine niedrige Säuglingssterblichkeit ist ein Indikator dafür, dass das Sozialwesen und das öffentliche Gesundheitswesen eines Landes einen hohen Standard aufweisen. Eine hohe Säuglingssterblichkeit dagegen ist ein Kennzeichen für eine Unterentwicklung eines Landes in diesen Bereichen. Somit erlaubt sie als wichtiger medizinischer Indikator den Vergleich einzelner Länder in Bezug auf den Standard des Gesundheits- und Sozialwesens. (Waldhör et al., 2005) Aber auch innerhalb eines Landes kann die Säuglingssterblichkeit variieren, da sie in Abhängigkeit zu soziodemografischen Merkmalen der Mutter steht. Ein niedriger Lebensstandard, schlechte Wohnverhältnisse, schlechtere soziale Verhältnisse, inadäquate Nutzung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sowie soziokulturelle Unterschiede und dergleichen sind mögliche Ursachen für eine erhöhte Säuglingssterblichkeit innerhalb eines Landes. Waldhör et al. 2006 stellte biologische Determinanten wie das Geburtsgewicht der Neonaten, das Gestationsalter, die Geburtslänge der Neonaten sowie in geringerem Ausmaß das Jahr der Geburt wie auch soziodemografische Determinanten als relevante Faktoren der Säuglingssterblichkeit dar.

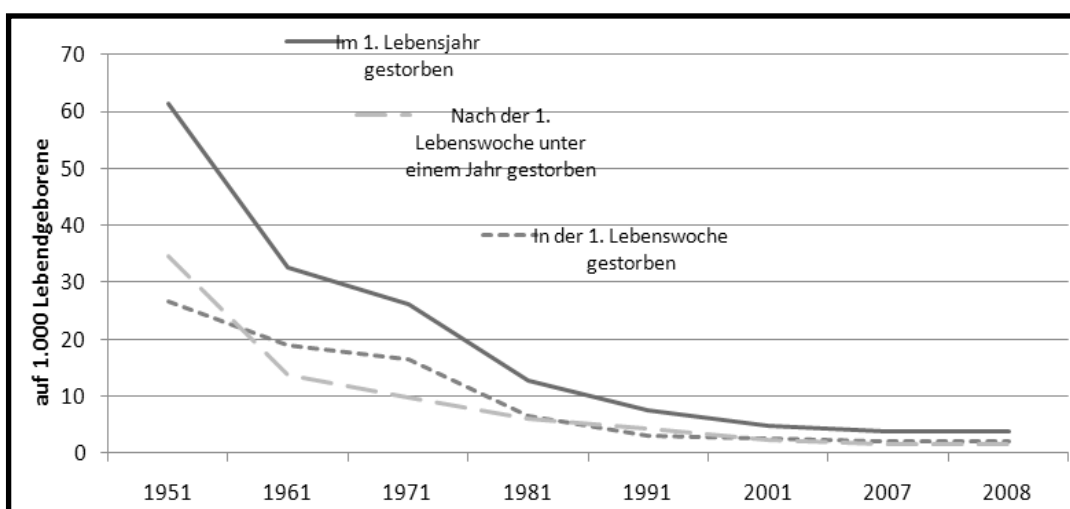


Abb. 10: Säuglingssterblichkeit in Österreich von 1951 bis 2008 (Statistik Austria 2010, Statistisches Jahrbuch 2010)

Wie aus der Abbildung 10 hervorgeht, ist die Säuglingssterblichkeit in Österreich in den letzten 50 Jahren drastisch gesunken. Während im Jahr 1961 die Säuglings- bzw. Kindersterblichkeit (im 1. Lebensjahr Gestorbene auf 1000 Lebendgeborene) bei 61,3% lag, sank sie bis zum Jahr 1974 auf 23,5%, im Jahr 2010 befindet sie sich bei 3,9%. (Statistik Austria 2010, Statistisches Jahrbuch 2010) Österreich zählt derzeit zu der Gruppe europäischer Länder mit der geringsten Säuglingssterblichkeitsrate. Ausschließlich skandinavische Länder, Luxemburg, Slowenien und Island weisen geringere bzw. äquivalente Mortalitätsraten auf.

Als Gründe für diesen Abwärtstrend können der Fortschritt in der Geburtshilfe und Neonatologie sowie eine effektivere Medizintechnologie, ein besserer Zugang zu prä- und postnataler Schwangerenbetreuung für alle sozioökonomischen Gruppen genannt werden. (Waldhör et al., 2005)

In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass das Risiko der Neonaten von jugendlichen Müttern, speziell bei sehr jungen Mädchen, während des ersten Lebensjahres zu sterben, höher ist als bei Kindern älterer Mütter, was vor allem auf Komplikationen wie biologische Unreife der Mutter, Frühgeburt, Intrauterine Wachstumsretardation, Infektionen, Gewalt, Unfälle, das „Plötzliche-Kindstod-Syndrom“ und dergleichen zurückzuführen ist, und wiederum stark mit den sozioökonomischen Bedingungen der Mütter zu tun haben. (Cooper et al., 1995; Bogin, 1999; Dürr/Rascher, 2006; Gilbert et al., 2004; Fraser et al., 1995; Liu, 2008; Olausson et al., 1999) Chen et al., (2007, 2008) konnten in ihrer Studie ebenfalls ein erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Neonaten und während der ersten Lebensmonate feststellen. Dieses Ergebnis war jedoch auf die erhöhten Raten an Frühgeburten in dieser Untersuchung zurückzuführen.

Jedoch zeigten die Studien von Lao und Ho (1997, 2000) und andere (Plöckinger et al., 1996; Raatikainen et al. 2005), dass die perinatalen Mortalitätsraten in Industrieländern aktuell sinken, was wiederum auf die bereits erwähnten Verbesserungen und Standardisierungen in verschiedenen Bereichen zurückzuführen ist. In Entwicklungsländern ist sie aufgrund fehlender bzw. problematischer medizinischer Versorgungs- und Vorsorgeleistungen adoleszenter Schwangerer nahezu unverändert hoch. (UNICEF, 2001)

3.3.1.2 Medizinisch-biologische Risiken - Fazit

In den meisten Studien wird deutlich, dass Komplikationen vor allem dann auftreten, wenn starke soziale und finanzielle Benachteiligungen, Armut, eine schlechte Schulbildung und eine damit einhergehende Perspektivlosigkeit der Jugendlichen, ein problematisches Ess- bzw. Ernährungsverhalten, unzureichende medizinische Vorsorgeleitungen, oder aber auch konflikthafte Familien- und Beziehungsverhältnisse vorliegen (Cooper et al., 1995; Botting et al., 1998; Rogers et al., 1996; Yoder/Young, 1997; Spencer, 2001). Es existieren jedoch auch Studien, die belegen, dass eine Schwangerschaft in der Adoleszenz unabhängig von Ko-faktoren erhöhte Risiken für negative Folgen aufweisen (Fraser et al., 1995; Chen et al.; 2007).

Generell kann festgehalten werden, dass eine Schwangerschaft in Industrieländern mit adäquater, kostenloser medizinischer und psychosozialer Betreuung und Versorgung kein erhöhtes medizinisches Risiko darstellt, in Entwicklungsländern und Ländern, in denen ein unzureichendes Gesundheitssystem bzw. ein hochschwelliger Zugang zu diesem vorliegt, dagegen sehr wohl (Gupta et al., 2005; Haerty et al., 2005; Perry et al., 1996; Kirchengast, 2003; Kirchengast/Hartmann 2003; Kirchengast, 2004; Kirchengast, 2009; Raatikainen et al. 2006; UNICEF, 2001). Hinzu kommt, dass in Entwicklungsländern die biologische Reife der Mädchen aufgrund erhöhter somatischer Stressbelastung, die häufig in geringeren Körpermaßen resultieren, geringer ist als bei Mädchen aus Industrieländern. Daher fällt der Konkurrenzkampf zwischen jugendlicher Mutter und Kind entsprechend härter aus. Dies erhöht und erklärt die bereits erwähnten medizinischen Risiken während der Schwangerschaft und der Geburt. Schwangerschaften in der Adoleszenz sind somit in Entwicklungsländern in erster Linie kein soziales, sondern ein medizinisches Problem. Während eine Schwangerschaft in der Adoleszenz in Ländern mit adäquaten medizinischen Versorgungs- und Vorsorgeleitungen vielmehr ein psycho-soziales bzw. ökonomisches Problem darstellt, welches aber keineswegs von minderer Bedeutung für die Gesundheit der jungen Frauen ist. (Gupta et al., 2005; Kirchengast, 2009; Raatikainen et al., 2006; Zeck et al., 2008) Diese psycho-sozialen und sozioökonomischen Probleme können mitverantwortlich für medizinische Risiken sein und diese gar erhöhen (Paranjothy et al., 2008). Im Folgenden (siehe Punkt 3.4.2) sollen diese besprochen werden.

3.3.2 Psycho-soziale Risiken

Während eine frühe Mutterschaft und Ehe in patriarchalen Gesellschaften familiär erwünscht sind, der Normalität entsprechen und mit einem steigenden Status der jungen Mutter verbunden sind, da sie ihre Fruchtbarkeit unter Beweis gestellt hat, unterliegen junge Mütter in industrialisierten Ländern, in denen Mütter üblicherweise ein Durchschnittsalter von etwa 30 Jahren haben (Eurostat), einer psycho-sozialen Stigmatisierung mit sozioökonomischen Langzeitfolgen (Kirchengast, 2003; Robson/Pevalin, 2007; Treffers, 2003). Wird eine junge Frau minderjährig schwanger, liegt sie aufgrund ihres Alters weit unter dem durchschnittlichen Lebensalter einer Mutter. Sie befindet sich in einer Phase, in der aufgrund kultureller und sozialer Normierungen andere Anforderungen an die jungen Mädchen wie die Ablösung von den eigenen Eltern, der Aufbau einer eigenen Identität, eine Schul- bzw. Berufsausbildung (vgl. Punkt 2.1.1.1) und dergleichen gestellt werden. Stattdessen kommt es zu einer Verkürzung dieser Phase ohne Möglichkeit des Probehandelns, zu einer Vergrößerung der Abhängigkeit von den eigenen Eltern im Gegensatz zu den Ablösungsbestrebungen, vor allem in Hinsicht auf die materielle Situation. Ohne das Vorhandensein von sozialen und wirtschaftlichen Stützsystemen kommt es häufig zu Abbrüchen der schulischen und/oder beruflichen Laufbahn, zu Schuldgefühlen, die die Persönlichkeitsentwicklung und die Beziehung zu den Eltern und zum Kind belasten können. (Münstermann, 2007) Jolly et al. (2000) und Abu-Heija et al. (2002) haben in ihren Untersuchungen herausgefunden, dass die kognitive und emotionale Entwicklung der Kinder der jugendlichen Mütter negativ beeinflusst werden. Jedoch sind diese und andere negative Auswirkungen nicht allein auf das mütterliche Alter zurückzuführen. Der mütterliche Bildungsstatus, Armut, ethnische Herkunft, der Familienstand, der familiäre Hintergrund und dergleichen sind ebenfalls wichtige Parameter. Olausson et al. (1997) und Gueorguieva et al. (2001) zeigen in ihren Studien, dass negative Folgen von Schwangerschaften in der Adoleszenz eher durch soziale und ökonomische Faktoren beeinflusst werden als vom Alter der Mütter selbst. Gupta et al. (2008) heben in ihrer Studie hervor, dass jugendliche Schwangere ein höheres Risiko aufweisen in Armut und Arbeitslosigkeit zu leben und ihre Töchter ein höheres Risiko haben ebenfalls als Jugendliche Mutter zu werden. In neueren Studien besteht ein weitgehendes Einvernehmen darüber, dass eine sozioökonomische Benachteiligung sowohl Konsequenz als auch Ursache für eine Schwangerschaft in der Adoleszenz sein kann.

Je jünger die Mütter sind, umso schwieriger haben sie es in unserer Gesellschaft. Sie sind trotz Aufklärung und Zugang zu Verhütungsmitteln schwanger geworden, entscheiden sich für das Kind, obwohl sie häufig finanziell abhängig sind und keine verlässliche und stabile Partnerschaft haben, und unterliegen dadurch einem weitgehenden Unverständnis vonseiten der Gesellschaft (Häußler-Sczegan, 2010). Jewell et al. (2000) fanden in ihrer Untersuchung über die Einstellung schwangerer Jugendlicher verschiedener sozioökonomischer Hintergründe heraus, dass Jugendliche, welche einen schlechteren sozioökonomischen Hintergrund in Relation zu jenen, die einen besseren sozioökonomischen Hintergrund aufwiesen, relativ früh, im Alter zwischen 17 und 25 Jahren eine Schwangerschaft als optimal ansahen, während die Vergleichsgruppe ein Alter von etwa 30 Jahren als ideales Alter angab.

Obwohl eine Schwangerschaft bzw. eine Mutterschaft ein durchaus positives und lebensbejahendes Ereignis für Frauen sein kann, kann sie im Fall von jungen Frauen negative Konsequenzen mit sich bringen. Erwartungen, erhöhte und widersprüchliche Anforderungen und das gleichzeitige Fehlen von Bewältigungsstrategien führen zu einer Überforderung der jungen Mädchen. Physiologisch mag der Körper der Jugendlichen in den meisten Fällen bereit sein, ein Kind auszutragen, emotional und kognitiv sind viele der Jugendlichen jedoch nicht in der Lage die Belastungen, die durch eine Schwangerschaft und Mutterschaft auf sie zukommen mental zu begreifen und zu bewältigen. (Bitzer, 2002) Für viele junge Frauen stehen nach Blitzer (2002) die eigenen Bedürfnisse noch sehr im Mittelpunkt und positionieren sich ergo im Gegensatz zur Schwangerschaft und Mutterschaft, in der sich hingegen die Bedürfnisse des Kindes im Zentrum befinden. Jugendliche Schwangere leiden häufig auch unter der Tatsache, dass der Kontakt zu Gleichaltrigen oftmals eingeschränkt ist, Orientierungsmöglichkeiten durch veränderte Wertungsprioritäten wegfallen, was wiederum eine psychische Belastung für die jungen Frauen darstellt. Jugendliche, die sich in einer Phase des Suchens nach ihrer eigenen Identität, nach Lebensidealen und Lebensplänen befinden, deren eigene Bedürftigkeit noch sehr im Vordergrund steht, kommen durch eine Schwangerschaft häufig in die Bedrängnis von Schuldgefühlen. Es können starke Ambivalenzgefühle entstehen, die sich in körperlichen Symptomen, aber auch in Angst- und Paniksymptomen oder depressiven Verstimmungen zeigen. (Bitzer, 2002)

Im besten Fall erklären sich die Eltern und das unmittelbare Umfeld, das junge Mädchen zu unterstützen und das Kind mitzubetreuen, um die weitere schulische bzw. berufliche Laufbahn realisieren zu können und die emotionale und physische Belastung mitzutragen. Bunting und McAuley (2004) kommen in ihrer Untersuchung über die Auswirkung von sozialer Unterstützung in Bezug auf Jugendschwangerschaften zu dem Ergebnis, dass sowohl die Familie, der Partner als auch die Peergroup, zwar unterschiedliche, aber sich ergänzende Formen der Unterstützung für Jugendliche bieten, welche sich positiv auf den Schwangerschaftsverlauf und das Wohlbefinden der jungen Frauen auswirken. Bedauerlicherweise sieht die Realität oftmals unerfreulicher aus, denn viele der Mädchen haben nicht das Glück aus einem wohlbehüteten Elternhaus zu kommen, in dem es an emotionaler und materieller Unterstützung nicht mangelt. Zwar treten Schwangerschaften im Jugendalter in allen Bevölkerungsschichten auf, aus der Literatur geht jedoch hervor, dass diese innerhalb sozioökonomisch benachteiligten Familien mit geringem Bildungshintergrund weitaus häufiger auftreten (Blitzer, 2002; Furstenberg, 1998; Jewell et al., 2000; Robson/Pevalin, 2007; Spencer, 2001) und diese Mädchen entscheiden sich dann deutlich häufiger für das Austragen ihres Kindes. Dieses schichtspezifische Entscheidungsverhalten lässt sich sowohl in der Sachsen-Studie (Häußler-Sczepan/Michael, 2004), in der Studie von Friedrich und Remberg (2006) als auch in der Studie aus Brandenburg (Häußler-Sczepan et al., 2008) finden, und beispielhaft an folgender Aussage einer Jugendbetreuerin aus der Brandenburger Studie illustrieren:

„[...] Jugendliche, die eigentlich ein geschütztes Umfeld haben und schwanger werden, entscheiden sich häufiger zum Abbruch, als junge Mütter, die nicht aus so einem behüteten Umfeld kommen [...].“ (zitiert nach Busse/Ehlert, 2009, S. 170)

Die Herkunftsfamilien der sozioökonomisch schwächer gestellten minderjährigen Schwangeren und Mütter sind oftmals instabil und konfliktuell. Die Eltern der jungen (werdenden) Mütter sind häufig von Arbeitslosigkeit betroffen bzw. stammen die jungen Frauen häufig aus zerrütteten Familien. (Häußler-Sczepan, 2010; Osthoff, 1999) Aus diesen Gegebenheiten lässt sich schließen, dass eine benachteiligte Situation, wie bereits erwähnt, nicht ausschließlich Folge für eine Jugendschwangerschaft sein kann, sondern, dass häufig

eine psycho-sozial belastende Ausgangssituation Ursache für eine frühe Mutterschaft sein könnte. Die Jugendlichen sehen in der frühen Schwangerschaft bzw. Elternschaft oftmals einen Versuch der Loslösung aus krisenhaften familiären Situationen, sehen ihre Zukunft und Identität als selbstständige Erwachsene, erhoffen sich Geborgenheit und Nähe (Thoß et al., 2006; Häußler-Sczepan/Michael, 2004; Häußler-Sczepan et al. 2005, 2010) und bedenken nicht, welche neuerlichen Belastungen und Anforderungen auf sie zukommen. Besonders Jugendliche, die sich in massiven Krisensituationen befinden, mit Alkohol- und Drogenproblemen zu kämpfen haben, setzen viel Hoffnung in eine Schwangerschaft bzw. Mutterschaft und werden dann von der Realität überfahren. Nicht selten wird dann Gewalt gegenüber dem eigenen Kind verübt, oder das Suchtverhalten verstärkt sich, um der nüchternen Realität zu entfliehen. (Blitzer, 2002) Generell zeigen Studien (Vogelsang, 1997), dass Säuglinge aus Folge der Überforderung der jungen Mutter einer erhöhten Misshandlungsgefahr ausgesetzt sein können. Eine Studie, die UNICEF im Jahre 2001 herausgab, verweist darauf, dass junge Mütter schnell an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen. Sie müssen plötzlich erwachsen sein, wodurch der Prozess der Identitätsfindung, das „Schritt-für-Schritt-Erwachsenwerden“ wegfällt, schulische und berufliche Ziele aufgegeben werden müssen und die Chance auf einen qualifizierten Beruf in den Hintergrund tritt. Daraus resultiert, dass sie sich in eine Armutsspirale begeben, der sie nur schwer entfliehen können.

3.4 Evolutionsbiologische Überlegungen zu Schwangerschaften in der Adoleszenz

Betrachtet man eine Schwangerschaft unter evolutionsbiologischen Gesichtspunkten, würde diese in Anbetracht der Tatsache, dass Frauen in jungen Jahren fruchtbarer sind und die Reproduktionsspanne der Frauen ohnehin begrenzt ist, dem biogenetischen Imperativ zur Folge von Vorteil sein (Kirchengast, 2004). In ihrer Studie „Teenagerschwangerschaften aus evolutionsbiologischer Sicht“ analysiert Kirchengast (2004) die Hypothese, dass Schwangerschaften in der Adoleszenz eine effiziente Möglichkeit zur optimalen Ausnutzung der ohnehin beschränkten weiblichen Reproduktionsspanne (Fitnessmaximierung) sein könnte, denn nahezu ein Drittel verbringt die durchschnittliche Frau in einer postgenerativen bzw. postreproduktiven Phase. Befunde aus Auxologie, Primatologie, historischer Demografie und der Lebensabschnittsforschung sprechen jedoch gegen diese Behauptung (Kirchengast, 2004). Bogin (1999; zitiert nach Kirchengast, 2004) berichtet etwa von einer stark erhöhten Mortali-

tät bei neugeborenen Primaten, wenn die Muttertiere bei der Geburt sehr jung sind. Menschen gehören zu den k-Strategen, welche zwar eine geringere Zahl von Nachkommen aufweisen, dafür aber durch erhöhtes elterliches Investment in den Nachwuchs für eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit dessen sorgen. Weiters ist die geringe Zahl an Nachkommen durch das relativ hohe Risiko einer Schwangerschaft und Geburt verbunden. Enzephalisation, sprich die Ausbildung des Gehirns im Lauf der Stammesgeschichte, welche für höhere intellektuelle Fähigkeiten von Bedeutung ist, und Bipedie, welche eine Verengung der Beckendimensionen zur Folge hatte, erhöhen die Risiken. Dies und die Tatsache des Mangels an sozialer Erfahrung in frühen Schwangerschaften reduzieren die Überlebenswahrscheinlichkeit der Kinder. Ein weiterer Punkt, welcher gegen die Hypothese der Fitnessmaximierung durch Schwangerschaften in der Adoleszenz spricht, ist die Gegebenheit, dass die säkuläre sexuelle Akzeleration ein relativ rezentes Ereignis im Zuge unserer Evolution darstellt. (Scholl et al., 1989, zitiert nach Kirchengast, 2004) Ferner zeigen die Ergebnisse vorangegangener Punkte, dass eine Schwangerschaft in der Adoleszenz mit gravierenden sozialen und biologisch-medizinischen Problemen und Risiken verbunden sein kann, insofern ist nach Kirchengast (2004) nicht von einer Maximierung des Reproduktionserfolges durch Gravidität während der frühen Adoleszenz auszugehen.

3.5 Bewältigungsanforderungen und besondere Bedürfnisse schwangerer Jugendlicher

Eine ungeplante Schwangerschaft stellt für Frauen aller Altersklassen ein kritisches Lebensereignis dar. Mit dem Begriff „kritisches Lebensereignis“ ist nicht zwangsläufig eine negative Begebenheit verbunden, sondern ein Ereignis innerhalb eines Lebenslaufes, mit dem Menschen in einer bestimmten Lebensphase konfrontiert werden, wie eine Heirat, der Eintritt in die Berufswelt und eben auch die Geburt eines Kindes. (Münstermann, 2007) Sie stellen demnach Einschnitte im Laufe des Lebens dar, die eine Neuorientierung, eine Auseinandersetzung mit Verlusten und neuen Anforderungen verlangen.

Eine ungewollte Schwangerschaft erfordert eine Veränderung sozialer Rollen, persönlicher Ziele, Werteprioritäten, den Aufbau neuer Kompetenzen und neuen Wissens. Diese Bewältigungsanforderungen reichen von der Sorge über das Bild in der Gesellschaft, Ängste über den familiären Rückhalt, der Nichtpräsenz des Kindsvaters, einer unsicheren

materiellen Versorgung, der Unterbrechung bzw. dem Abbruch der schulischen oder beruflichen Situation, über die eigene Gesundheit und die des Kindes, bis hin zur Neugestaltung des Alltagslebens, auch die ständig geförderte Verfügbarkeit der jungen Mutter für die Bedürfnisse des Kindes, die Freizeit und den Freundeskreis betreffend. Daher benötigen junge Frauen und deren Familien während und nach ihrer Schwangerschaft regelmäßige Gespräche und eine ganzheitliche Betreuung und Beratung durch Fachpersonen, in einer Atmosphäre, in der sich die Jugendlichen wohlfühlen, um sich öffnen zu können. Sie sollen die Möglichkeit haben, ihre Motive, Ängste und Vorstellungen zu äußern, um dann im Gespräch mit den BeraterInnen, gemeinsam Lösungen und Wege zu erarbeiten. Dabei geht es nach Münstermann (2007) zunächst um den Aufbau von Kompetenzen und Verhaltensformen, die Entwicklung eines Repertoires an verschiedenen Bewältigungsstrategien, die für die erfolgreiche Bewältigung von Lebensereignissen, die über die alterstypischen Entwicklungsaufgaben hinausgehen, förderlich sind. Dörr und Rascher (2006) weisen auf die Wichtigkeit der Erkennung und Besprechung von typischen Risiken hin, um Kurzschluss-handlungen und Fehlverhalten zu vermeiden. Daneben ist der Aufbau eines sozialen Netzwerkes ein wichtiger Schritt für eine optimale Betreuung und Unterstützung. Neben staatlichen und nicht-staatlichen Hilfsorganisationen müssen Familienressourcen miteinbezogen werden. Der Kontakt zu Gleichaltrigen, die sich in derselben Situation befinden, sollte ermöglicht werden, um einen Austausch an Erfahrungen, Gefühlen und gegenseitige Unterstützung zu ermöglichen. Eine stabile, vertrauensvolle und vorurteilsfreie Arzt-Patientin-Beziehung ist entscheidend, da verschiedene Studien zeigen, dass Jugendliche große Unsicherheiten bezüglich Arztbesuchen und Vorsorgeuntersuchungen aufweisen. Entsprechende Schwangerschaftskurse für Jugendliche und regelmäßige Gespräche mit JugendbetreuerInnen bzw. PsychologInnen und SozialarbeiterInnen sollen den Übergang zur Elternschaft als aktiven, fließenden Prozess gestalten. Gestaltungsmöglichkeiten, Wissen und Fertigkeiten im Umgang mit den Kindern sollen vermittelt werden, um Ängste, Unsicherheiten und Gefühle der Hilflosigkeit zu vermindern.

Ergebnisse einer Expertenbefragung in Berlin und Brandenburg, die im Auftrag der BZgA von Oktober 2005 bis März 2006 durchgeführt wurde, zeigen, dass Angebote von Beratungsstellen und diversen Institutionen durchaus von Jugendlichen angenommen werden, meist werden die jungen Frauen jedoch von einer Vertrauensperson, in erster Linie von der

Mutter, aber auch vom Partner oder von Freundinnen zu den Beratungsgesprächen begleitet. Als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme wurden vor allem Angst und Scham genannt. Hier müssten als präventive Maßnahme bereits in der Schule diverse Hilfs- und Beratungsangebote bedarfsgerecht bekannt gemacht werden und gegebenenfalls Einrichtungen besucht werden, um die Hemmschwelle vor diesen Einrichtungen abzubauen. Weiters spielt die Vernetzung der einzelnen Beratungsmöglichkeiten sowie der Informations- und Erfahrungsaustausch, für die optimale Betreuung der jugendlichen Schwangeren eine bedeutende Rolle.

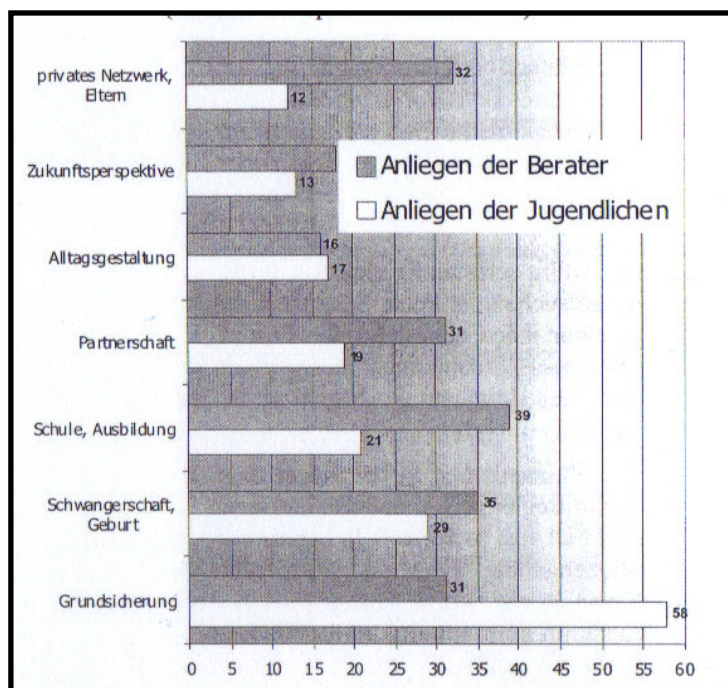


Abb. 11: Anliegen der Hilfe suchenden jungen Mütter (Häußler-Sczegan et al., 2008)

Was den jugendlichen Schwangeren während der Beratung besonders wichtig ist, geht aus der Abbildung 11 hervor. Vor allem die existenzielle Grundsicherung, die finanzielle Unterstützung und Wohnmöglichkeiten spielen bei den Jugendlichen eine große Rolle. Des Weiteren sind sämtliche Bereiche, die die Schwangerschaft und Geburt betreffen, für die Jugendlichen von großer Bedeutung. Schule, Ausbildung, Partnerschaft, Alltagsgestaltung, Zukunftsperspektiven und private Netzwerke spielen zwar auch eine Rolle, wenngleich auch eine in der momentanen Situation untergeordnete. Insbesondere sind dies Themen, die von den Jugendlichen selbst häufig nicht in Beratungsgesprächen angesprochen werden, in

denen erfahrene Fachleute aber zusätzliche Schwerpunkte sehen (Häußler-Sczepan et al., 2008).

Häußler-Sczepan (2010) sieht im Umgang mit den unterschiedlichen Erwartungen und Zielsetzungen der Beteiligten die besondere Herausforderung der Beratungssituation und legt nahe, dass eine professionelle Beratung zugleich die Anliegen der jungen (werdenden) Mütter berücksichtigt und darüber hinausgehende Angebote durch sachgerechte Informationen bereitstellt, um den Handlungs- und Entscheidungsrahmen der jungen Frauen zu erweitern. Einschätzungen, Motive und biografische Rahmenbedingungen sowie die aktive Teilnahme der Mädchen selbst müssen in die schwangerschaftsbegleitenden Maßnahmen miteinbezogen werden, damit diese vermehrt erfolgreich sind. Denn nur durch die Förderung von Selbstkompetenz und Eigenverantwortung wird es nach Reimhofer und Mayer (2010) nachhaltig möglich sein, stabile Eltern-Kind-Beziehungen herzustellen und zu festigen. Vor allem im Hinblick darauf, dass die jungen (werdenden) Mütter weitgehend noch nicht über ein reifes Selbstbild verfügen, und sie in ihrem Entwicklungsprozess nicht allein gelassen werden dürfen. Ferner müssen den jungen (werdenden) Müttern Möglichkeiten der schulischen sowie beruflichen Aus- und Weiterbildung dargelegt werden, denn es ist nach wie vor Realität, dass Frauen, die in sehr jungen Jahren ihr erstes Kind bekommen, gegenüber später Gebärenden, berufsmäßig und in weiterer Folge finanziell schlechter gestellt sind. Nach Mahrhofer (2006) wirkt sich diese Tatsache insbesondere auf das Kind aus, so entsteht ein „Circulus vitiosus“, der nur schwer zu durchbrechen ist.

3.6 Rechtslage und Hilfsangebote für minderjährige Schwangere in Österreich

Das geltende Jugendrecht in Österreich sieht vor, dass Jugendliche bis zum Erreichen der Volljährigkeit durch die Jugendschutzgesetze besonders geschützt werden. Diese sind in den einzelnen Bundesländern nicht einheitlich geregelt. Für die Jugendlichen gilt immer das Gesetz jenes Bundeslandes, indem sie sich gerade aufhalten. Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gelten als minderjährig. In Österreich wird zwischen unmündigen (bis zum vollendeten 14. Lebensjahr) und mündigen Minderjährigen (ab dem vollendeten 14. Lebensjahr bis zum 18. Geburtstag) unterschieden. Ein junger Mensch gilt in Österreich mit dem 18. Geburtstag als volljährig und damit als voll handlungsfähig. Damit ist

die Fähigkeit, seine eigenen Interessen wahrzunehmen, durch eigenes Verhalten Rechte und Pflichten zu begründen, gemeint. Ab diesem Zeitpunkt gelten die Jugendschutzgesetze nicht mehr. (www.help.gv.at)

Zum Schutz der Jugendlichen sieht das Gesetz besondere Regelungen in Bezug auf sexuelle Kontakte zwischen Jugendlichen vor. Haben beide das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht, sind sexuelle Kontakte zwar verboten, aber nicht strafbar, da noch keine Strafmündigkeit vorliegt. Ist einer von beiden unter 14 Jahren, macht sich grundsätzlich die bzw. der Ältere strafbar. Kommt es nicht zum Geschlechtsverkehr, bleiben sexuelle Kontakte straflos, wenn der Altersunterschied der Jugendlichen nicht mehr als vier Jahre beträgt, und die bzw. der jüngere Partner/in das 12. Lebensjahr vollendet hat. Kommt es zum Geschlechtsverkehr, bleiben sexuelle Kontakte straflos, wenn der Altersunterschied der Jugendlichen nicht mehr als drei Jahre beträgt, und die bzw. der jüngere Partner/in das 13. Lebensjahr vollendet hat. Haben beide das 14. Lebensjahr vollendet, sind alle Formen des sexuellen Kontaktes, mit denen beide einverstanden sind, erlaubt. (www.help.gv.at)

Rechtlich ist es Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr ohne Einverständnis bzw. Wissen der Eltern möglich, sich Kontrazeptiva verschreiben zu lassen. Unter 14 Jahren ist prinzipiell die Zustimmung der Eltern erforderlich, wobei ÄrztInnen in Einzelfallentscheidungen das Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger berücksichtigen können. Ferner liegt im Falle einer Schwangerschaft die Entscheidung für das Austragen des Kindes bzw. für einen Abbruch bei der jugendlichen Schwangeren in Absprache mit einer Ärztin bzw. einem Arzt selbst. Diese Regelung ist durch das Gesetz wie folgt verankert: *„Einwilligungen in medizinische Behandlungen kann das einsichts- und urteilsfähige Kind nur selbst erteilen; im Zweifel wird das Vorliegen dieser Einsichts- und Urteilsfähigkeit bei mündigen Minderjährigen vermutet.“* (§ 146c ABGB, ABGB) Ferner gibt es bei Minderjährigen unter 14 Jahren kein zeitliches Limit für einen Abbruch. Diese Regelung ermöglicht den Jugendlichen mehr Entscheidungskraft und Verantwortung für ihre Sexualität und die damit zusammenhängenden Konsequenzen. Entscheiden sich die jungen Frauen für das Austragen ihrer Kinder, steht den jungen (werdenden) Müttern durch das österreichische Jugendwohlfahrtsgesetz ein umfangreiches Beratungs- und Unterstützungsangebot rund um die Schwangerschaft, Erziehung und Pflege ihrer Kinder zu. Die Jugendwohlfahrt ist nach § 211 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetz-

buches mit der Obsorge des Kindes der minderjährigen Mutter betraut, während die tatsächliche Erziehung und Pflege, die Personenobsorge innerfamiliär von der minderjährigen Mutter wahrgenommen wird, sofern ihr dies möglich ist. Die Jugendwohlfahrt ist ebenfalls mit der Vermögensverwaltung des Kindes betraut und stellt die rechtliche Vertretung des Kindes, solange die Mutter das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Eltern, der volljährige Partner bzw. die Großeltern der minderjährigen Mutter können per Gericht die Obsorge für das Enkelkind bzw. Urenkelkind zwar beantragen, das hat aber wiederum den Nachteil, dass mit Erreichen des vollendeten 18. Lebensjahrs die Obsorge nicht unmittelbar auf die Mutter des Kindes übergeht, sondern erneut durch das Gericht beantragt werden muss. (ABGB, Jugendwohlfahrtsgesetz)

In den Beratungsstellen wie auch der Jugendwohlfahrt werden entsprechend den individuellen Situationen der Mädchen Lösungsmodelle bzw. Lebens- und Familienplanungen durch geeignete Fachpersonen und vor allem gemeinsam mit den Jugendlichen erarbeitet. Von Bedeutung ist, die Risiken und Defizite einer frühen Schwangerschaft bzw. Mutterschaft nicht zu verharmlosen, gleichzeitig aber auch einen ressourcenorientierten Blick auf die Entwicklungsmöglichkeiten und den Unterstützungsbedarf der jungen Frauen zu richten. Junge Frauen sollten auf ihre rechtlichen Möglichkeiten und Pflichten aufmerksam gemacht werden (beispielsweise, dass weder der Mutter-Kind-Pass noch die darin enthaltenen vorgesehenen Untersuchungen gesetzlich vorgeschrieben sind, jedoch der Nachweis aller Untersuchungen Voraussetzung für die Gewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes ist etc.). Es ist wichtig, den jungen (werdenden) Müttern zu helfen, sich an die richtigen und für sie geeigneten Beratungsstellen und Behörden zu wenden, um unnötige bürokratische Wege und hochschwellige Zugänge zu vermeiden. Bedeutsam ist auch, dass diese Beratungsangebote kostenlos, professionell und anonym sind. Die Jugendlichen erhalten in diesen Gesprächen unter anderem Informationen, Hilfen und Angebotsstrukturen (ABGB, Jugendwohlfahrtsgesetz; Reim-Hofer/Mayer, 2010; Münstermann, 2007):

- zu Handlungsoptionen einschließlich konkreter Entscheidungshilfen;
- zu rechtlichen Ansprüchen, Pflichten und Möglichkeiten (Obsorge, Vormundschaft, Mutter-Kind-Pass, Meldung beim Jugendamt, In-Kenntnis-Setzen von Dienstgeber bzw. Schule, Anerkennung der Vaterschaft etc.);

- zur Hilfe und Begleitung bei der Durchsetzung von Ansprüchen;
- zu sozial-, arbeitsrechtlichen und finanziellen Möglichkeiten und Ansprüchen (Familienbeihilfe, Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Unterhaltszahlungen etc.);
- zu Schwangerschaft und Geburt: medizinischen Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Lebensstil, Geburtsvorbereitung, Gesundheit, Risikoverhalten, etc.;
- zu Beziehungsfragen und in Bezug auf den Partner, die Familie, das soziale Umfeld;
- zur Bearbeitung von Konflikten mit den Eltern, dem Kindsvater oder dem Partner;
- zur Reflexion der Entstehungsbedingungen der Schwangerschaft und auf zukünftiges Sexual- und Kontrazeptionsverhalten;
- zur reflexiven Auseinandersetzung mit der Mutterrolle;
- zur Antizipation von Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten;
- zur Herstellung einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung;
- zur Begegnung mit anderen jugendlichen Schwangeren und Müttern;
- zu Zukunftsperspektiven mit Kind: Familienplanung, Wohnort, Mutter-Kind-Einrichtungen, Selbstständigkeit, Alltagsbewältigung, Haushaltsführung, schulischer bzw. beruflicher Wiedereinstieg – Motivation der Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Betreuung bei der Kindererziehung und –pflege;
- etc.

Vielen Frauen erscheinen all diese Dinge wie nicht zu bewältigende Probleberge. Die diversen Angebote der Beratungsstellen sollen den jungen (werdenden) Müttern daher helfen, gemeinsam konstruktive Lösungen zu finden bzw. zu erarbeiten, um ihnen das Gefühl zu vermitteln, nicht alleine zu sein, und die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der jungen (werdenden) Mütter zu fördern, ihnen den Übergang in die Selbstständigkeit zu erleichtern. Ferner ist es in Bezug auf die Zufriedenheit mit einem Beratungsangebot neben der Bereitstellung relevant, geeignete BeraterInnen (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen etc.) vorzufinden, welche sowohl über fachliche als auch soziale Kompetenzen verfügen.

4. Die Untersuchung

4.1 Forschungsinteresse und Zielsetzung

Das Interesse an der Thematik „Jugendschwangerschaft“ entwickelte sich einerseits aus einem allgemeinen Studieninteresse für den Bereich „Sexualbiologie und Reproduktion“ und andererseits aus der Tatsache heraus, dass mich mein zukünftiger Lebensweg als Lehrperson für Naturwissenschaften künftig zu Inhalten wie Sexualerziehung, Sexualität, Aufklärung, Reproduktion und vielen anderen Themenstellungen dieser Richtung führen wird. Aufgrund dieser Konstellation habe ich mich, aus persönlichem wie auch beruflichem Interesse, mit dieser Thematik und im Speziellen mit der Problematik der zumeist ungeplanten Schwangerschaft in der Adoleszenz auseinandergesetzt.

Die wissenschaftliche Analyse des Themas „Schwangerschaft in der Adoleszenz“ im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll aufzeigen, wie minderjährige Schwangere und Mütter in der Bewältigung ihrer gegenwärtigen Lebenssituation unterstützt und betreut werden können, welche Bedürfnisse und Wünsche sie haben, wie sich die familiäre bzw. partnerschaftliche und institutionelle Betreuung, Unterstützung und Situation auf den Verlauf ihrer Schwangerschaft und auf ihr Wohlbefinden auswirken. Mit dieser Arbeit soll ferner auf die schwierige Situation, in der sich die betroffenen jungen Frauen befinden, aufmerksam gemacht werden. Ursachen und Folgen einer Schwangerschaft im Jugendalter werden diskutiert werden. Weiters sollte der Blick von einer stigmatisierenden Ebene auf eine verständnisvollere gelenkt werden und Möglichkeiten der Prävention und Optimierung der Betreuungs- und Unterstützungssituation dargelegt werden. Infolgedessen sollen die aus der vorliegenden Studie gewonnen Erkenntnisse in familien-, sozial- und bildungspolitische Überlegungen Eingang finden. Ferner sollen sie PädagogInnen als Unterstützungshilfe im Umgang mit jugendlichen Schwangeren dienen und dazu anregen, die konservative Einstellung vieler zur Sexualerziehung und Aufklärung hin zu einer zeitgemäßen, offenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten zu verändern, um vor allem den Jugendlichen, der im Zentrum jeglicher Überlegung in diesem Kontext stehen sollte, nicht aus den Augen zu verlieren.

4.2 Hypothesen und Fragestellungen

Die Analyse der Daten, die im Zuge dieser Studie gewonnen wurden, sollen dazu dienen, folgende unter Punkt 4.2.2 aufgeführte Fragestellungen im Bezug auf die Thematik „Betreuung und Unterstützung von Schwangeren in der Adoleszenz“ zu beantworten und weiters die unter Punkt 4.2.1 formulierten Hypothesen zur Problematik „ungeplante Schwangerschaft in der Adoleszenz“ zu verifizieren bzw. falsifizieren.

4.2.1 Hypothesen

Aus dem vorangegangenen Abschnitt dieser Arbeit, dem theoretischen Teil, wurden hinsichtlich der zu bearbeitenden Problematik, unter Einbeziehung der vorliegenden Literatur und empirischen Studien zu dieser Thematik, folgende Hypothesen abgeleitet:

- Hypothese 1: Eine Schwangerschaft im Jugendalter stellt zumeist ein ungeplantes Ereignis dar.
- Hypothese 2: Eine Schwangerschaft im Jugendalter ist wahrscheinlicher, wenn bereits die Mütter der minderjährigen Schwangeren sehr früh ein Kind bekommen haben.
- Hypothese 3: Jugendliche Schwangere suchen oft erst sehr spät institutionelle Hilfe (z. B. einen Frauenarzt/ eine Frauenärztin) auf, sodass die Schwangerschaft häufig weit fortgeschritten ist. Sie versuchen dadurch ihr Problem zu verbergen bzw. sich einer bewussten Entscheidung zu entziehen.
- Hypothese 4: Durch die heutige medizinische Vorsorge- und Versorgungsmöglichkeit stellen Schwangerschaften im Jugendalter, bei ausreichender institutioneller Betreuung und Unterstützung, kein erhöhtes Risiko dar.

4.2.2 Fragestellungen bezogen auf die familiäre und institutionelle Betreuungs- und Unterstützungssituation jugendlicher Schwangerer bzw. jugendlicher Mütter

- (1) Wie gehen junge Frauen mit der Situation um, so jung ihre Jugend aufzugeben und plötzlich Verantwortung übernehmen zu müssen? Welche Einstellung haben sie zur

Schwangerschaft? Welche Rolle spielt das familiäre Umfeld, die Partnerschaft für eine erfolgreiche Lebensplanung mit Kind?

- (2) Welche unterstützenden Faktoren existieren hinsichtlich einer Schwangerschaft in der Adoleszenz? Ist das derzeitige Beratungs- und Betreuungsnetzwerk für junge Mütter ausreichend bzw. welchen Unterstützungsbedarf gibt es bei der untersuchten Zielgruppe? Welche Bedürfnisse und Wünsche haben jugendliche Schwangere bzw. Mütter in Bezug auf Betreuung und Unterstützung?

4.3 Material und Methoden

Unter dem Punkt Material und Methoden wird im Folgenden ein kurzer Überblick über Planung der Untersuchung, Erhebung der Daten, Durchführung der Untersuchung, Beschreibung der Stichprobe, Probleme der Durchführung und Auswertung der Untersuchung gegeben.

4.3.1 Planung der Untersuchung, Erhebung der Daten, Durchführung der Untersuchung und Stichprobenzusammensetzung

Die vorliegende Arbeit zum Thema „Schwangerschaft in der Adoleszenz“ befasste sich mit der Analyse biologischer bzw. medizinischer und sozialer Aspekte von jugendlichen Schwangeren unter besonderer Berücksichtigung der Betreuungs- und Unterstützungssituation für minderjährige Schwangere. Die Definition von „Teenagemüttern“ ist in der Literatur nicht einheitlich festgelegt, da sie auf biologischen, psychologischen, soziologischen und juristischen Aspekten sehr unterschiedlich ausfallen kann. Im Rahmen dieser Untersuchung wird daher dem Begriff „Teenager“ vermieden. An seiner Stelle wird der Begriff „Jugendliche bzw. Adoleszente“ verwendet und Mädchen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren verstanden.

Die durchgeführte Studie basiert auf der Analyse einer Stichprobe von 51 minderjährigen erstgebärenden Müttern, die institutionelle Beratung und Betreuung in Anspruch genommen haben. Die jungen Frauen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung kurz vor der Geburt bzw. waren bereits Mütter. Die Mütter stammen aus den Bundesländern Wien,

Niederösterreich und dem Burgenland. Alle Probandinnen haben die österreichische Staatsbürgerschaft. Diese Einschränkung der Stichprobe im Sinne einer „homogenen“ Untersuchungsgruppe ist für die Analyse der Daten von Bedeutung. Eine detaillierte Stichprobenbeschreibung findet sich im Ergebnisteil.

Die Daten der jungen (werdenden) Mütter wurden im Zeitraum von Anfang Jänner 2011 bis Mitte April 2011 erhoben. Die Kontaktaufnahme zu den jungen (werdenden) Müttern erfolgte einerseits über Beratungsstellen und Institutionen wie dem Landesklinikum Wiener Neustadt, Mutter-Kind-Heimen, Hebammen, GynäkologInnen, diverse Bekannte und Freunde. Die primäre Kontaktaufnahme erfolgte weitgehend über die diversen Institutionen bzw. Personen wie z. B. Hebammen. In einem weiteren Schritt wurden mir schließlich Kontaktadressen (z. B. Telefonnummern bzw. E-Mail-Adressen) derjenigen Probandinnen übermittelt, die geeignet waren (z. B. Alter, Erstgeburt etc.) bzw. Interesse hatten, an der Studie teilzunehmen. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis. Der Großteil der Fragebögen wurde anschließend an die jeweiligen Probandinnen per Post bzw. per Mail versandt. Einige Fragebögen wurden auch persönlich an die Probandinnen übermittelt. Überwiegend wurde der Fragebogen von den Jugendlichen selbst ausgefüllt, wobei sie bei Problemen bzw. Unklarheiten die Möglichkeit einer Rücksprache hatten, indem die Jugendlichen meine Kontaktadresse ebenfalls erhielten.

Neben einer Auswertung der Daten, die die gesamte Stichprobe umfasste, sprich Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren ($\bar{x}$ 16,3; $sd=1,3$), sollten die erhobenen Daten in zwei Gruppen unterteilt werden, in die der unter 16-Jährigen und in die der über 16-Jährigen, um Vergleiche in Bezug auf diverse Themenschwerpunkte wie Schwangerschaftsverlauf, Risiken, Einfluss körperlicher Unreife auf die Schwangerschaft und auf das Neugeborene, Einfluss des Gewichtsstatus vor der Schwangerschaft auf das Neugeborene etc. zwischen den beiden Altersgruppen ziehen zu können.

Eine Umlegung der gewonnenen Erkenntnisse auf die Gesamtpopulation der österreichischen Jugendlichen ist aufgrund der zu geringen Stichprobengröße nicht möglich. Trotz dieser Tatsache sollte diese Arbeit als konkrete Anregung, als Denkanstoß für eventuelle Verbesserungen und Veränderungen in Bezug auf die Themenstellung dieser Arbeit dienen.

4.3.2 Probleme bei der Durchführung der Untersuchung

Rückblickend ist festzuhalten, dass es schwierig war, über Institutionen, Beratungsstellen, GynäkologInnen, Krankenhäuser etc. Kontakte zu geeigneten Probandinnen zu erhalten, da der Großteil der Institutionen angab, im Erhebungszeitraum keine geeigneten Klientinnen der Zielgruppe zu haben bzw. lehnten sie die Mitarbeit wegen Arbeitsüberlastung oder wegen fachlicher bzw. beratungsethischer Bedenken ab.

4.3.3 Untersuchungsinstrumentarium: Der Fragebogen

Der eigens für diese Diplomarbeit erstellte, anonyme, quantitative Fragebogen enthält sowohl geschlossene als auch offene Fragestellungen. Die Erarbeitung des Fragebogens wurde einerseits durch das zentrale Erkenntnisinteresse aus der vielfältigen vorliegenden Literatur zu diesem Thema andererseits durch Anregungen meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Univ.-Prof. Mag. Dr. (PhD) Sylvia Kirchengast geleitet.

Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 56 Fragestellungen (für eine detaillierte Einsicht in die Erhebungsinhalte siehe Fragebogen im Anhang). Generell wurde versucht, den Zeitaufwand für das Ausfüllen des relativ langen Fragebogens möglichst gering zu halten, indem für den geschlossenen Teil des Fragebogens mehrere Antwortmöglichkeiten zu den jeweiligen einzelnen Fragestellungen vorgegeben wurden. Der Fragebogen wurde grob in 5 Bereiche gegliedert. Neben allgemeinen Angaben zu den jungen (werdenden) Müttern, zur Familie und zum Kindsvater, Angaben zur Reproduktion und Kontrazeption, Angaben zur Schwangerschaft und zur Geburt, Angaben zur institutionellen und familiären Betreuungs- und Unterstützungssituation wurden folgende Merkmale der Mütter und ihrer Neonaten dokumentiert:

- Alter zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft
- Menarchealter
- Gynäkologisches Alter
- Gewicht vor der Schwangerschaft
- Körperhöhe der Mütter

- BMI (kg/m^2)
- Gewichtszunahme während der Schwangerschaft
- Körperlänge und -gewicht der Neonaten

Die offenen Fragestellungen zielten vor allem auf den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit ab, auf die Betreuungs- und die Unterstützungssituation der jungen (werdenden) Mütter, um detailliert ihre Wünsche und Bedürfnisse in diesem Zusammenhang in Erfahrung zu bringen.

Von den ausgegebenen 96 Fragebögen, wurden 68 retourniert. Von diesen wiederum konnten 51 Datensätze in die Auswertung einfließen. 17 Fragebögen mussten aufgrund von fehlenden Angaben verworfen werden.

4.3.4 Statistische Auswertung

Die Eingabe und Auswertung der 51 Datensätze erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms „SPSS Statistics 18“, welches vom Department der Anthropologie, der Universität Wien, zur Verfügung gestellt wurde.

Neben deskriptiven Statistiken wurden zur Ermittlung möglicher Einflussfaktoren auf zentrale Bewertungsparameter ebenfalls explorative Statistiken durchgeführt. Die einzelnen Auswertungen erfolgten mittels Häufigkeitsanalysen, Mittelwertsberechnungen mit Standardabweichungen, Kreuztabellen, T-Tests und Duncan Analysen (ANOVAs). Darüber hinaus wurden Chi-squares nach Pearson berechnet. Als signifikant wurden jene Ergebnisse eingestuft, die einen Wert von $p \leq 0,05$ aufwiesen.

Für die Auswertung wurden im Anschluss an die Untersuchung zwei weitere Variablen, der BMI und das gynäkologische Alter definiert, um die Analyse zu erleichtern. Eine Beschreibung dieser Variablen findet sich im Ergebnisteil unter Punkt 5.3.7. Tabellen und Diagramme wurden mit Hilfe von Excel und Microsoft Word erstellt.

5. Ergebnisse

5.1 Soziodemografische Daten: Allgemeine Angaben zur Person, Familie und zum Kindsvater

Die soziodemografischen Merkmale, sprich die strukturellen Bedingungen unter denen die schwangeren Mädchen die Entscheidung für das Kind getroffen haben, umfassen zunächst das Alter der befragten jungen (werdenden) Mütter zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft, den Familienstand, den Ausbildungsstatus, die derzeitige Tätigkeit, ihre beruflichen Ziele, die derzeitige Tätigkeit der Eltern, die Wohnsituation, die ökonomische bzw. finanzielle Situation, den Partnerschaftsstatus und das Alter und die Tätigkeit des Partners. Weiters von Interesse ist der Umstand, ob es im Familien- und Freundeskreis ebenfalls Personen gibt wie etwa die eigene Mutter, die sehr früh schwanger geworden sind (<19a). Die Erfassung dieser Daten bietet eine Sicht auf wesentliche Hintergrundinformationen der jeweiligen jungen (werdenden) Mütter, die für die Interpretation der für diese Arbeit relevanten Fragestellungen und Hypothesen von Bedeutung sind.

5.1.1 Alter der befragten jungen (werdenden) Mütter zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft

An der Untersuchung nahmen 51 jugendliche Schwangere bzw. Mütter im Alter zwischen 13 und 18 Jahren teil. Das durchschnittliche Alter der Probandinnen zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens ihrer Schwangerschaft betrug $\bar{x}$ 16,27 (+/- 1,34) Jahre. Um einen Vergleich bzw. Unterschiede im Bezug auf Verhütungsverhalten, Planung der Schwangerschaft, Beziehung zum Kindsvater, Schwangerschaftsverlauf bzw. -beschwerden, Gewichtsstatus, Gesundheitsverhalten, institutionelle und familiäre Betreuungssituation etc. zwischen sehr jungen (werdenden) Müttern und älteren jungen (werdenden) Müttern, deren Wachstum bereits abgeschlossen ist, ziehen zu können, wurden die Probandinnen in zwei Altersgruppen geteilt (siehe Abbildung 12 auf der folgenden Seite). Altersgruppe 1 umfasst die Jugendlichen zwischen dem 13. und dem 16. Lebensjahr, die Altersgruppe 2 die 17- bis 18-Jährigen. Somit liegt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den zwei Altersgruppen vor, was für die weitere statistische Auswertung von Bedeutung ist.

Tabelle 6: Altersverteilung der schwangeren Frauen unter 18

Alter	Häufigkeit	Gültige Prozente (%)
13	1	2
14	5	9,8
15	8	15,7
16	13	25,5
17	13	25,5
18	11	21,6
Gesamt	51	100

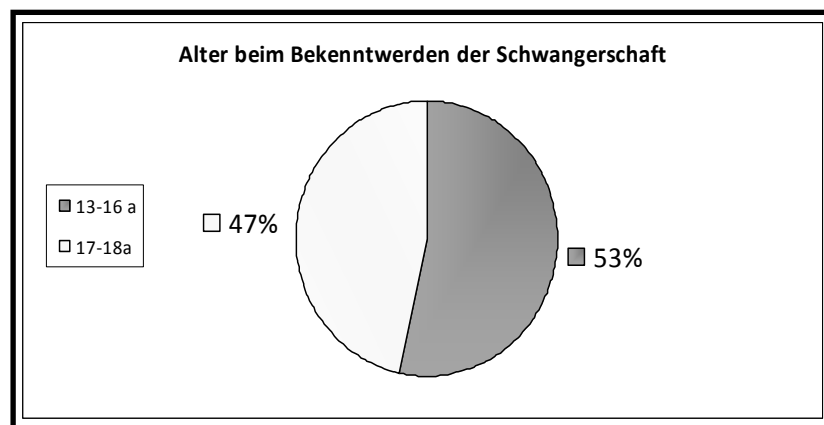


Abb. 12: Unterteilung der Probandinnen in die Altersgruppe der 13- bis 16-Jährigen und in die Gruppe der 17- bis 18-Jährigen

Eine Unterteilung in die zwei Altersgruppen und die anschließende Berechnung, ob sich diese im durchschnittlichen Alter beim Bekanntwerden der Schwangerschaft unterscheiden würden, konnte nicht festgestellt werden.

5.1.2 Familienstand der jungen (werdenden) Mütter

Der Großteil der Probandinnen war zum Zeitpunkt der Befragung ledig (68,6%), 15,7% lebten in einer Lebensgemeinschaft mit einem Partner. 9,8% der jungen (werdenden) Mütter waren verheiratet und 5,9% verlobt. Von den 31 Probandinnen, die sich in einer festen Beziehung befinden, sind 79,2% der Altersgruppe 2 zuzuordnen (17-18a) und 44,4% der Altersgruppe 1 (13-16a), d. h. dass die älteren Probandinnen signifikant häufiger eine Beziehung zum Kinds-

vater hatten bzw. haben als die jüngeren Probandinnen dieser Stichprobe ($\chi^2=6,98$; $df=2$; $p=0,30$).

5.1.3 Schulbildung

Abbildung 13 zeigt, dass von den 51 befragten jugendlichen (werdenden) Müttern, 28 einen Hauptschulabschluss haben, 11 einen Abschluss einer Allgemeinbildenden höheren Schule, wobei 9 Probandinnen die Unterstufe abgeschlossen haben und 2 bereits maturiert haben.

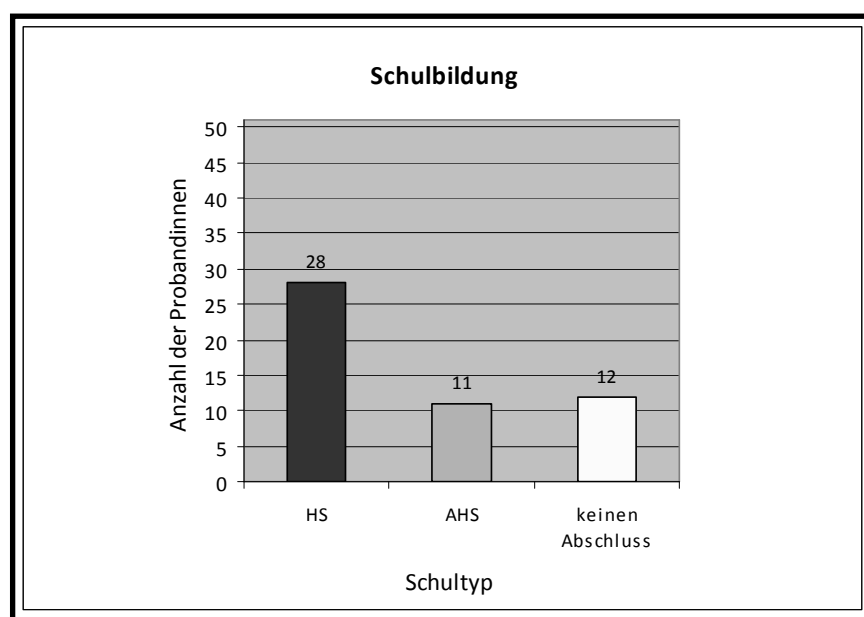


Abb. 13: Ausbildungsstatus der jungen (werdenden) Mütter

5.1.4 Tätigkeit bzw. berufliche Aussichten der jungen (werdenden) Mütter

Die folgende grafische Darstellung (Abb. 14) gibt einen Überblick über die Verteilung der derzeitigen Tätigkeiten der untersuchten Jugendlichen. Von den 51 jungen (werdenden) Müttern, die sich an der Studie beteiligten, gingen 39,9% zum Zeitpunkt der Befragung zur Schule, 19,6% waren in Karenz, 7,8% waren berufstätig, 7,8% machten keine Angabe, 3,9% machten eine Lehre, 3,9% waren zu Hause als Hausfrau tätig und weitere 3,9% suchten gerade eine Arbeitsstelle.

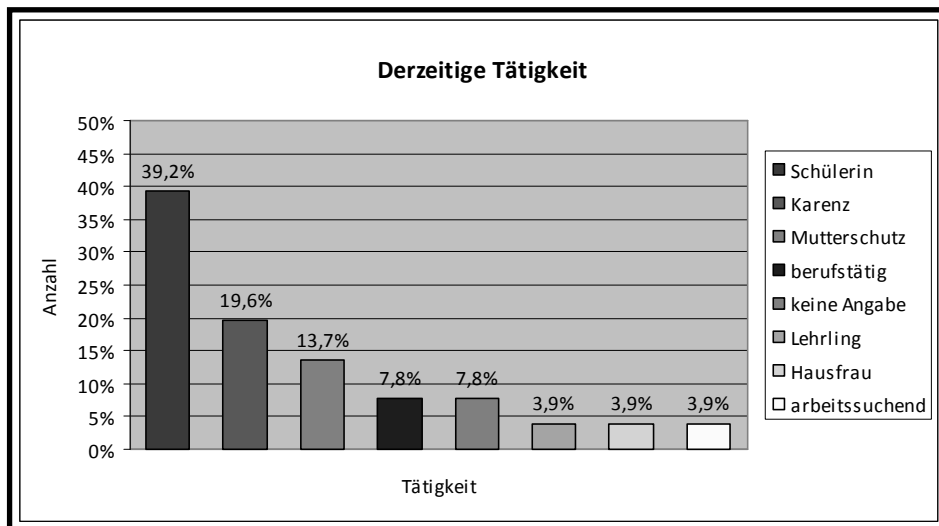


Abb. 14: Derzeitige Tätigkeit der jugendlichen Mütter

Der überwiegende Anteil der befragten jungen (werdenden) Mütter hatte konkrete Vorstellungen bezüglich ihrer Ausbildung und ihrer Berufswünsche. 74,4% der Probandinnen gaben an, einer Ausbildung bzw. einen bestimmten Beruf nachgehen zu wollen, wohingegen 25,5% derzeit noch nicht wussten, was sie in naher Zukunft bezüglich ihrer beruflichen Tätigkeit machen werden.

5.1.5 Informationen zur Familie, zur Wohnsituation und zur finanziellen Situation der jungen (werdenden) Mütter

Um weitere Informationen über den sozioökonomischen Status der jungen (werdenden) Mütter einzuholen, wurden auch die Berufssituation der Eltern und die eigene Wohnsituation erfragt. Weiters wurde ermittelt, wodurch die jungen (werdenden) Mütter ihren Lebensunterhalt verdienen. Wie aus den Abbildungen 15 und 16 zu entnehmen ist, hat die Mehrheit der Probandinnen bei der derzeitigen Tätigkeit des Vaters „keine Angabe“ angegeben (21,6%). Wohingegen der Prozentsatz bei den Müttern bei „keine Angabe“ mit 3,9% weitaus geringer ist. 2% der Väter und 7,8% der Mütter waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. Die Mütter waren größtenteils in einem Angestelltenverhältnis (Mütter 27,5% vs. Väter 17,5%), während die Väter eher selbstständig bzw. freiberuflich tätig waren (Väter 19,6% vs. Mütter 9,8%). Bei den Müttern waren weitaus mehr als Hausfrauen tätig (23,5%) als Hausmännern bei den Vätern (3,9%). 5,9% der Väter arbeiteten als leitende bzw. quali-

fizierte Angestellte und Beamte. Bei den Müttern war der Anteil der leitenden bzw. qualifizierten Angestellten mit 9,8% höher als der leitenden bzw. qualifizierten Beamtinnen mit 3,9%. Als ungelernte/r FacharbeiterIn waren 9,8% der Männer und 5,9% der Frauen tätig. 15,7% der Väter und 7,8% der Mütter arbeiteten als Facharbeiter.

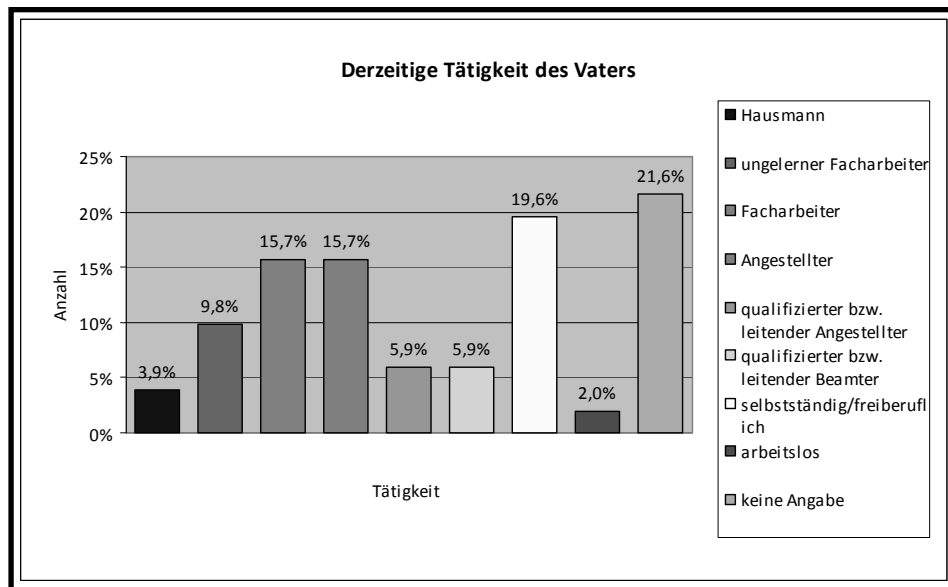


Abb. 15: Derzeitige Tätigkeit der Väter (nicht Kindsväter) der jugendlichen Mütter

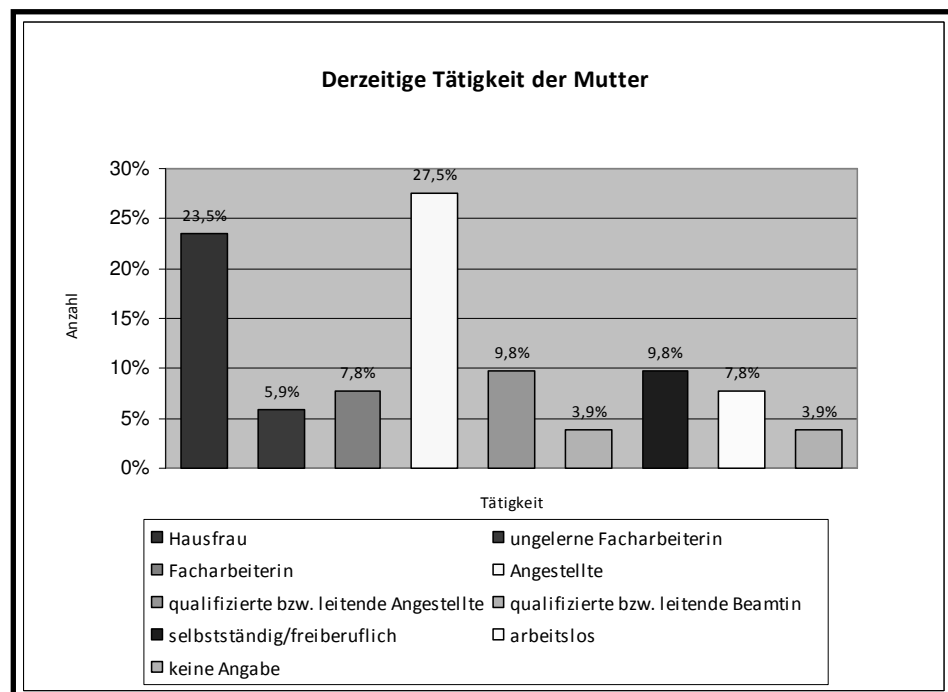


Abb. 16: Derzeitige Tätigkeit der Mütter der jugendlichen Mütter

Der Großteil der jungen (werdenden) Mütter lebte zum Zeitpunkt der Befragung bei den Eltern (56,9%). 19,5% der Probandinnen wohnten bei ihren Partnern und 15,7% bewohnten Mutter-Kind-Einrichtungen. Ein relativ geringer Anteil der Jugendlichen lebte alleine (5,9%) bzw. bei den Großeltern (2%).

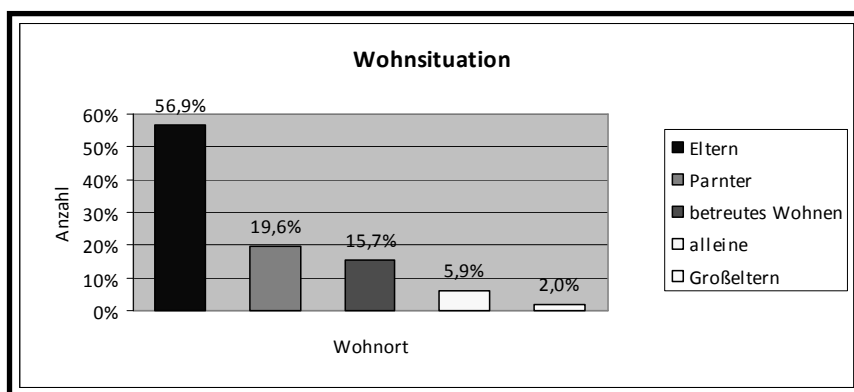


Abb. 17: Wohnsituation der jungen (schwangeren) Mütter

Abbildung „Lebensunterhalt“ stellt die finanzielle Lage der Jugendlichen dar. Aus ihr ist abzulesen, dass ein Großteil der Jugendlichen von den Eltern (41,4%) und von Beihilfen (39,2%) abhängig ist, was angesichts der Tatsache, dass die meisten Jugendlichen noch zur Schule gehen bzw. sich in Ausbildung befinden, nicht überraschend ist. 13,7% der Probandinnen gaben an, dass sie ihren Lebensunterhalt durch eigenes Einkommen finanzierten und 5,9% waren zum Zeitpunkt der Erhebung finanziell von ihrem Partner abhängig.

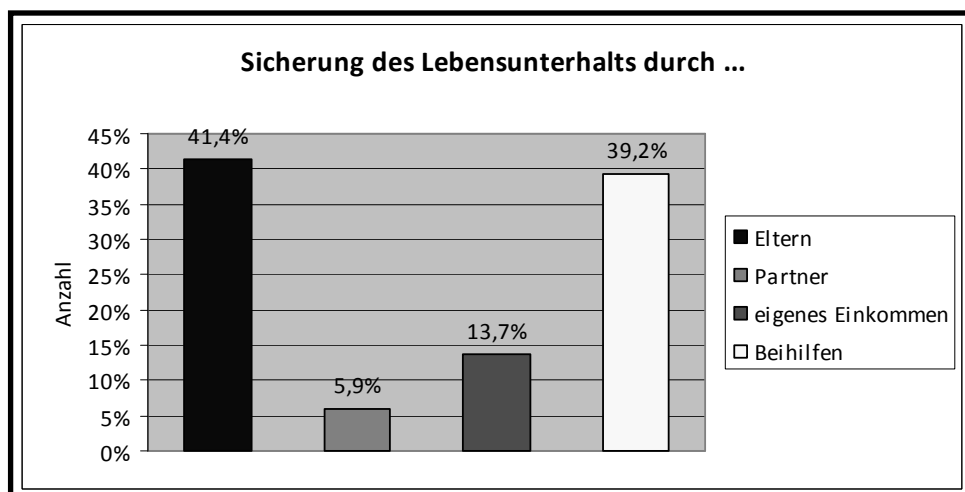


Abb. 18:
Lebensunterhalt
der jungen
(werdenden)
Mütter

5.1.6 Personen im Familien- bzw. Freundeskreis, die sehr früh schwanger wurden

Das Alter in dem die Mütter schwangerer Jugendlicher ihr erstes Kind bekamen, reichte von 16 bis 37 Jahren. Das durchschnittliche Alter betrug $\bar{x}$ 22,31 (+/- 4,51) Jahre, d. h., dass ihre Kinder im Mittel um 6 Jahre früher schwanger wurden als sie selbst. 17,6% der Mütter wurden ebenfalls als Jugendliche schwanger. Der Großteil der Mütter hat ihr 1. Kind zwischen dem 19. und 25. Lebensjahr bekommen, 13,9% zwischen dem 26. und dem 37. Lebensjahr.

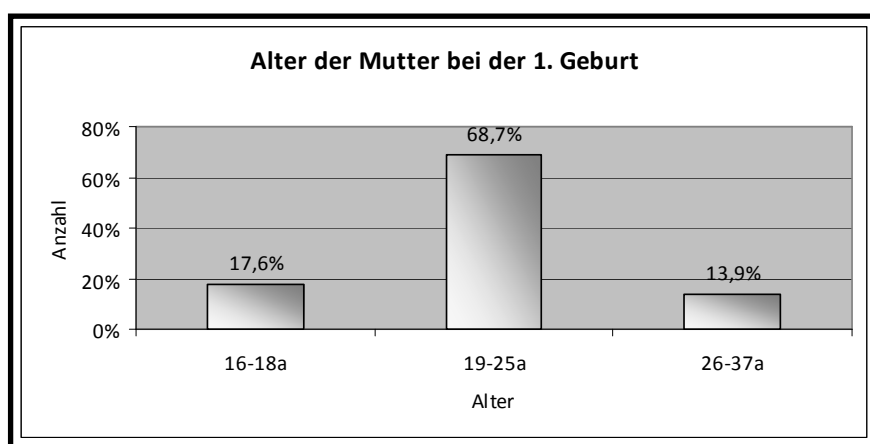


Abb. 19: Alter der Mütter bei der 1. Geburt

Die Mehrheit der jugendlichen Schwangeren gab an, dass im Familien- bzw. Freundeskreis weitere Personen im Jugendalter (<19a) schwanger wurden (58,8%) (siehe Tab. 5).

Tabelle 7: Personen im Umfeld der jungen (schwangeren) Mütter, die ebenfalls früh schwanger wurden

Personen	durchschnittliches Alter	Häufigkeit	Gültige Prozente %
Mutter	16,89 (+/- 0,60)	9	17,6
Schwester	17 (+/- 0,0)	2	3,9
Tante	16,60 (+/- 0,55)	5	9,8
Großmutter	16,33 (+/- 1,16)	3	5,9
Cousine	17 (+/-)	1	2
Freundin	15,33 (+/- 1,11)	15	29,4
Gesamt		35	68,6

Aus der Tabelle 7 geht hervor, dass die weiblichen Familienmitglieder zu 39,2% ebenfalls sehr früh schwanger wurden, die Mütter im Durchschnitt mit $\bar{x}$ 16,89 (+/- 0,60) Jahren, die

Schwestern im Durchschnitt mit $\bar{x}$ 17 (+/- 0,0) Jahren, die Tanten im Durchschnitt mit $\bar{x}$ 16,60 (+/- 0,55) Jahren, die Großmütter im Durchschnitt mit $\bar{x}$ 16,33 (+/- 1,16). Eine Probandin gab ihre Cousine mit einem Alter von 17 Jahren an. Von den 51 Probandinnen gaben 15 (29,4%) an, dass ihre Freundinnen ebenfalls im Jugendalter ein Kind zur Welt brachten. Diese hatten ein durchschnittliches Alter von $\bar{x}$ 15,33 (+/- 1,11).

5.1.7 Partnerschaftsstatus, Beruf und Alter des Kindsvaters

Insgesamt hatten zum Zeitpunkt der Befragung 60,8% der Probandinnen eine feste Beziehung mit dem Kindsvater. Die älteren Probandinnen hatten signifikant häufiger eine feste Beziehung ($\chi^2=6,98$; $df=2$; $p=0,30$). 3,9% der Probandinnen gaben an, den Kindsvater nicht zu kennen. Das durchschnittliche Alter der Kindsväter betrug $\bar{x}$ 19,6 (+/- 3,53) Jahre. 50% der Kindsväter waren ebenfalls noch im Jugendalter zum Zeitpunkt der Vaterschaft. Die jüngeren Probandinnen (13-16a) hatten im Mittel auch die jüngeren Väter [$\bar{x}$ 18,68 (+/- 3,89) Jahre] im Vergleich zu den älteren Probandinnen (17-18a), deren Partner im Durchschnitt $\bar{x}$ 20,65 (+/- 2,82) Jahre alt waren ($p=0,049$). Zur schulischen bzw. beruflichen Situation der Kindsväter ist zu sagen, dass 37,3% der Kindsväter während der Untersuchung bereits arbeitstätig waren, 29,4% besuchten noch eine Schule, 11,8% waren arbeitslos, bei weiteren 11,8% gab es keine Angabe, 7,8% machten eine Lehre und 2% waren Studenten.

Auf die Frage, inwieweit die jungen (werdenden) Mütter von den Kindsvätern unterstützt werden, zeigt sich folgendes Bild: Die jungen Mütter erhielten zu 58,8% eine finanzielle Unterstützung durch ihren Partner. Diese Absicherung ist bei den älteren Schwangeren weit- aus häufiger gegeben als bei den jüngeren ($\chi^2=2,7$; $df=1$; $p=0,1$; nicht signifikant), was auch an der beruflichen Situation der Väter liegt, da sich die jüngeren Väter zum Zeitpunkt der Untersuchung großteils selbst noch in Ausbildung befanden. Weitere 49% erhielten ebenfalls eine emotionale Unterstützung. 47,1% der Kindsväter halfen bei der Beutreuung der Kinder bzw. werden mithelfen. Auch in diesen zwei Punkten, der emotionalen Unterstützung ($\chi^2=3,29$; $df=1$; $p=0,069$; nicht signifikant) und der Betreuung durch die Kindsväter ($\chi^2=2,31$; $df=1$; $p=0,13$; nicht signifikant), involvieren sich die Kindsväter der älteren (werdenden) Mütter häufiger.

5.2 Angaben zu Reproduktion und Kontrazeption

Unter dem Punkt „Reproduktion und Kontrazeption“ wurde erhoben, zu welchem Zeitpunkt die Probandinnen ihre erste Regelblutung (Menarche) hatten, wann sie ihre ersten Koitus-erfahrungen gemacht haben, zu welchem Zeitpunkt sie einen Frauenarzt/eine Frauenärztin aufgesucht haben und aus welchen Grund bzw. Gründen sie diese/n aufgesucht haben.

Als adäquates Vorsorgeverhalten wurde der Besuch von Frauenärzten, die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und die Beanspruchung von institutioneller Betreuung und Unterstützung gewertet.

Weiters wurde das Verhütungsverhalten der jungen (werdenden) Mütter im Rahmen dieser Studie erfragt. Die Kenntnisse über die „Pille danach“ waren ebenfalls von großem Interesse. Der abschließende Punkt dieses Untersuchungsgebietes behandelt die sexuelle Aufklärung durch die Familie, die Peers und die Institution Schule.

Die Ergebnisse, die sich für diese Fragestellungen ergeben, dienen dazu, Aussagen über die reproduktive Gesundheit der Jugendlichen treffen zu können und weiters Rückschlüsse auf die Ursachen bzw. Gründe für eine ungewollte Schwangerschaft bzw. die Risikobereitschaft der Jugendlichen zu ermöglichen, um gegebenenfalls präventive Maßnahmen setzen zu können.

5.2.1 Menarche

Unter Menarche versteht man, wie bereits im Theorieteil erwähnt, das erste Auftreten der Regelblutung in der Pubertät. Das durchschnittliche Menarchealter der Probandinnen betrug $\bar{x}$ 12,16 (+/- 1,35) Jahre. Ein Vergleich der Altersgruppen mit dem t-Test ergab, dass sich die jüngere Altersgruppe in ihrem durchschnittlichen Alter nicht von der älteren Gruppe unterscheidet (13-16a $\bar{x}$ 12,04 (+/- 1,16) Jahre; 17-18a $\bar{x}$ 12,29 (+/- 1,55) Jahre]. Das jüngste Mädchen war beim ersten Auftreten ihrer Regelblutung 9 Jahre alt, das älteste Mädchen 15 Jahre alt. Die Grafik macht deutlich, dass die Mehrzahl der Mädchen ihre Menarche zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr hatte.

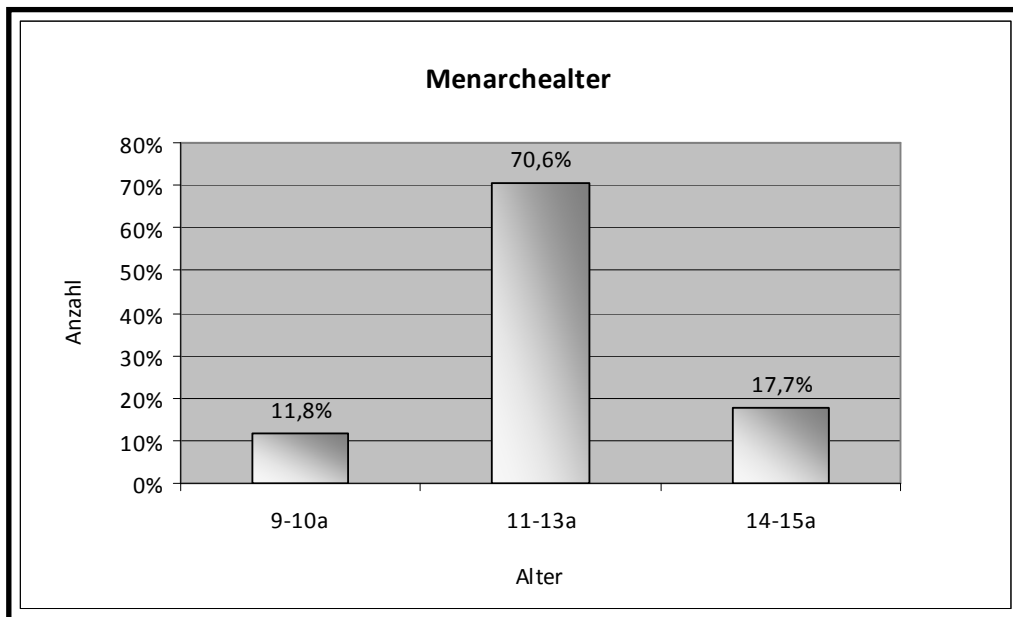


Abb. 20: Menarchealter

5.2.2 Gynäkologisches Alter

Das gynäkologische Alter entspricht der Differenz zwischen biologischem Alter und dem Alter der Menarche. Als niedriges gynäkologisches Alter wird laut Heidiger et al. (1997) ein Alter von 2 oder weniger Jahren angenommen, welches wiederum ein Kriterium für die biologische Unreife eines Mädchens darstellt.

Das gynäkologische Alter der Probandinnen liegt bei dieser Untersuchung durchschnittlich bei $\bar{x}$ 4,12 (+/- 1,73) Jahre mit einem Minimalwert von 1 Jahr und einem Maximalwert von 8 Jahren. 7 der 51 Probandinnen, oder 13,8% der Gesamtstichprobe wiesen ein niedriges gynäkologisches Alter auf.

Verglichen mit den beiden Altersgruppen konnte gezeigt werden, dass signifikant häufiger die jüngere Altersgruppe (16-16a) das niedrigere gynäkologische Alter hatte ($\chi^2=19,25$; $df=6$; $p=0,04$). Eine genaue Verteilung des gynäkologischen Alters der Probandinnen findet sich im Folgenden in Tabelle 8 (siehe nächste Seite).

Tabelle 8: Verteilung des gynäkologischen Alters

gynäkologisches Alter	Häufigkeiten	gültige Prozente %
1	1	2,0
2	6	11,8
3	17	33,3
4	8	15,7
5	8	15,7
6	7	13,7
8	4	7,8
Gesamt	51	100

5.2.3 Der erste Geschlechtsverkehr

Das durchschnittliche Alter der Probandinnen beim ersten Geschlechtsverkehr betrug $\bar{x}$ 14,47 (+/- 1,41) Jahre. Die Grafik (siehe Abbildung 21) zeigt, dass 76,5% der Mädchen bei ihrem ersten Koitus zwischen 14 und 16 Jahre alt waren. 17,6% der Mädchen waren jünger als 14 und 5,9% älter als 16 Jahre.

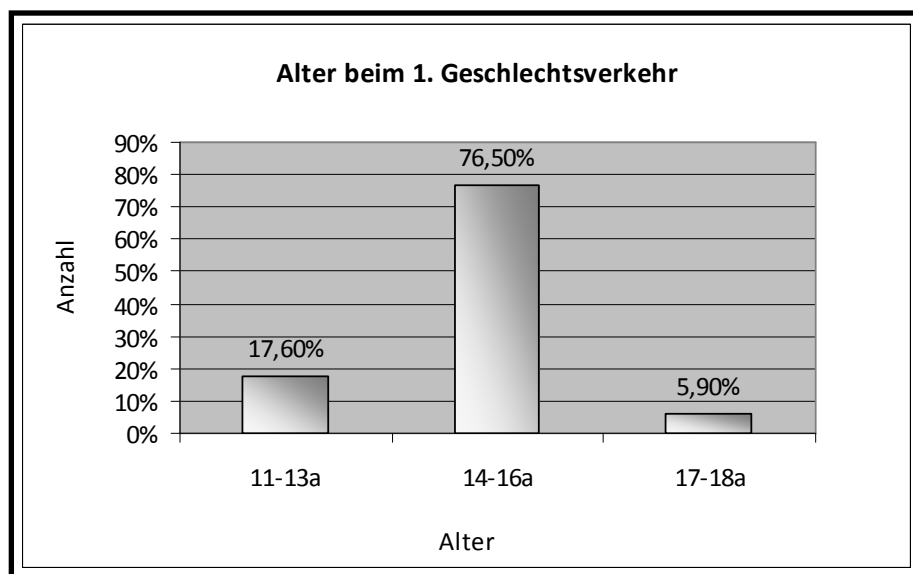


Abb. 21: Alter beim 1. Geschlechtsverkehr

Die jüngere Altersgruppe (13-16a) hatte im Durchschnitt früher ihren ersten Koitus [$\bar{x}$ 13,93 (+/- 1,07) Jahre] als die 17- bis 18-jährigen [$\bar{x}$ 15,08 (+/- 1,50) Jahre] ($p=0,03$).

5.2.4 Der erste Besuch bei einem Frauenarzt/eine Frauenärztin und seine Gründe

Die Jugendlichen waren im Durchschnitt mit $\bar{x}$ 14,47 (+/- 1,60) Jahren zum ersten Mal bei einem Frauenarzt. Aus der Abbildung 18 ist ersichtlich, dass im Alter von 14 bis 16 Jahren Jugendliche am häufigsten einen Frauenarzt aufsuchten (74,5%).

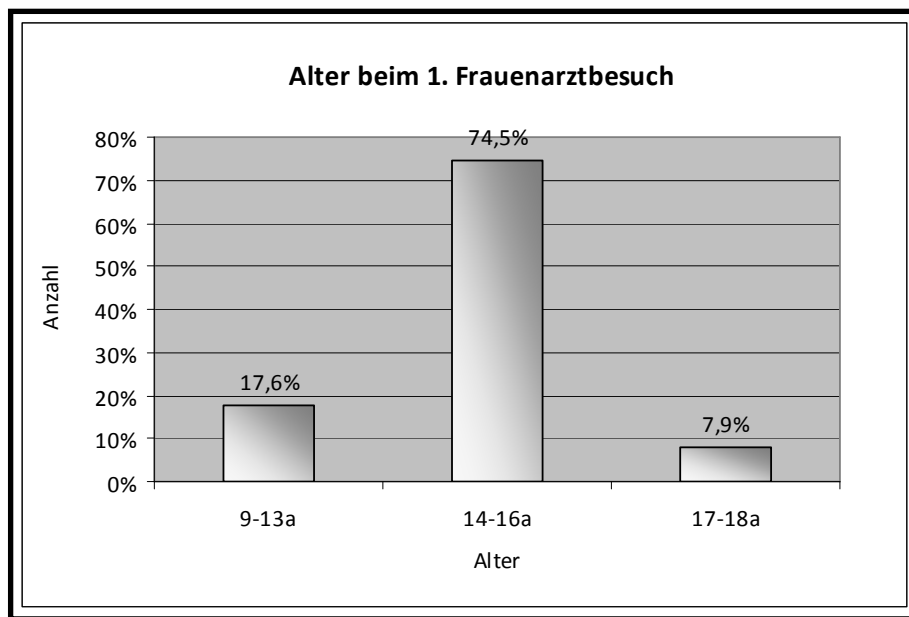


Abb. 22: Alter beim 1. Frauenarztbesuch

In Bezug auf den ersten Frauenarztbesuch unterscheidet sich die jüngere Altersgruppe im durchschnittlichen Alter zu den 17- bis 18-Jährigen nicht [13-16a $\bar{x}$ 14,44 (+/- 1,31) Jahre vs. 17-18a $\bar{x}$ 14,50 (+/- 1,91) Jahre; $p=0,905$] .

Im Folgenden werden die Gründe für den ersten Frauenarztbesuch der Jugendlichen aufgelistet:

- 37,3% suchten einen Frauenarzt aufgrund des Rates der Mutter auf,
- 35,3% um sich über Verhütungsmittel zu informieren,
- 31,4% infolge einer bereits bestehenden Schwangerschaft,
- 23,5% anlässlich einer Vorsorgeuntersuchung.

- 3,9% der Probandinnen besuchten den Frauenarzt wegen einer medizinischen Notwendigkeit (z. B. Infektionen etc.).
- Jeweils 2% der jungen Frauen suchten einen Frauenarzt auf, weil ihnen eine Freundin dazu geraten hatte bzw. weil sie sich Verhütungsmittel verschreiben lassen wollten.

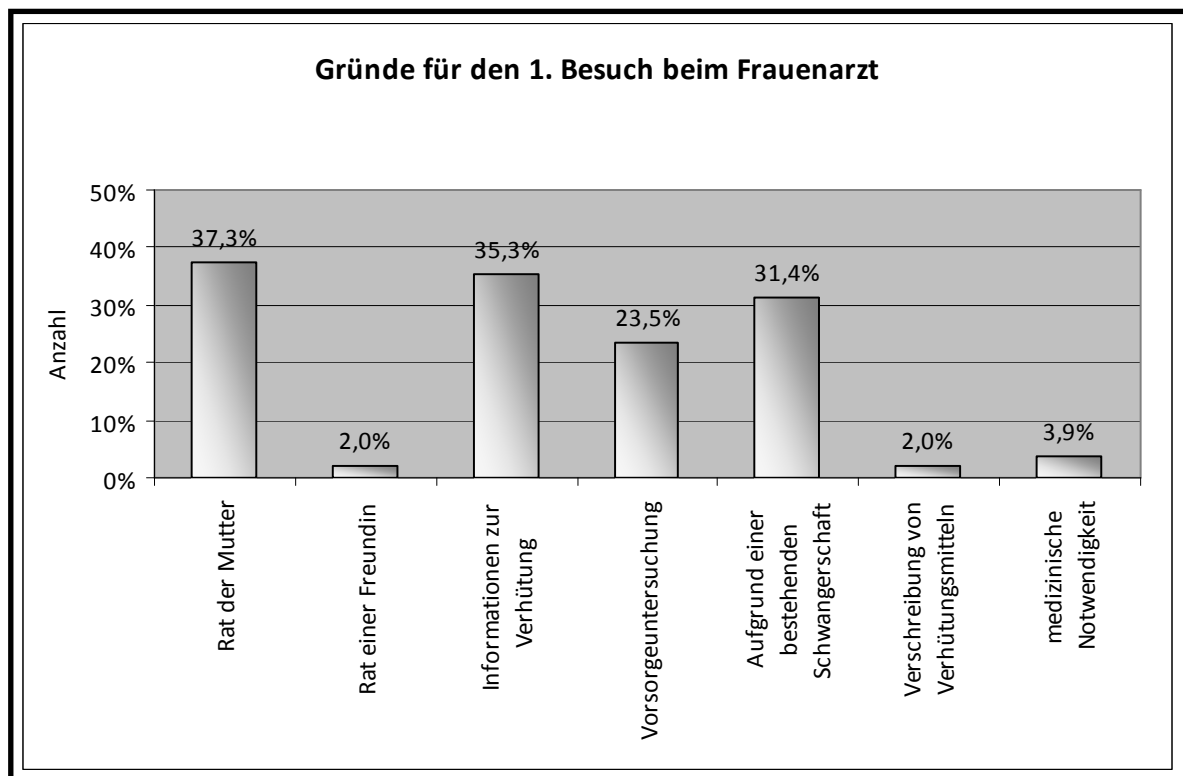


Abb. 23: Gründe für den 1. Frauenarztbesuch

5.2.5 Verhütung

60,8% der Probandinnen gaben an, dass sie beim Geschlechtsverkehr verhüten, während 35,3% manchmal verhüten und 3,9% nie verhüten.

Um die Dimensionen Alter und Verhütungsverhalten miteinander in Verbindung zu setzen wurden Kreuztabellen erstellt, die zeigen, dass sich das Verhütungsverhalten der 13- bis 16-Jährigen deutlich von jenem der 17- bis 18-Jährigen unterscheidet.

Weitaus häufiger, aber nicht signifikant, verhüteten die älteren Probandinnen zum Zeitpunkt der Befragung (70,8% im Gegensatz zu 51,9% der jüngeren Vergleichsgruppe). Aus der Abbildung 24 (siehe folgende Seiten) ist ersichtlich, dass die Pille (47,1%) und das Kondom (66,7%) jene Verhütungsmittel sind, mit denen die jungen (werdenden) Mütter vorwiegend verhüten. Die älteren Probandinnen (62,5%) verhüten signifikant ($\chi^2=4,339$; $df=1$; $p=0,037$) häufiger mit der Pille als die jüngeren Probandinnen (33,3%). Bei der Verwendung des Kondoms zeigt sich, dass die jüngeren eher das Kondom als Verhütungsmittel anwenden (13-16a 70,4% vs. 17-18a 62,5%, aber nicht signifikant). Verhütungsmittel wie das Diaphragma, der Koitus Interruptus, das Hormonpflaster und die 3-Monatsspritze werden im Allgemeinen von den Jugendlichen im Vergleich zur Pille oder zum Kondom seltener angewandt. Das Diaphragma wurde von den älteren Probandinnen (13-16a 0% vs. 16-17a 4,2%, nicht signifikant), der Koitus Interruptus von den jüngeren Probandinnen (13-16a 3,7% vs. 17-18a 3,7%, nicht signifikant), das Hormonpflaster eher von den älteren (13-16a 3,7% vs. 17-18a 12,5%, nicht signifikant) und auch die 3-Monatsspritze eher von den älteren (13-16a 3,7% vs. 17-18a 8,3%) als Verhütungsmittel gewählt.

Wenn Jugendliche nicht verhüten, geschieht dies aus folgenden Gründen: 37,3% gaben an, auf die Verhütung vergessen zu haben, 25,5% haben die Hoffnung, dass nichts passiert, bei 9,8% der Probandinnen ist Verhütung eine Kostenfrage. Ferner gaben 9,8% an, nicht zu verhüten, weil die Schwangerschaft geplant war. 7,8% der Jugendlichen empfinden Verhütung als lästig. Weitere 7,8% gaben an, nicht verhütet zu haben, weil der Koitus spontan und nicht geplant war. Die Gründe „zu teuer“ (13-16a 14,8% vs. 17-18a 4,2%, nicht signifikant), „Hoffnung, dass nichts passiert“ (13-16a 33,3% vs. 17-18a 16,7%, nicht signifikant), „vergessen“ (13-16a 48,1% vs. 17-18a 25%, nicht signifikant), „lästig“ ($\chi^2=3,86$; $df=1$; $p=0,05$), „ungeplanter Koitus“ ($\chi^2=3,86$; $df=1$; $p=0,05$) waren bei den jüngeren Probandinnen stärker ausgeprägt. Die gewollte Schwangerschaft als Grund für die Nichtverhütung wurde eher von den älteren Jugendlichen angegeben (13-16a 7,4% vs. 17-18a 12,5%, nicht signifikant).

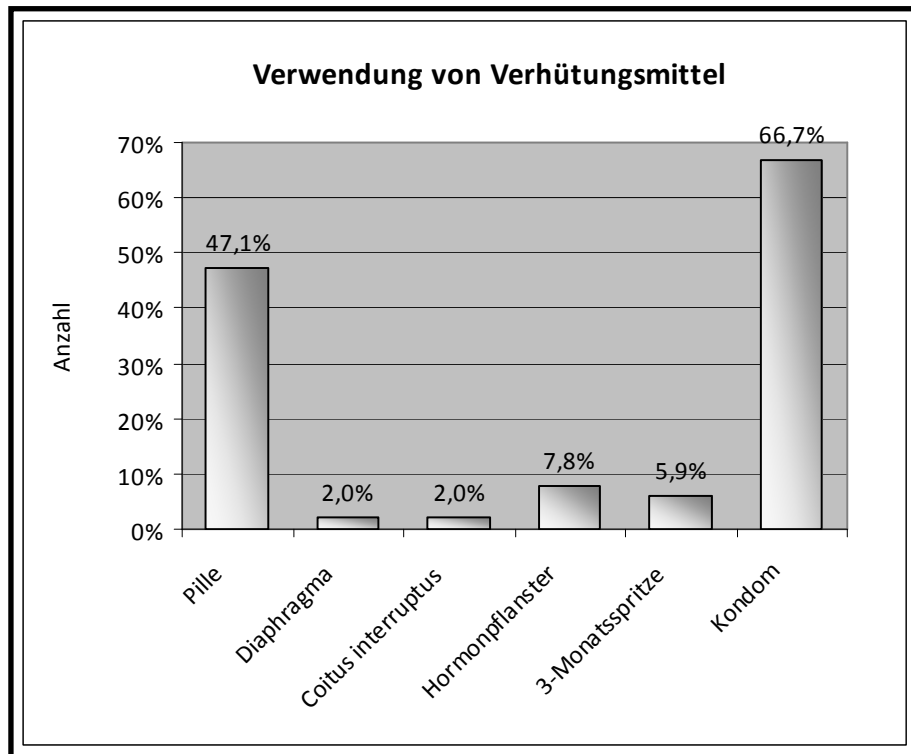


Abb. 24: Verwendung von Verhütungsmittel

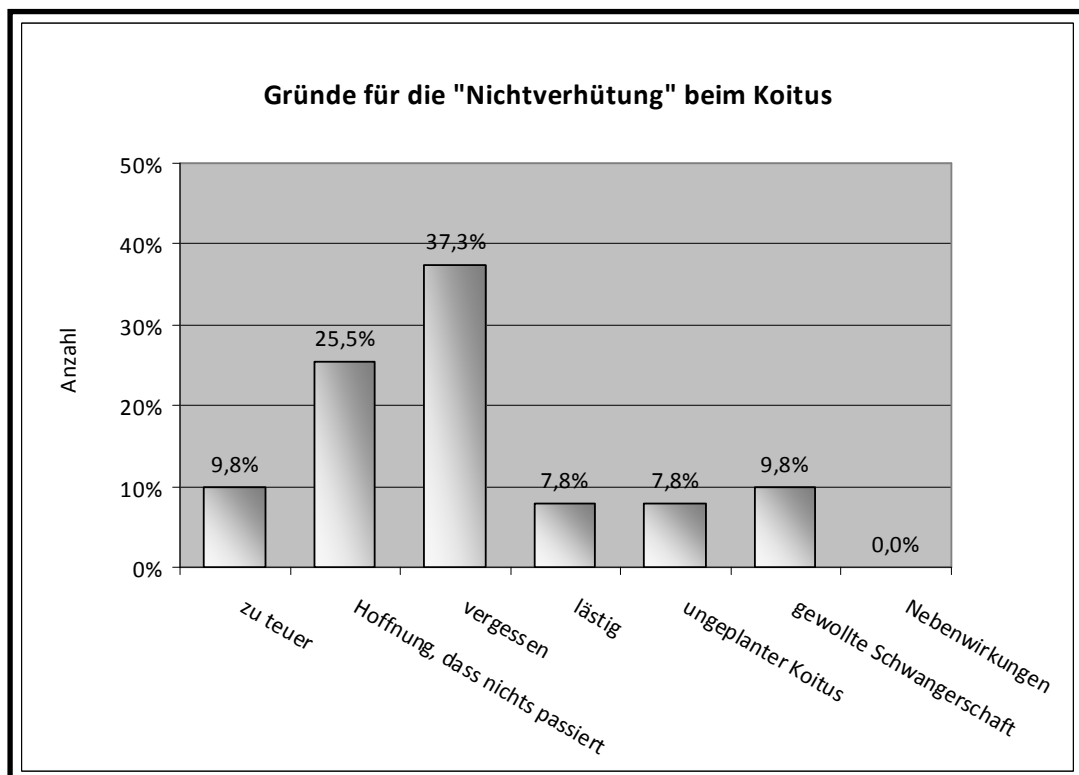


Abb. 25: Gründe für die „Nichtverhütung“ beim Koitus

5.2.6 Die „Pille danach“

Aus Tabelle 9 gehen die Kenntnisse junger schwangerer Frauen über die „Pille danach“ hervor. Demnach weiß der Großteil der Probandinnen über die Wirkung der „Pille danach“ nicht Bescheid.

Die Altersverteilung in Altersgruppe 1 und 2 wiesen keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf die Kenntnisse über die „Pille danach“ auf. Jeweils 22 Personen beider Altersgruppen gaben an, über die „Pille danach“ informiert zu sein. 4 der 13- bis 16-Jährigen und 5 der 17- bis 18-Jährigen gaben an, sie verhindere den Eisprung. 8 der 13- bis 16-Jährigen und 13 der 17- bis 18-Jährigen gaben an, sie verhindere die Einnistung. Jeweils 2 beider Altersgruppen gaben an, sie zerstöre das Ei. 12 der 13- bis 16-Jährigen und 4 der 17- bis 18-Jährigen gaben an, sie verhindere die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. 15 der 13- bis 16-Jährigen und 18 der 17- bis 18-Jährigen wissen wo die „Pille danach“ erhältlich ist. 33,3% der Probandinnen meinen, die Pille rezeptfrei in einer Apotheke zu erhalten, 31,4% gehen davon aus, dass man sie in einer Apotheke mit Rezept bekommt. 21,6% nehmen an, die „Pille danach“ beim Arzt zu bekommen. 2% glauben die Pille in einem Drogeriemarkt kaufen zu können.

Tabelle 9: Kenntnis über die „Pille danach“

	Häufigkeit	Gültige Prozente (%)
kennen die Pille danach	44	86,3
kennen sie nicht	3	5,9
waren sich nicht schlüssig	4	7,8
Gesamt	51	100

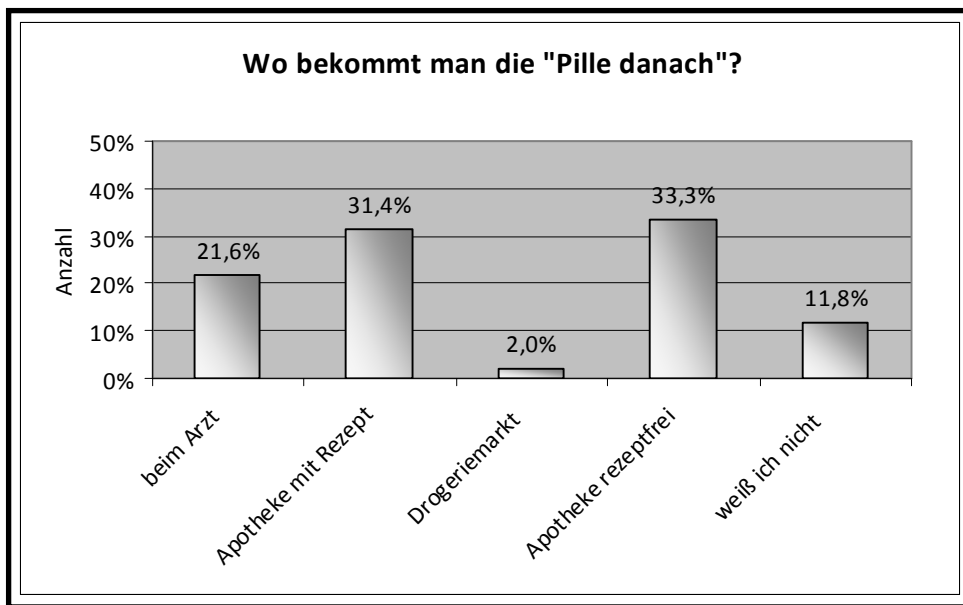


Abb. 26: Wo bekommt man die „Pille danach“?

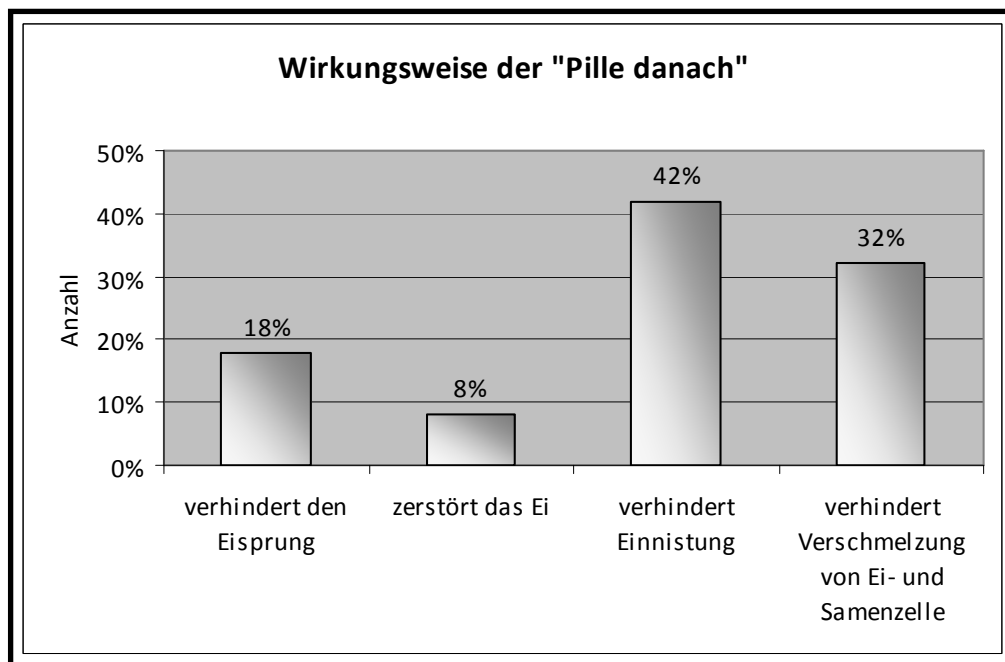


Abb. 27: Wirkungsweise der „Pille danach“

5.2.7 Sexuelle Aufklärung – Familie, Peers und die Institution Schule

Ein weiterer Forschungsaspekt, der mit dem Thema Jugendschwangerschaft eng verbunden ist, stellt die sexuelle Aufklärung dar. Sowohl die Familie, d. h. die Eltern, die Freunde als auch die Schule haben einen großen Einfluss auf die sexuelle Entwicklung, das sexuelle

Selbstverständnis und die sexuellen Kenntnisse und Kompetenzen der Jugendlichen, die wiederum wichtige Schlüsselpunkte darstellen, um eine ungeplante Schwangerschaft im Jugendalter vermeiden zu können. Daher wurde es im Rahmen dieser Untersuchung für relevant empfunden, diese Themen ebenfalls anzuschneiden.

5.2.7.1 Wer ist für die sexuelle Aufklärung der Jugendlichen verantwortlich?

Die Jugendlichen, die an dieser Studie teilgenommen haben, wurden überwiegend durch den Biologieunterricht (74,5%), durch die Mutter (52,9%) und durch Zeitschriften (49%) aufgeklärt. Die Ergebnisse zeigen, dass Aufklärungsgespräche mit dem Vater einen geringen Stellenwert bei den Jugendlichen einzunehmen scheinen (15,7%). Das World Wide Web spielt bezüglich der sexuellen Aufklärung eine etwas größere Rolle (25%). Überraschend war das Ergebnis, dass lediglich 15,7% der Jugendlichen wesentliche Dinge über Sexualität und Verhütung durch ihre Freunde in Erfahrung gebracht haben. Eine Beratung, im Sinne einer Gynäkologin/eines Gynäkologen nahmen nur 3% der Befragten in Anspruch. 2% der Befragten gaben an, überhaupt keine sexuelle Aufklärung erfahren zu haben.

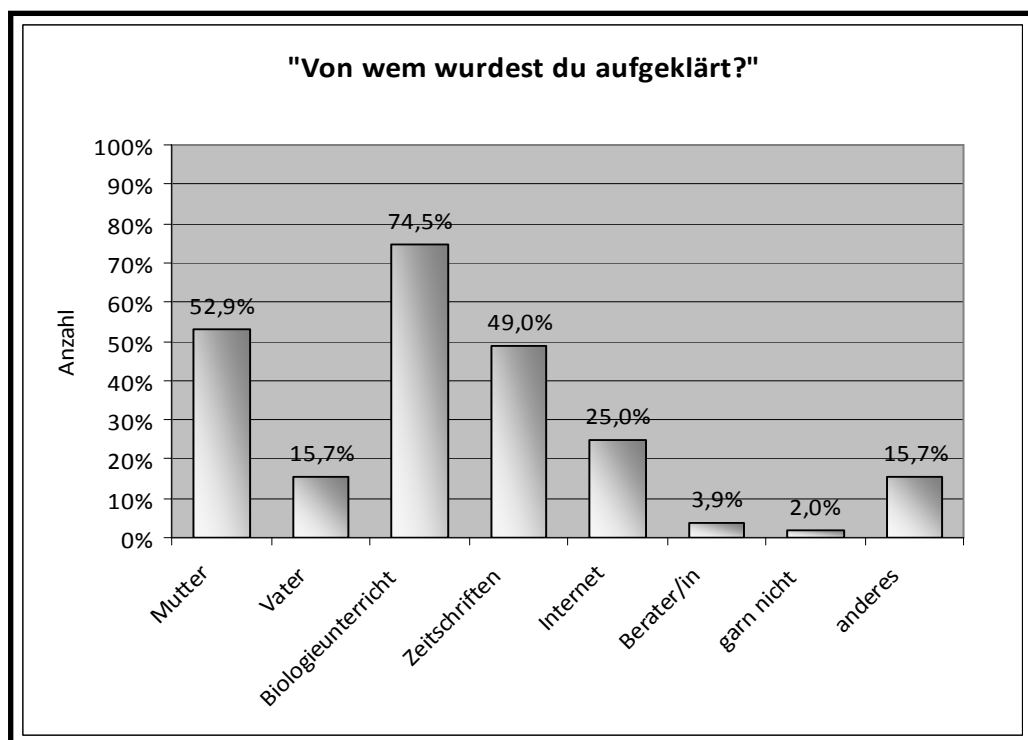


Abb. 28: „Von wem wurdest du aufgeklärt?“

5.2.7.2 Alter zum Zeitpunkt der Aufklärung

Das Durchschnittsalter der Probandinnen bei der schulischen Aufklärung betrug $\bar{x}$ 12,66 (+/- 1,79) Jahre. Die jüngsten Probandinnen waren bei ihrem schulischen Aufklärungsunterricht 7, die ältesten 16. Der Großteil der Probandinnen (66,5%) war zum Zeitpunkt der institutionellen Aufklärung zwischen 11 und 14 Jahre alt, d. h., die SchülerInnen befanden sich in der Unterstufe (HS, AHS, etc.). 12,8% gaben an, in der Volksschule gewesen zu sein, als es um Aufklärung ging und 10,7% der Probandinnen waren bereits in der Oberstufe.

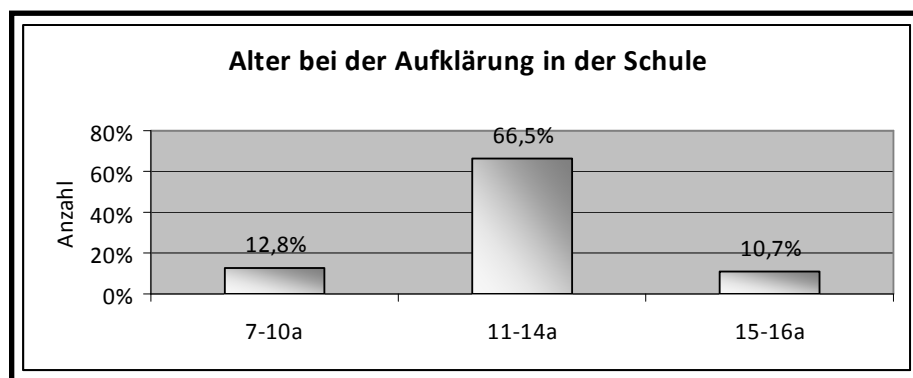


Abb. 29: Alter bei der Aufklärung in der Schule

5.2.7.3 Sexualkundeunterricht in der Institution Schule

Bezüglich des Sexualkundeunterrichts wurden die Jugendlichen gefragt, ob sie ihn altersangemessen und informativ fanden, ob er gut umgesetzt wurde, ob ExpertInnen von außen zugezogen wurden und ob er getrenntgeschlechtlich erfolgte. Des Weiteren wurden die jungen (werdenden) Mütter gefragt, wie ausführlich man über Pubertät, Funktionen der Geschlechtsorgane, Schwangerschaft und Geburt, Geschlechtskrankheiten und Ansteckungsmöglichkeiten, Verhütungsmethoden, emotionale Aspekte von Sexualität und Informationsquellen/Beratungsstellen gesprochen hat. Welche Eindrücke den Probandinnen von ihrem schulischen Sexualkundeunterricht geblieben sind, wird im Folgenden dargestellt.

Die Abbildung 30 macht deutlich, dass der Großteil der Jugendlichen im Großen und Ganzen mit ihrem schulischen Aufklärungsunterricht zufrieden war. Die überwiegende Mehrheit aller Probandinnen gab an, dass der institutionelle Aufklärungsunterricht altersangemessen

(74,5%), informativ (74,4%), gut umgesetzt war (68,1%), d. h. die Jugendlichen hatten das Gefühl, dass die Themen im Unterricht so umgesetzt wurden, dass sie sich auskannten und interessant gestaltet wurden (53,2%). 29,8% der Jugendlichen hätten sich gewünscht, dass der Aufklärungsunterricht früher stattgefunden hätte. ExpertInnen, im Sinne von GynäkologInnen und Beratungsstellen wurden in den wenigsten Fällen hinzugezogen (25,3%). Nur 23,4% der Befragten gab an, dass der Sexualkundeunterricht, den sie erlebt haben, getrenntgeschlechtlich erfolgte.

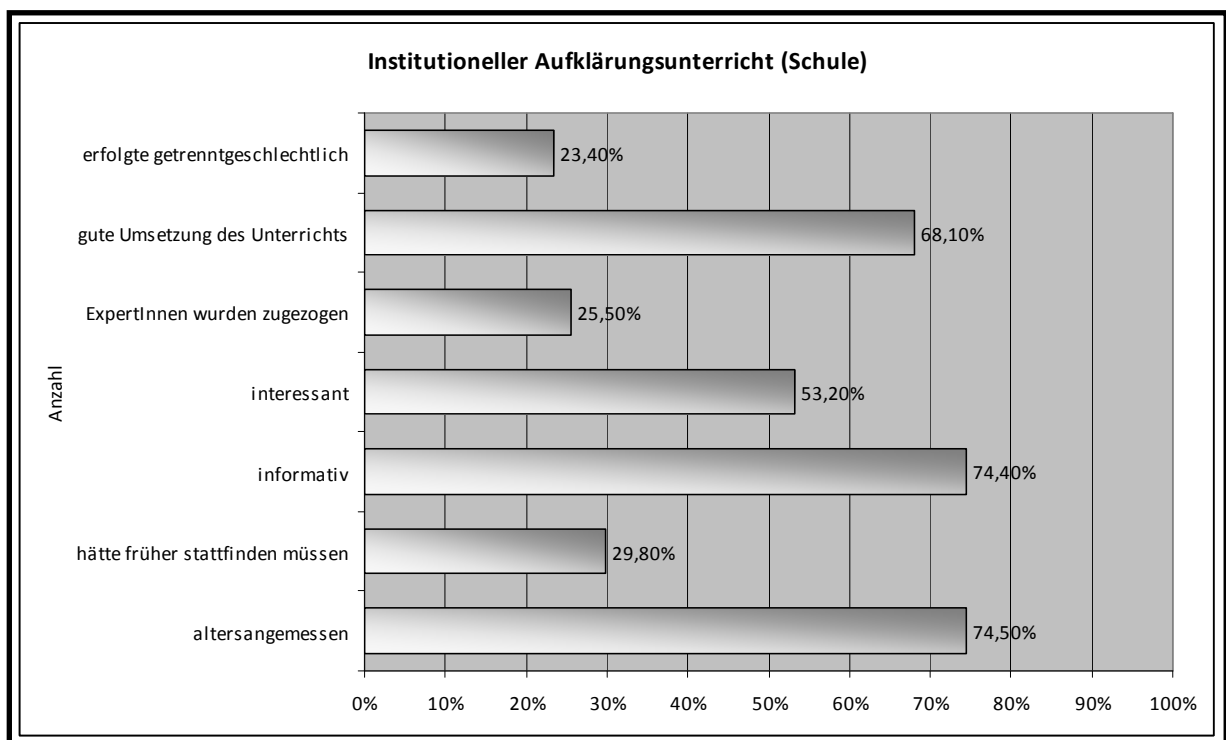


Abb. 30: Institutioneller Aufklärungsunterricht

Aus der Abbildung 31 geht hervor, dass anscheinend der Großteil der Themen einen wichtigen Stellenwert im Sexualkundeunterricht der Jugendlichen eingenommen hat. Sowohl Pubertät (85,1%), Geschlechtsorgane (82,9%), Schwangerschaft und Geburt (68,1%), Geschlechtskrankheiten (65,9%) als auch Verhütung wurden laut den Jugendlichen im Unterricht ausführlich bis ausreichend thematisiert. Was den Befragten in ihrem schulischen Sexualkundeunterricht etwas zu kurz gekommen ist, war der emotionale Aspekt von Sexualität (25,5%). Auch Informationsquellen bzw. Empfehlungen, an wen sich die Jugendlichen bei speziellen Fragen und Problemen hätten wenden können, wurde nur in den wenigsten Fällen (29,8%) ausreichend geboten.

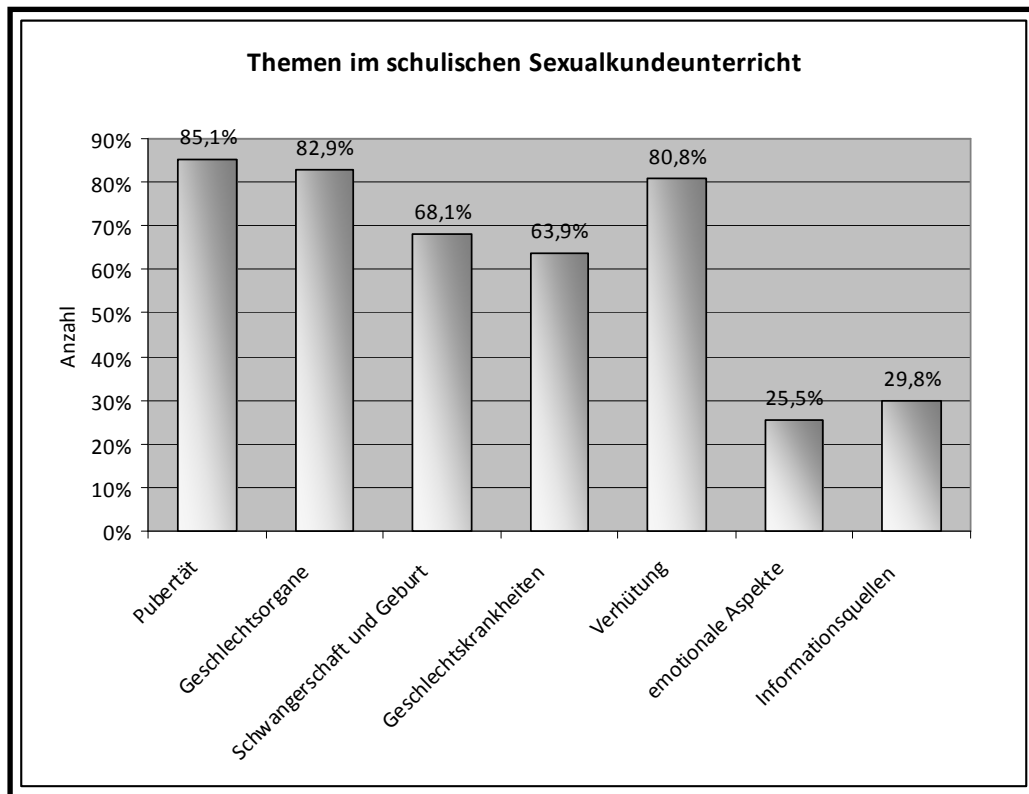


Abb. 31: Themen im schulischen Sexualkundeunterricht

5.3 Angaben zur Schwangerschaft und Geburt

Unter dem Punkt „Schwangerschaft und Geburt“ wurden Informationen zur Schwangerschaft, Schwangerschaftsverlauf, Risiken, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, somatische Gegebenheiten und Veränderungen (Gewichtszunahme der jugendlichen Mütter, gegebenenfalls Geburtsgewicht und -größe der Neugeborenen) und Geburtsmodus der Jugendlichen erhoben.

5.3.1 Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft

Die Jugendlichen haben im Mittel in der 10. SSW (Schwangerschaftswoche ($\bar{x}$ 10,25, +/- 5,02) erfahren, dass sie schwanger sind. Ein Vergleich der beiden Altersgruppen zeigte, dass sich die jungen (werdenden) Mütter in Bezug auf den Zeitpunkt des Bekanntwerdens ihrer Schwangerschaft nicht unterschieden [13-16a $\bar{x}$ 10,7 (+/- 4,5) SSW vs. 16-17a $\bar{x}$ 9,75 (+/- 5,6) SSW; nicht signifikant]. Am frühesten wurde die 4. SSW, am spätesten die 24. SSW an-

gegeben. Der überwiegende Anteil der Jugendlichen (72,5%) befand sich in den ersten 12 SSW als er von ihrer Schwangerschaft erfahren hatte.

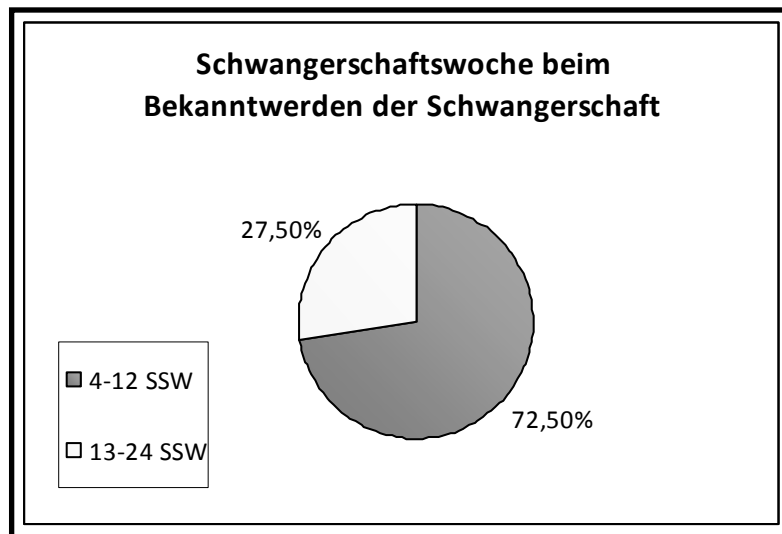


Abb. 32: Schwangerschaftswoche (SSW) beim Bekanntwerden der Schwangerschaft

5.3.2 Gewollte bzw. ungewollte Schwangerschaft

90,2% der Probandinnen gaben an, dass ihre Schwangerschaft ungeplant war. Von jenen 9,8%, deren Schwangerschaft geplant war, waren 2 der 51 Probandinnen unter 17 und 3 über 17 Jahre alt.

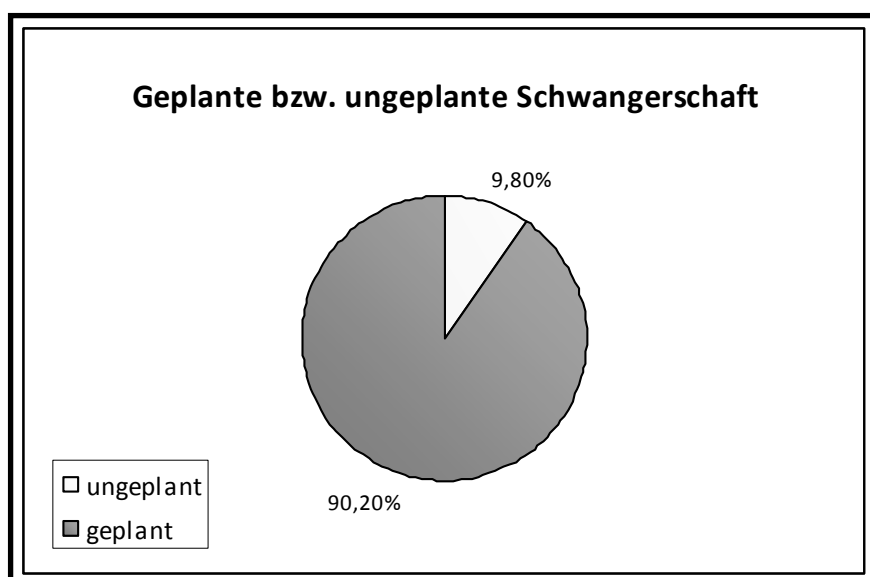


Abb. 33: Geplante bzw. ungeplante Schwangerschaft?

5.3.3 Einstellung der jungen werdenden Mutter und Veränderung der Gefühle im Laufe der Schwangerschaft

In dieser Fragestellung ging es darum, in Erfahrung zu bringen, wie es den Jugendlichen ergangen ist, wie sie sich gefühlt haben, als sie erfahren haben, dass sie schwanger sind. Folgende Antwortkategorien standen für die einzelnen Fragestellungen zur Auswahl: trifft sehr zu, trifft eher zu, trifft wenig zu, trifft gar nicht zu. Für die Auswertung wurden die Antwortkategorien trifft sehr zu und trifft eher zu zusammengezogen.

Es ergab sich folgende Verteilung:

- 66,6% der Probandinnen gaben an, dass sie schockiert waren, als sie von ihrer Schwangerschaft erfahren haben, wobei die jüngeren Probandinnen schockierter als die älteren waren (13-16a 74% vs. 16-17a 58%, nicht signifikant).
- 51% der jugendlichen Schwangeren waren traurig. Von diesen waren die 13- bis 16-jährigen signifikant bekümmelter (66,6%) als die Probandinnen im Alter von 17 bis 18 Jahren (33,4%) ($\chi^2=9,81$; $df=3$; $p=0,020$).
- 62,8% der Befragten waren überfordert mit der Situation und wussten zunächst nicht, wie sie weiter vorgehen sollten (13-16a 66,6% vs. 17-18a 58,3%, nicht signifikant).
- Eine panische Angst hatten nur wenige der Probandinnen beider Altersgruppen (25,4%) (13-16a 25,9% vs. 17-18a 25%, nicht signifikant).
- Alleingelassen haben sich 13,7% der jungen schwangeren Frauen gefühlt. Die jüngeren signifikant stärker (18,5%) als die älteren (8,3%) ($\chi^2=8,42$; $df=3$; $p=0,038$).
- 33,3% fühlten sich der Aufgaben und der Verantwortung, die ein neues Leben mit sich bringen, nicht gewachsen (13-16a 40,7% vs. 17-18a 25%, nicht signifikant).
- 25,5% hatten Angst, dass ihre eigenen Bedürfnisse zu kurz kommen (13-16a 40,7% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant).
- 32,4% hatten Angst, durch die frühe Schwangerschaft etwas zu versäumen bzw. ihre Jugend aufgeben zu müssen (13-16a 37% vs. 17-18a 29,2%, nicht signifikant).
- 58,8% der Probandinnen sahen die Schwangerschaft als gravierenden Einschnitt in ihrem Leben an (13-16a 66,6% vs. 17-18a 50 %, nicht signifikant).

- 43% haben sich trotz des anfänglichen Schocks über die Schwangerschaft gefreut und 54,9% fanden es toll, eine junge Mutter zu sein (13-16a 48,1% vs. 17-18a 62,5%, nicht signifikant). Aufgeteilt in Altersgruppe 1 und 2, haben sich eher die älteren Schwangeren über das Kind gefreut (13-16a 37% vs. 17-18a 50%, nicht signifikant).

Bei 49% der Schwangeren haben sich die Gefühle im Laufe der Schwangerschaft zum Positiven verändert, signifikant häufiger bei den jüngeren Schwangeren (63%) im Vergleich zu 33,3% bei den älteren Schwangeren ($\chi^2=4,464$; $df=1$; $p=0,035$).

Zu bedenken ist die Tatsache, dass sich, wie bereits erwähnt, 43,1% der Probandinnen von Anfang an auf das Kind gefreut haben, d. h., dass sich bei lediglich 7,9% der Befragten die Einstellung bzw. die Gefühle über die Schwangerschaft bzw. das frühe Muttersein zum Zeitpunkt der Befragung nicht verändert haben. Dies ermöglicht jedoch keine Aussage über positive oder negative Einstellungen bzw. Gefühle.

Die Jugendlichen, die angeben, dass sich ihre Gefühle zum Positiven gewandt haben, gaben an, durch die Schwangerschaft reifer und verantwortungsbewusster geworden zu sein, dass sich der anfängliche Schock in Freude über das Kind gewandelt hat, dass ihre Zweifel und Ängste durch ausreichende Unterstützung seitens der Familie und der Freunde geringer geworden sind bzw. kaum mehr vorhanden sind und das Gefühl, dieser Situation nicht gewachsen zu sein, nicht mehr vorhanden ist.

Der Großteil der Jugendlichen macht sich Gedanken über die Zukunft. Eine junge Mutter gab an, mehr und mehr in die Rolle einer Mutter hineinzuwachsen und dass für sie die Gesundheit ihres Kindes am wichtigsten ist.

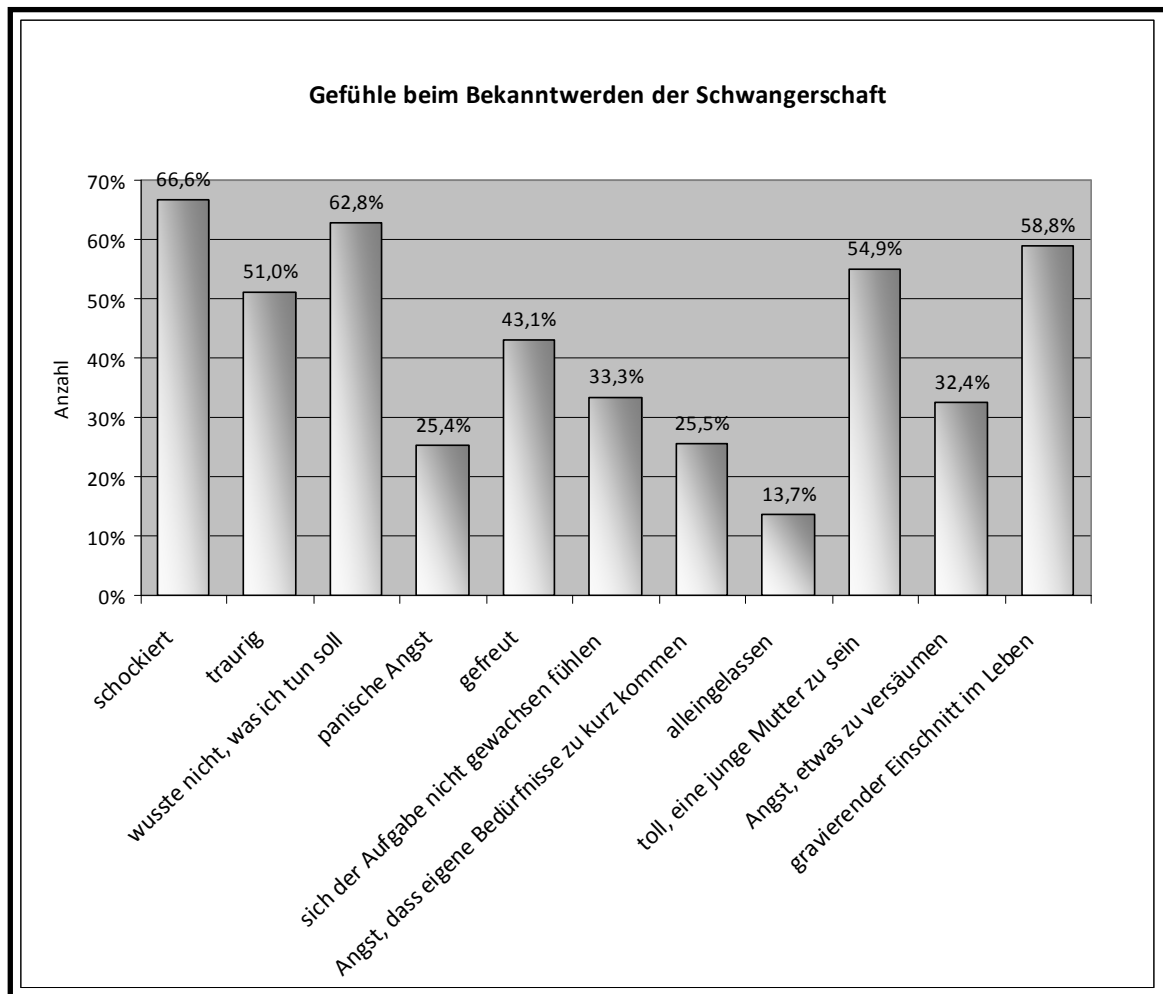


Abb. 34: Gefühle beim Bekanntwerden der Schwangerschaft

Eine genaue Verteilung über die Gefühle der Jugendlichen nach der Altersgruppe 1 und 2 beim Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft liefert Abbildung 35.

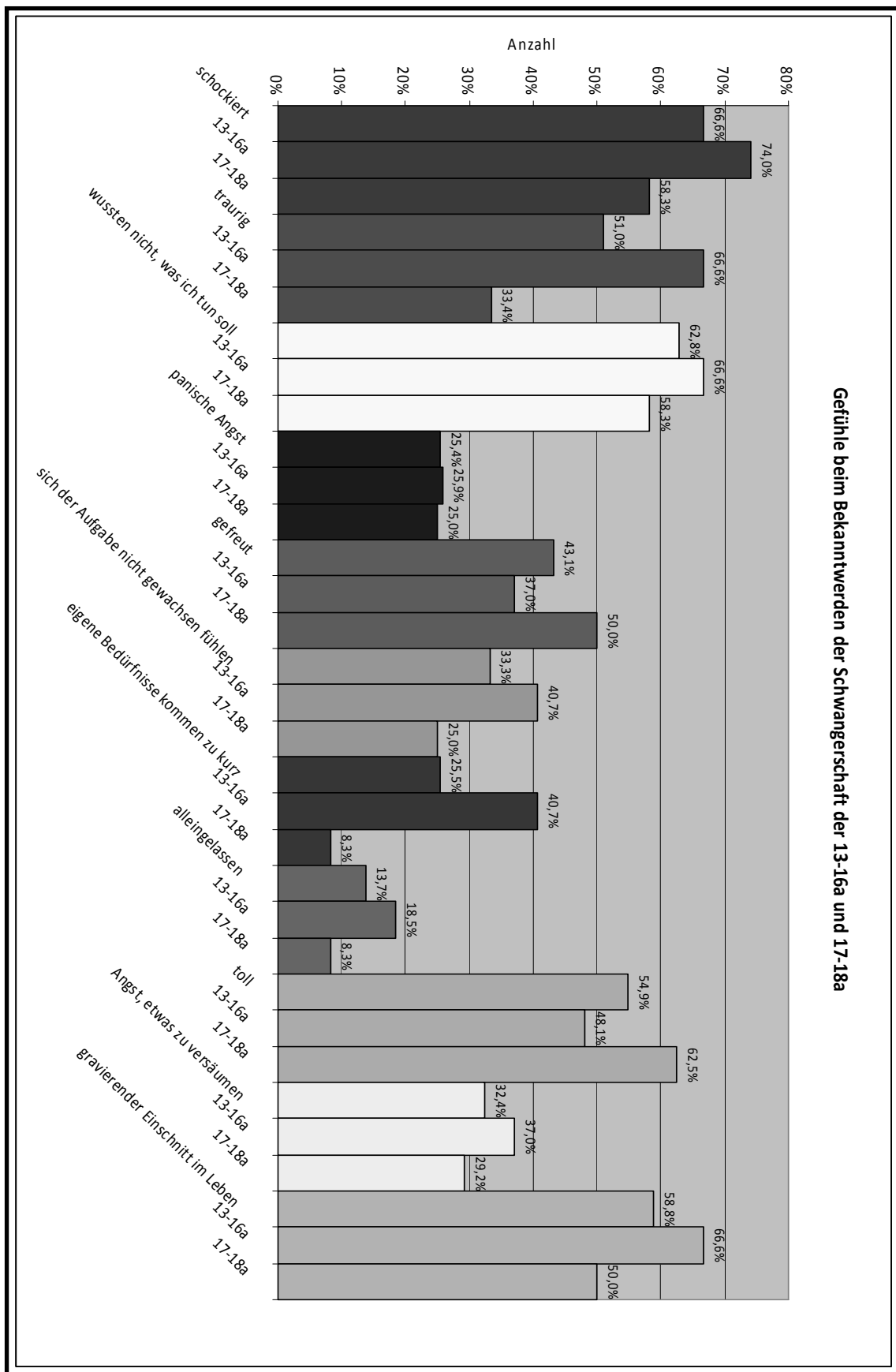


Abb. 35: Gefühle beim Bekanntwerden der Schwangerschaft der 13-16a und 17-18a

5.3.4 Schwangerschaftsbeschwerden, medizinische Auffälligkeiten bzw. Komplikationen während der Schwangerschaft

Auf die Frage, welche Schwangerschaftsbeschwerden die Jugendlichen hatten, zeigte sich, dass 58,9% der Probandinnen sehr stark bzw. ab und zu mit Übelkeit zu kämpfen hatten, wobei es die jüngeren Schwangeren (13-16a 70,3% vs. 45,8% bei den 17- bis 18-jährigen) signifikant häufiger betraf ($\chi^2=9,17$; $df=3$; $p=0,027$). 58,9% der Probandinnen litten an Kreislaufbeschwerden (13-16a 66,6% vs. 17-18a 50%, nicht signifikant). 47,1% waren während des 1. Trimenons geruchsempfindlich (13-16a 33,3% vs. 17-18a 62,5%, nicht signifikant), 68,6% der jungen Mütter hatten Stimmungsschwankungen (13-16a 66,7% vs. 17-18a 70,8%, nicht signifikant). 45,1% gaben an, unter Sodbrennen gelitten zu haben (13-16a 48,1% vs. 17-18a 41,6%, nicht signifikant) Weiters gaben 5 der 51 Befragten an, sehr müde zu Beginn ihrer Schwangerschaft gewesen zu sein, 4 litten unter Verdauungsproblemen und weitere 4 an Rückenschmerzen.

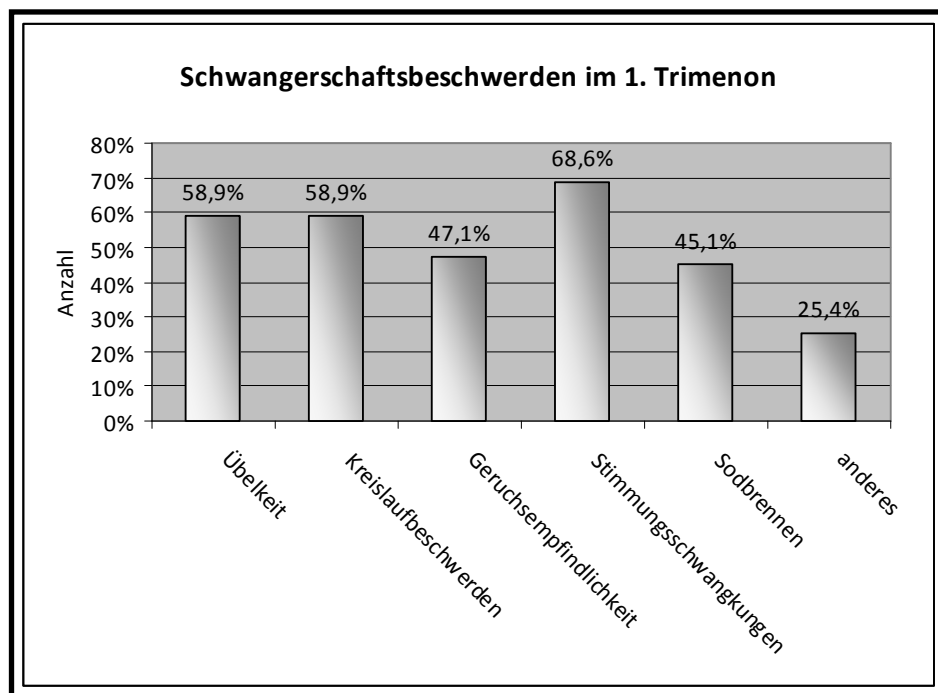


Abb. 36: Schwangerschaftsbeschwerden im 1. Trimenon

Im Großen und Ganzen gab es in dieser Stichprobe keine wesentlichen medizinischen Auffälligkeiten bzw. Komplikationen. Was jedoch auffällt und auch in Abbildung 37 ersichtlich

ist, ist, dass die Jugendlichen angaben, Infektionen [39,2%; (13-16a 40,7% vs. 17-18a 37,5%, nicht signifikant)] und Vorwehen [45,1%; (13-16a 48,1% vs. 17-18a 41,7%, nicht signifikant)] gehabt zu haben. 25,5% der Probandinnen gaben an, Blutungen gehabt zu haben (13-16a 29,6% vs. 17-18a 20,8%, nicht signifikant). Bei 13,7% der Probandinnen kam es zu einer Frühgeburt (13-16a 18,5% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant). 5,9% der Frauen litten an Bluthochdruck (13-16a 3,7% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant) und 3,9% hatten eine Blutarmut (13-16a 0% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant). Eine der 51 Probandinnen der Stichprobe gab an, eine Fehllage der Plazenta (Placenta praevia totalis) gehabt zu haben. Bei keiner der insgesamt 51 Befragten trat eine Schwangerschaftsdiabetes auf.

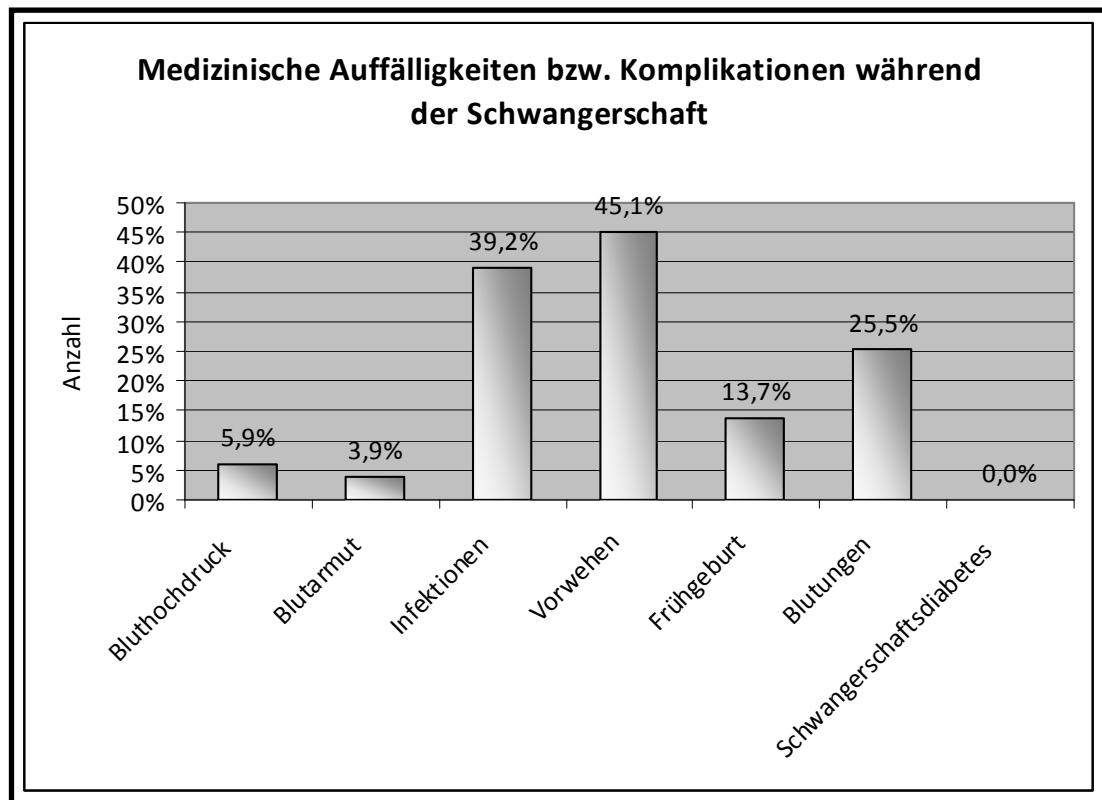


Abb. 37: Medizinische Auffälligkeiten bzw. Komplikationen während der Schwangerschaft

Weiters wurde im Rahmen dieser empirischen Studie aufgrund literarischer Belege mittels ANOVA-Tests überprüft, ob es Zusammenhänge zwischen dem gynäkologischen Alter der Jugendlichen und den aufgelisteten Schwangerschaftsbeschwerden gibt. Dies konnte jedoch nicht bestätigt werden, d. h., dass es keinen Zusammenhang zwischen gynäkologischem Alter und den Schwangerschaftsbeschwerden gibt.

5.3.5 Pränataldiagnostische Untersuchungen

Pränataldiagnostische Untersuchungen (pränatal = vor der Geburt) wurden bei 94,1% der Probandinnen durchgeführt (13-16a 100% vs. 17-18a 87,5%, nicht signifikant). Zu den vorgeschriebenen Untersuchungen, die im Mutter-Kind-Pass vorgesehen sind, haben 64,7% der Jugendlichen zusätzlich weitere Untersuchungen in Anspruch genommen (13-16a 66,7% vs. 17-18a 62,5%, nicht signifikant), ob freiwillig bzw. medizinisch notwendig wurde nicht erfragt. 58,8% der Jugendlichen haben zu den bereits im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Ultraschall-Untersuchungen weitere Sonografien durchführen lassen. Ob es sich bei diesen um Doppler-Sonografien zur Sichtbarmachung der Blutströme in den Gefäßen oder aber um einen 3-D- bzw. 4-D-Ultraschall handelt, wurde nicht ermittelt. Lediglich das Organscreening, auch Feinultraschall genannt, wurde erfragt. 8,9% der Jugendlichen gaben an, dieses durchführen gelassen zu haben. 3,9% der Probandinnen machten einen Rhesus-Antikörpertest. 43,1% ließen eine Nackenfaltenmessung durchführen.

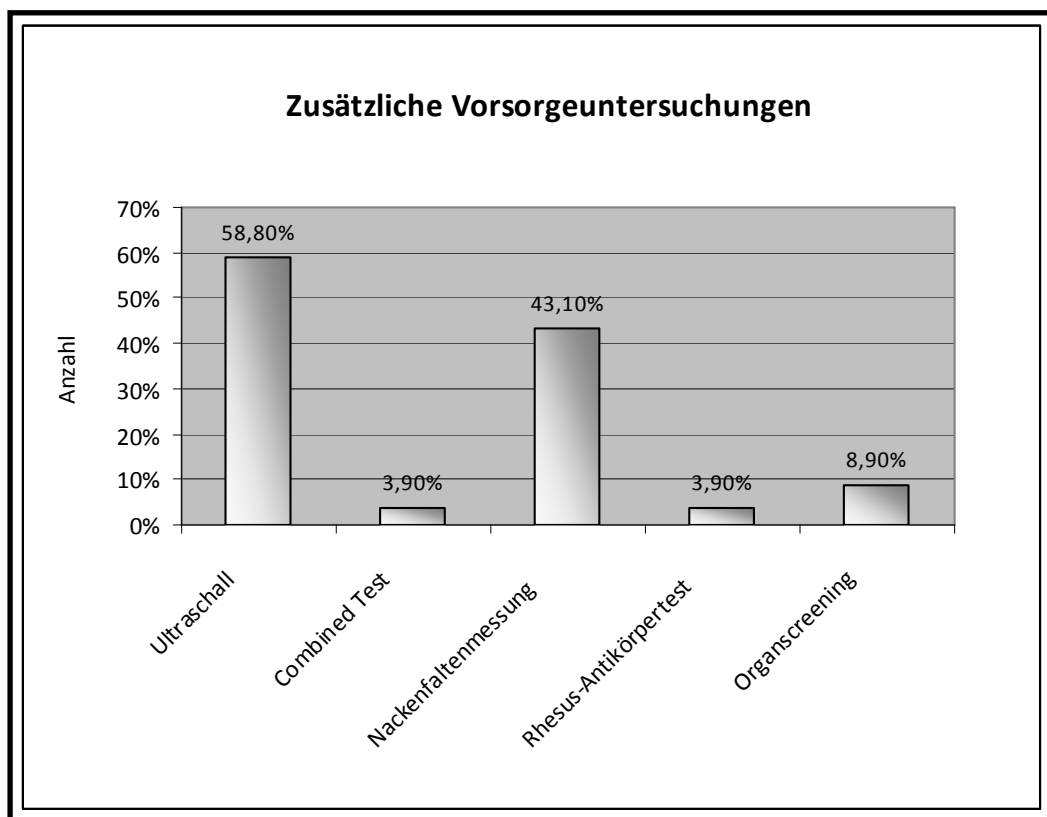


Abb. 38: Zusätzlich vorgenommene Vorsorgeuntersuchungen

5.3.6 Körperhöhe und -gewicht, Body-mass-Index, Gewichtszunahme während der Schwangerschaft

Um den Body-mass-Index zu berechnen, wurde die Körperhöhe in cm und das Gewicht in Kilogramm der jungen (werdenden) Mütter erfragt. Der Body-mass-Index (Kromeyer-Hausschild, 2001), kurz BMI, der von der Childhood Group der International Obesity Task Force (IOTF) und der European Childhood Obesity Group (ECOG) für alle Altersgruppen als geeignetes Beurteilungskriterium für Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas empfohlen wurde, setzt das Körpergewicht in Relation zur Körperhöhe. Er errechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm und der Körperhöhe in Metern zum Quadrat [$\text{BMI} = \text{Körpergewicht} / \text{Körperhöhe}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$]. Tabelle 10 zeigt die internationale Klassifikation von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas in Übereinstimmung mit dem BMI nach WHO-Richtlinien.

Tabelle 10: Internationale Klassifikation von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas in Übereinstimmung mit dem BMI

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

(Quelle: adaptiert von http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html WHO, 1995, WHO, 2000 und WHO 2004;)

Wie bereits oben beschrieben, erfolgt die Definition von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas anhand fester Grenzwerte. Die Bewertung des BMI von Kindern und Jugendlichen stellt sich als etwas komplizierter heraus, da man die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen der Körpermasse mitberücksichtigen muss. Aus diesem Grund erstellten Kromeyer-Hausschild et al. (2001), basierend auf Körperhöhen- und Körpergewichtsdaten von 34.000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland, BMI-Perzentile für Mädchen und Jungen im Alter von 0-18 Jahren.

Die BMI-Perzentile machen transparent, wie viel Prozent der untersuchten Kinder bzw. Jugendlichen einen kleineren BMI-Wert haben, als der beim jeweiligen Perzentil angegeben ist und erhalten automatisch eine gesundheitspolitische Relevanz. Die BMI-Perzentile wurden mit sogenannten Perzentilkurven grafisch dargestellt (siehe Abbildung 39). Zu beachten ist allerdings, dass Vergleiche zwischen Individualwert und Referenzwert ausschließlich für deutsche bzw. mitteleuropäische Kinder und Jugendliche aussagekräftig sind.

Um einheitliche Definitionen zu ermöglichen, hat sich die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) in ihren Leitlinien darauf geeinigt, folgende Einteilung für Kinder und Jugendliche bezüglich BMI zu treffen:

P 97 = 97. Perzentile = Starkes bzw. ausgeprägtes Übergewicht (Adipositas)

P 90 = 90. Perzentile = Übergewicht

P 25-75 = 25.-75. Perzentile = Normalgewicht

P 10 = 10. Perzentile = Untergewicht

P 3 = 3. Perzentile = Starkes bzw. ausgeprägtes Untergewicht

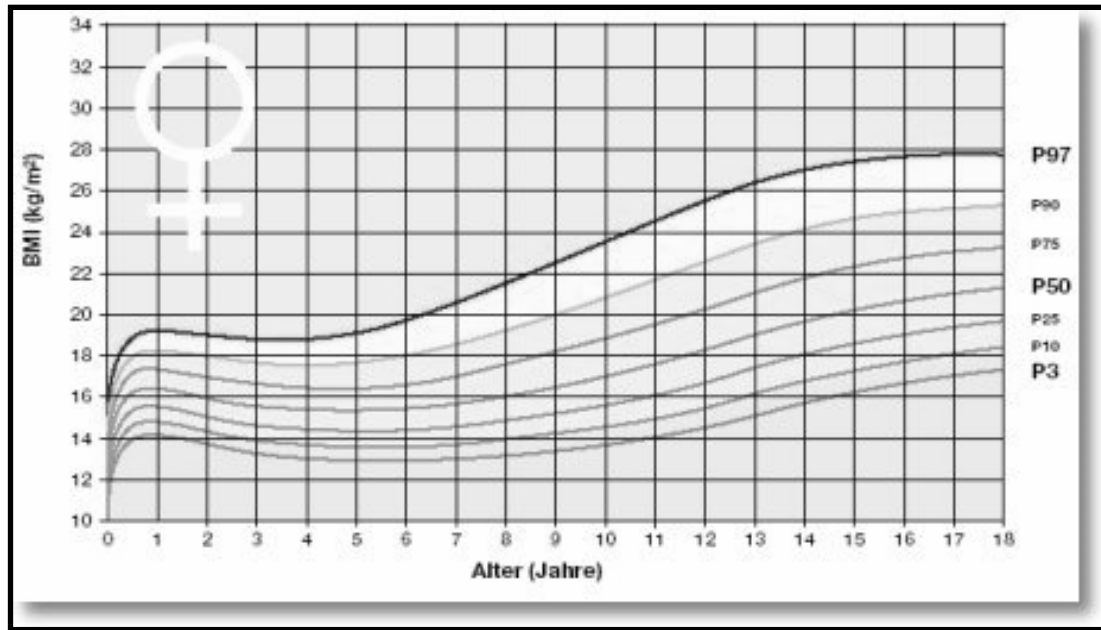


Abb. 39: Perzentile für den Body-mass-Index für Mädchen im Alter von 0-18 Jahren (Quelle: http://www.psychotherapiepraxis.at/surveys/test_bmi_test.phtml)

Die 51 jungen (schwangeren) Frauen, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, waren bei einem Minimalwert von 156 cm und einem Maximalwert von 182 cm durchschnittlich $\bar{x}$ 165,9 cm ($\pm$ 6,5 cm) groß. Die jüngeren Probandinnen (13-16a) waren im Mittel größer [$\bar{x}$ 167,85 cm ($\pm$ 7,31 kg)] als die älteren Schwangeren (17-18a) [$\bar{x}$ 163,67 cm ($\pm$ 4,79 kg)], nicht signifikant. Im Mittel wogen sie 57,7 kg ($\pm$ 9,8 kg), wobei das leichteste Mädchen 43 kg wog und das schwerste 95 kg. Die Verteilung des Gewichts zeigt sich in Abbildung 36. Aus dieser geht hervor, dass drei Viertel aller Jugendlichen normalgewichtig sind. Weiters ergab die Differenzierung in jüngere (13-16a) und ältere Probandinnen (17-18a), dass sich die jüngeren Probandinnen von den älteren Probandinnen in ihrem durchschnittlichen Gewicht nicht unterscheiden (13-16a $\bar{x}$ 57,89 ($\pm$ 8,23) kg vs. 17-18a $\bar{x}$ 57,42 ($\pm$ 11,6) kg, nicht signifikant).

Aus Körperhöhe und Gewicht wurde anschließend der Body-mass-Index berechnet (Körpergewicht in kg/Körperhöhe in m^2). Der durchschnittliche Body-mass-Index der jungen Frauen vor der Geburt betrug $\bar{x}$ 20,9 kg/m^2 ($\pm$ 3,72 kg/m^2). Der niedrigste errechnete Wert ergab

16,38 kg/m², der höchste 37,11 kg/m². Folgende Werte und die Einteilung in folgende Gewichtsklassen ergaben sich für die vorliegende Stichprobe:

- 11,8% der Jugendlichen waren zu Beginn ihrer Schwangerschaft untergewichtig (P 10 = 10. Perzentile = Untergewicht)
- 74,5% der Jugendlichen waren zu Beginn ihrer Schwangerschaft normalgewichtig (P 25-75 = 25.-75. Perzentile = Normalgewicht)
- 11,8% der Jugendlichen waren zu Beginn ihrer Schwangerschaft übergewichtig (P 90 = 90. Perzentile = Übergewicht)
- 2% der Jugendlichen waren zu Beginn ihrer Schwangerschaft stark übergewichtig (P 97 = 97. Perzentile = Starkes bzw. ausgeprägtes Übergewicht (Adipositas))

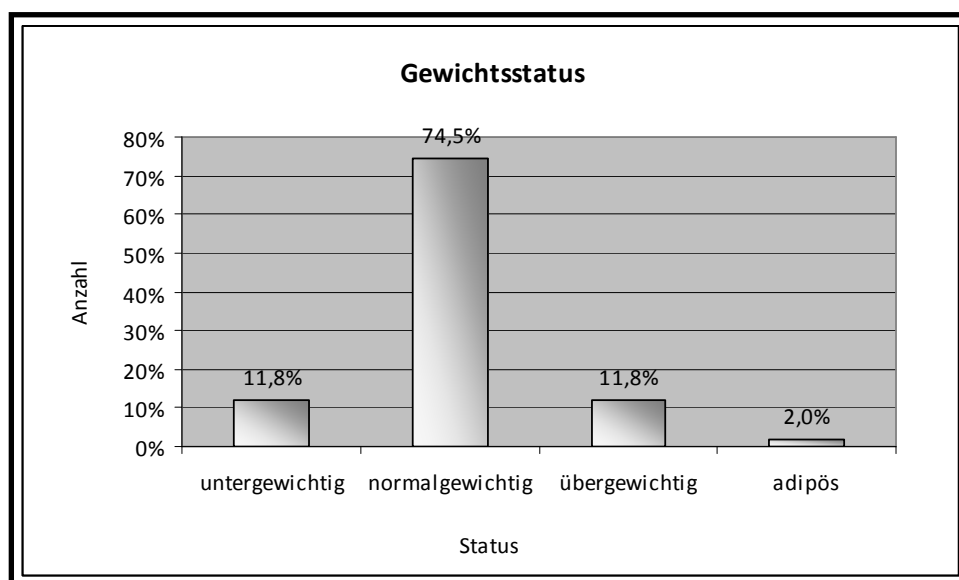


Abb. 40: Gewichtsstatus - BMI der Jugendlichen vor der Schwangerschaft

Die jüngeren Probandinnen (13-16a) hatten im Mittel einen etwas geringeren BMI $\bar{x}$ 20,59 kg/m² (+/- 2,99 kg/m²) als die 17- bis 18-Jährigen [$\bar{x}$ 21,46 kg/m² (+/- 4,42 kg/m²)] (nicht signifikant), jedoch unterschieden sie sich in den einzelnen Gewichtsklassen nach Alter kaum. Die Jugendlichen nahmen im Schnitt $\bar{x}$ 13,7 kg (+/- 6,63 kg) während ihrer Schwangerschaft zu. Die Spanne der Gewichtszunahme reichte von -5 kg bis +30 kg während der Gestation der adoleszenten Mädchen. Die jüngeren Probandinnen (13-16 a) nahmen im Mittel mehr Gewicht zu [$\bar{x}$ 14,44 kg (+/- 6,30 kg)] als die älteren Schwangeren (17-18a)

[$\bar{x}$ 12,75 kg (+/- 6,99 kg)] (nicht signifikant). Der Großteil der Probandinnen nahm während der Schwangerschaft 10-15 kg (39,2%) zu. Bei 25,5% der Jugendlichen blieb die Gewichtszunahme unter 10 kg. 15,7% der Befragten gaben eine Gewichtszunahme von 16-20 kg an und 19,7% nahmen über 20 kg zu.

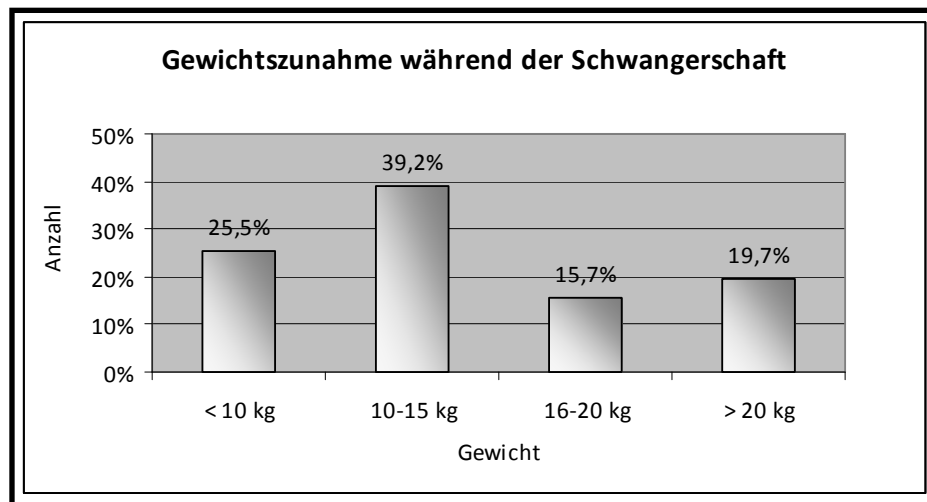


Abb. 41: Gewichtszunahme während der Schwangerschaft

Im Zuge der Untersuchung wurde auch errechnet, wie viel die Jugendlichen an Gewicht in Kilogramm, der Gewichtsklassen „untergewichtig“, „normalgewichtig“, „übergewichtig“ und „adipös“, während ihrer Schwangerschaft zugenommen haben. Folgende Verteilung ergibt sich daraus:

- untergewichtige Jugendliche (11,8%) haben im Durchschnitt $\bar{x}$ 15,5 kg (+/- 9,52 kg) mit einem Minimum von 7 kg und einem Maximum von 30 kg zugenommen,
- normalgewichtige Jugendliche (74,5%) haben im Durchschnitt $\bar{x}$ 13,63 kg (+/- 6,51 kg) mit einem Minimum von -5 kg und einem Maximum von 27 kg zugenommen,
- übergewichtige Jugendliche (11,8%) haben im Durchschnitt $\bar{x}$ 12,5 kg (+/- 5,17 kg) mit einem Minimum von 8 kg und einem Maximum von 22 kg zugenommen und
- adipöse Jugendliche (2%) haben im Durchschnitt $\bar{x}$ 10 kg (+/- 0 kg) mit einem Minimum von 10 kg und einem Maximum von 10 kg zugenommen

Es zeigte sich, dass die adipöse Probandin während der Schwangerschaft wesentlich weniger zugenommen hatte als die untergewichtigen Probandinnen, die im Vergleich zu den anderen Gewichtsklassen durchschnittlich am meisten zugenommen hatten.

5.3.7 Größe und Gewicht des Neugeborenen

Von den 51 Jugendlichen, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, haben 28 zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits ihr Kind auf die Welt gebracht. Die durchschnittliche Körperlänge der 28 Neonaten betrug $\bar{x}$ 49,54 (+/- 2,8) cm, wobei das kleinste Neugeborene 44 cm groß war und das größte 53 cm. 46,4% der Neonaten hatten eine Körperlänge zwischen 51 und 53 cm. 35,3% waren zwischen 47 und 50 cm groß. 19% der Neonaten hatten eine Körperlänge zwischen 44 und 46 cm.

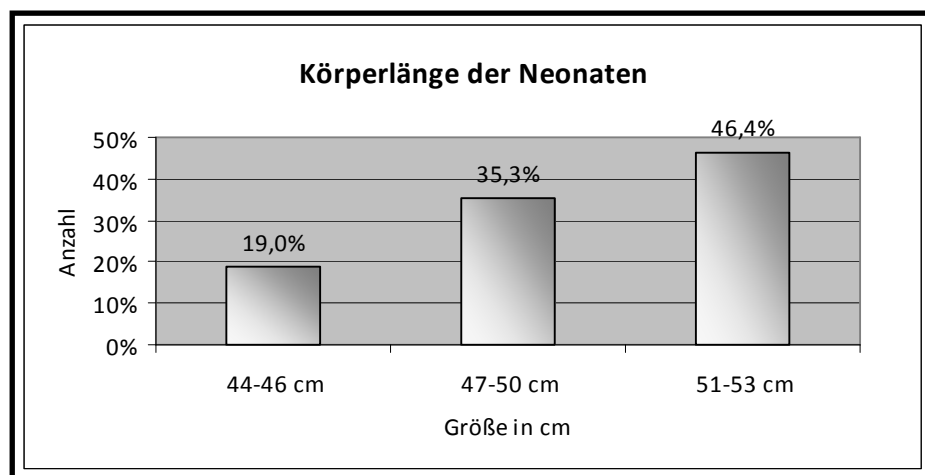


Abb. 42: Körperlänge der Neonaten

Die Körperlänge der Neonaten unterscheidet sich in Bezug auf die Unterscheidung in Altersgruppe 1 (13-16a) [$\bar{x}$ 49,07 (+/- 3,15) cm] und Altersgruppe 2 (17-18a) [$\bar{x}$ 50,08 (+/- 2,33) cm] (nicht signifikant) kaum. Das mittlere Geburtsgewicht der Neugeborenen ergab $\bar{x}$ 3375,54 (+/- 559,37) g. Das minimale Geburtsgewicht machte 2400 g aus, das maximale 4320 g. Bei den Ergebnissen zeigte sich der Trend, dass Neonaten der Altersgruppe 1 (13-16a) im Mittel leichter [$\bar{x}$ 3211,13 (+/- 530,22) g] waren als die Neonaten der Altersgruppe 2 (17-18a) [$\bar{x}$ 3565,23 (+/- 550,69) g] (nicht signifikant).

Tabelle 11: Klassifikation des Geburtsgewichts von Neugeborenen (Fresenius, 2010)

	Gewicht
sehr niedriges Geburtsgewicht	< 1500 g
niedriges Geburtsgewicht	< 2500 g
normales Geburtsgewicht	≥ 2500 - ≤ 4500 g
hohes Geburtsgewicht	> 4500 g

Nach Fresenius (2010) haben Neonaten unter 2500 g ein niedriges Geburtsgewicht, und Neonaten von 2500 bis 4500 g ein normales Geburtsgewicht (siehe Tabelle 11). In der vorliegenden Studie hatten 92,8% der Neonaten ein normales Geburtsgewicht, lediglich 7,2% der Neugeborenen hatten ein niedriges Geburtsgewicht, welche von Müttern der Altersgruppe 1 (13-16a) geboren wurden. Neugeborene, die ein Gewicht über 4000 g bei der Geburt hatten, wurden eher von den älteren Müttern (17-18a) geboren (30,8% bei den 17-18-Jährigen im Gegensatz zu 6,7% der 16-18a, nicht signifikant).

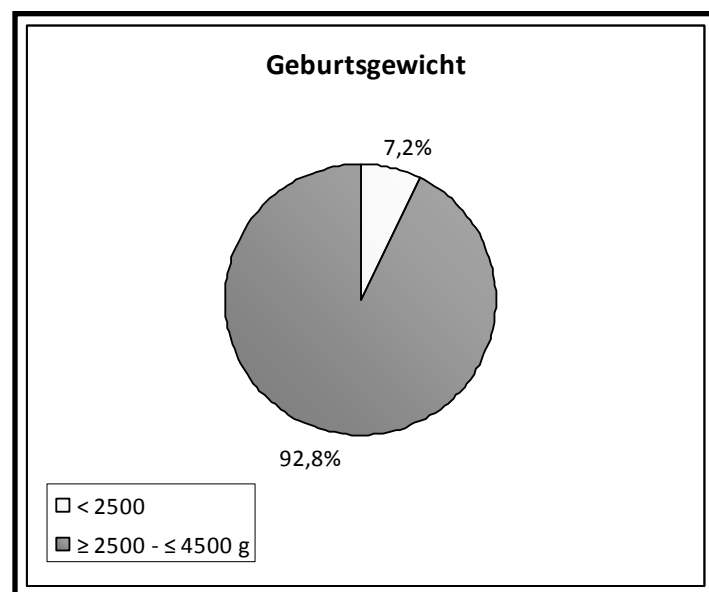


Abb. 43: Geburtsgewicht

Die Durchführung nichtparametrischer Tests ergab, dass sowohl die Geburtslänge ($p=0,001$) als auch das Geburtsgewicht ($p=0,000$) positiv mit der Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft verbunden war, d. h., dass Mütter, die mehr an Gewicht zunahmen, auch größere und schwerere Kinder zur Welt brachten. Die Ergebnisse sind somit

hochsignifikant. Auch der BMI der Mutter und das Geburtsgewicht der Neonaten korrelieren positiv ($p=0,026$). Weiters konnte gezeigt werden, dass es einen Trend zwischen gynäkologischem Alter der Mutter und Gewicht der Neonaten gibt. Je niedriger das gynäkologische Alter der Mutter ist, desto weniger Gewicht wiesen auch die Neonaten auf ($p=0,61$).

5.3.8 Ernährungs- und Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft

Das Gesundheits- und Ernährungsverhalten der jugendlichen Schwangeren setzte sich mit den Fragen nach einer gesunden Ernährung, mit der Frage nach dem Verzicht auf ungesunde Nahrung bzw. Nahrung, die in der Schwangerschaft nicht verzehrt werden sollte, mit Fragen nach dem Heißhunger auf Süßes bzw. Salziges, mit der Frage nach Bewegung und der Frage nach dem Nikotin- und Alkoholkonsum auseinander.

Aus der Abbildung 44 geht hervor, dass sich 74,5% der Jugendlichen seit dem Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft gesünder ernähren (13-16a 77,8% vs. 17-18a 70,9%, nicht signifikant). Jedoch gaben wiederum 50,9% der Befragten an, auf nichts zu verzichten. Hier geben die älteren (70,8%) eher an, auf nichts zu verzichten als die jüngeren (33,3%) ($\chi^2=8,05$; $df=3$; $p=0,045$).

54,9% der Jugendlichen hatten während ihrer Schwangerschaft Heißhunger auf Süßes (13-16a 59,2% vs. 17-18a 50%, nicht signifikant) und 35,3% auf Salziges (13-16a 44,4% vs. 17-18a 25%, nicht signifikant).

60,9% der Probandinnen gaben an, regelmäßig Bewegung an der frischen Luft zu machen (13-16a 59,2% vs. 17-18a 62,5%, nicht signifikant).

Nikotin konsumierten 15,9% der Jugendlichen (13-16a 11,1% vs. 17-18a 20,8%, nicht signifikant) und 9,8% konsumierten Alkohol (13-16a 3,7% vs. 17-18a 0%, nicht signifikant) während ihrer Schwangerschaft.

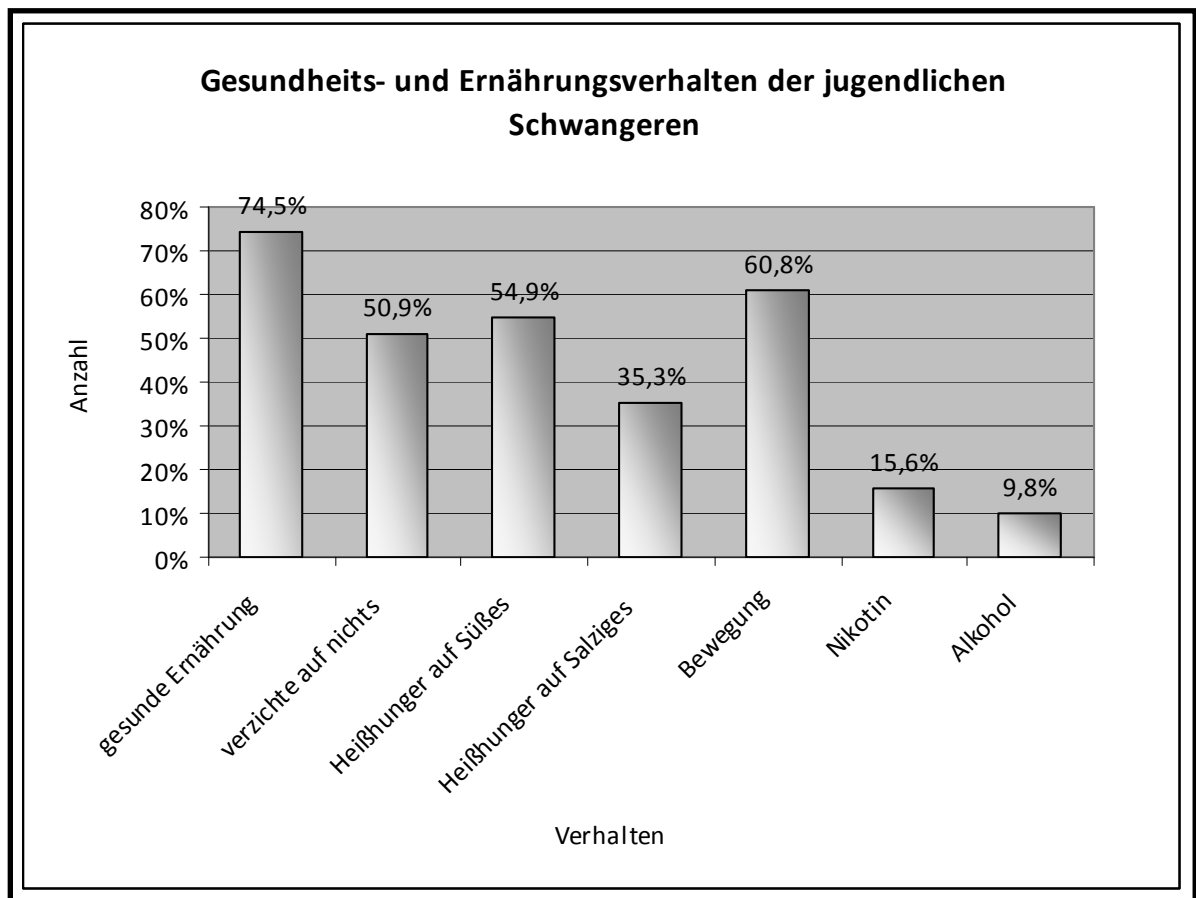


Abb. 44: Gesundheits- und Ernährungsverhalten der jugendlichen Schwangeren

Hinsichtlich des Ernährungs- und Gesundheitsverhaltens unterscheiden sich die beiden Altersgruppen kaum.

5.3.9 Entbindungsort, Geburtsmodus und Betreuung der jungen (werdenden) Mütter während der Geburt

98% der 51 Jugendlichen, die an der Studie teilgenommen haben, haben als Entbindungsort das Krankenhaus gewählt. Lediglich eine entschied sich für eine Hausgeburt. 72,5% der Probandinnen wählten eine Spontangeburt bzw. war diese bei jenen Schwangeren möglich. Bei 23,5% der 28 Schwangeren, die ihr Kind bereits zur Welt brachten, wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt (bei 9 der 13-16a und bei 3 der 17-18a, nicht signifikant). 3,9% der 51 Befragten haben sich noch keine Gedanken über den Geburtsmodus gemacht.

41,2% der Jugendlichen wollen bzw. hatten ihre Mutter bei der Geburt als Unterstützungshilfe. Die jungen Mütter (13-16a) mit 57,1% signifikant häufiger als die älteren Mütter mit 35,1% ($\chi^2=4,9$; $df=1$; $p=0,027$), die signifikant häufiger den Kindsvater bei der Geburt dabei haben wollten bzw. hatten (13-16a 37% vs. 17-18a 75%; $\chi^2=4,9$; $df=1$; $p=0,007$). Insgesamt wählten 54,9% der Probandinnen den Kindsvater, der sie bei der Geburt begleitet hat bzw. begleiten wird. Der Rest gab an, dass eine Freundin, die Schwester, der Vater, die Oma, die Cousine bei der Geburt dabei sein sollte bzw. dabei war. Zwei der Probandinnen wussten noch nicht, wen sie bei der Geburt dabei haben wollen.

5.4 Angaben zur institutionellen und familiären Betreuungs- und Unterstützungssituation

Unter diesem Punkt wurde erfragt, ob die Jugendlichen Unterstützung während ihrer Schwangerschaft erhielten, von wem sie unterstützt wurden, ob sie dies als ausreichend ansahen bzw. von wem und in welchen Bereichen sie mehr Unterstützung gebraucht hätten. Des Weiteren war es von großem Interesse, wen die Jugendlichen über ihre Schwangerschaft in Kenntnis setzten und wie diese Personen reagiert haben, wer ihnen bei der Entscheidung für das Kind beigestanden hat und wie sie die institutionelle Betreuung und Unterstützung empfunden haben.

5.4.1 Wer wurde über die Schwangerschaft informiert und wie reagierte das Umfeld der jungen (werdenden) Mutter?

Der Großteil der Probandinnen (64,7%) hat zunächst den Partner über die Schwangerschaft in Kenntnis gesetzt (13-16a 51,9% vs. 17-18a 79,2%, nicht signifikant). 49% der Jugendlichen haben zuerst die Eltern informiert (13-16a 44,4% vs. 17-18a 54,2%, nicht signifikant). 25,5% der jungen werdenden Mütter haben sich zunächst an eine Beratungsstelle gewandt (13-16a 29,6% vs. 17-18a 20,8%, nicht signifikant).

Abbildung 45 zeigt, dass die Unterstützung der Probandinnen in dieser Studie durch die Familie, Freunde, Schule bzw. Arbeitgeber durchaus positiv zu sehen ist. 60,8% der Eltern der jungen werdenden Mütter waren über die Schwangerschaft ihrer Tochter im Jugendalter

zunächst schockiert (13-16a 59,3% vs. 17-18a 62,5%, nicht signifikant), 84,3% der Eltern stehen aber hinter ihrer Tochter und unterstützen die junge Mutter (13-16a 81,5% vs. 17-18a 87,5%, nicht signifikant). 58,8% der Großeltern freuten sich über ihre Urenkelkinder und unterstützen die jungen Mütter (13-16a 51,9% vs. 17-18a 66,7%, nicht signifikant). 56,9% der Jugendlichen gaben an, dass Schule bzw. Arbeitgeber und Freunde sehr verständnisvoll seien und den jungen Müttern helfen, wo sie können (13-16a 51,9% vs. 17-18a 62,5%, nicht signifikant).

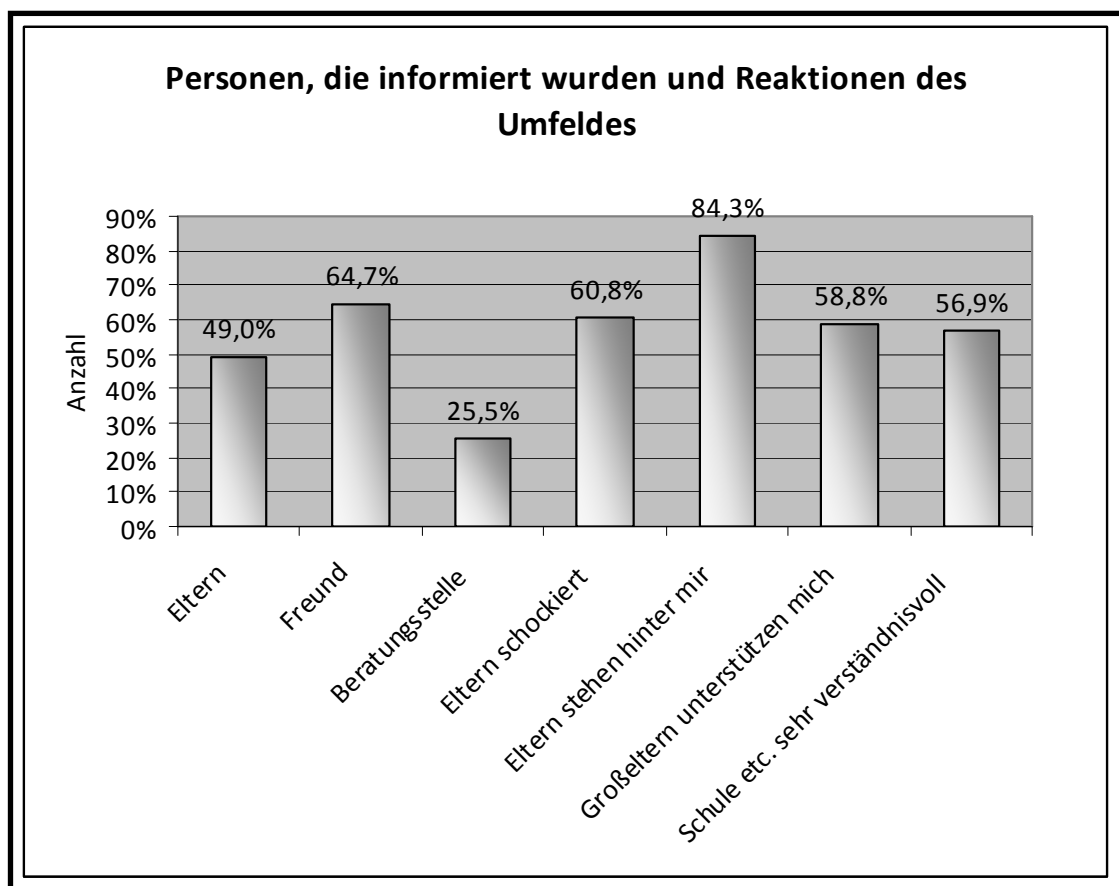


Abb. 45: Personen, die informiert wurden und Reaktionen des Umfeldes

5.4.2 Entscheidungshilfe – Die Entscheidung für das Kind – Gründe für diese Entscheidung

In diesem Punkt war interessant festzustellen, welche Personen den schwangeren Jugendlichen bei der Entscheidung gegen bzw. für das Kind geholfen haben. 49% der Probandinnen gaben an, die Mutter habe ihnen geholfen (13-16a 48,1% vs. 17-18a 50%, nicht signifikant).

Bei 41,2% war der Kindsvater in die Entscheidung einbezogen und dies häufiger bei den älteren Jugendlichen (54,2% bei den 17-18a im Gegensatz zu 29,6% bei den 13-16a, nicht signifikant). Lediglich 5,9% der Probandinnen fragten die Großeltern um Rat bei dieser schwerwiegenden Entscheidung (13-16a 11,1% vs. 17-18a 0%, nicht signifikant). Ein relativ hoher Anteil der Jugendlichen bezog ihre Freunde in diese Entscheidung mit ein (31,4%) (13-16a 37% vs. 17-18a 25%, nicht signifikant). 17,6% der Befragten haben sich von PsychologInnen zu diesem Thema beraten lassen (13-16a 11,1% vs. 17-18a 4,2%, nicht signifikant) und 7,8% von SozialberaterInnen (13-16a 25,9% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant). Der Rest, 13,7 % der Jugendlichen, gab an, einen Frauenarzt/ärztin, eine/n Lehrer/in, die Tante, den Vater in diesen Entscheidungsprozess miteinbezogen zu haben.

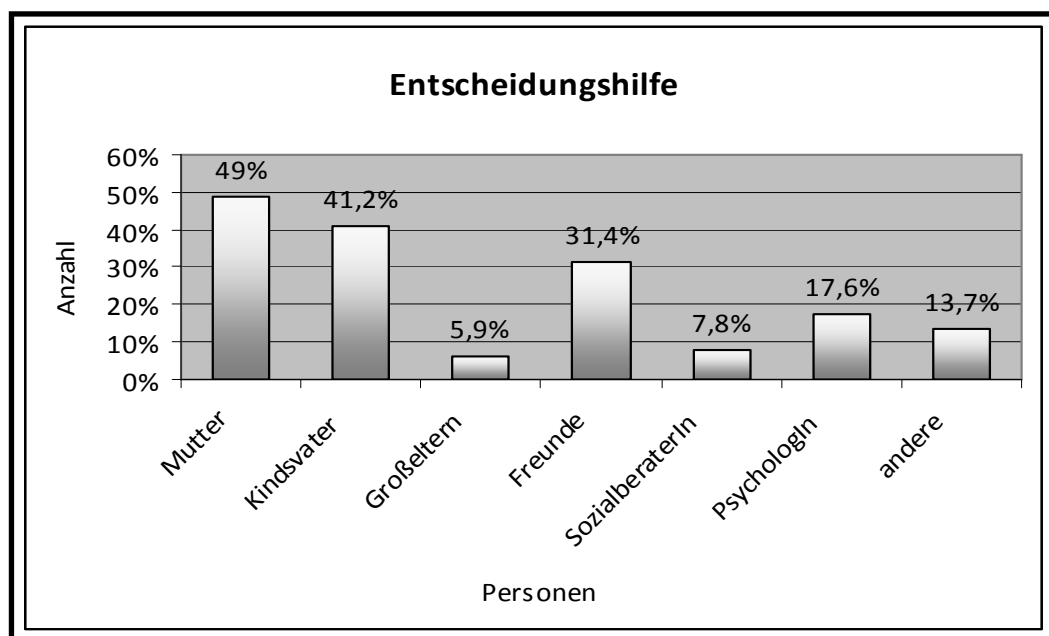


Abb. 46: Entscheidungshilfe

Abbildung 47 zeigt deutlich, dass sich viele der Probandinnen bewusst für ein Kind entschieden haben (84,3%) (13-16a 81,4% vs. 17-18a 87,5%, nicht signifikant) und dass sich ein Großteil der Probandinnen, nach dem ersten Schock, eine eigene Familie gewünscht hat, als sie erfahren haben, dass sie schwanger sind (64,8%) (13-16a 62,9% vs. 17-18a 66,6%, nicht signifikant). 19,8% der Probandinnen gaben als Grund für die Entscheidung für das Kind an, dass es zu spät gewesen sei für eine Abtreibung (13-16a 18,5% vs. 17-18a 4,2%, nicht signi-

fikant). 11,8% gaben an, dass sie die Familie bei dieser Entscheidung beeinflusst hätte (13-16a 44,4% vs. 17-18a 54,2%, nicht signifikant). 11,7% wollten ihre Partnerschaft mit der Schwangerschaft erhalten (13-16a 14,8% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant). 5,9% der Jugendlichen wussten nicht, an wen sie sich wenden sollten und haben sich deshalb für ihr Kind entschieden (13-16a 7,4% vs. 17-18a 4,2%, nicht signifikant). 3,9% der schwangeren Jugendlichen haben sich aus religiösen Gründen für das Austragen ihres Kindes entschieden (13-16a 0% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant).

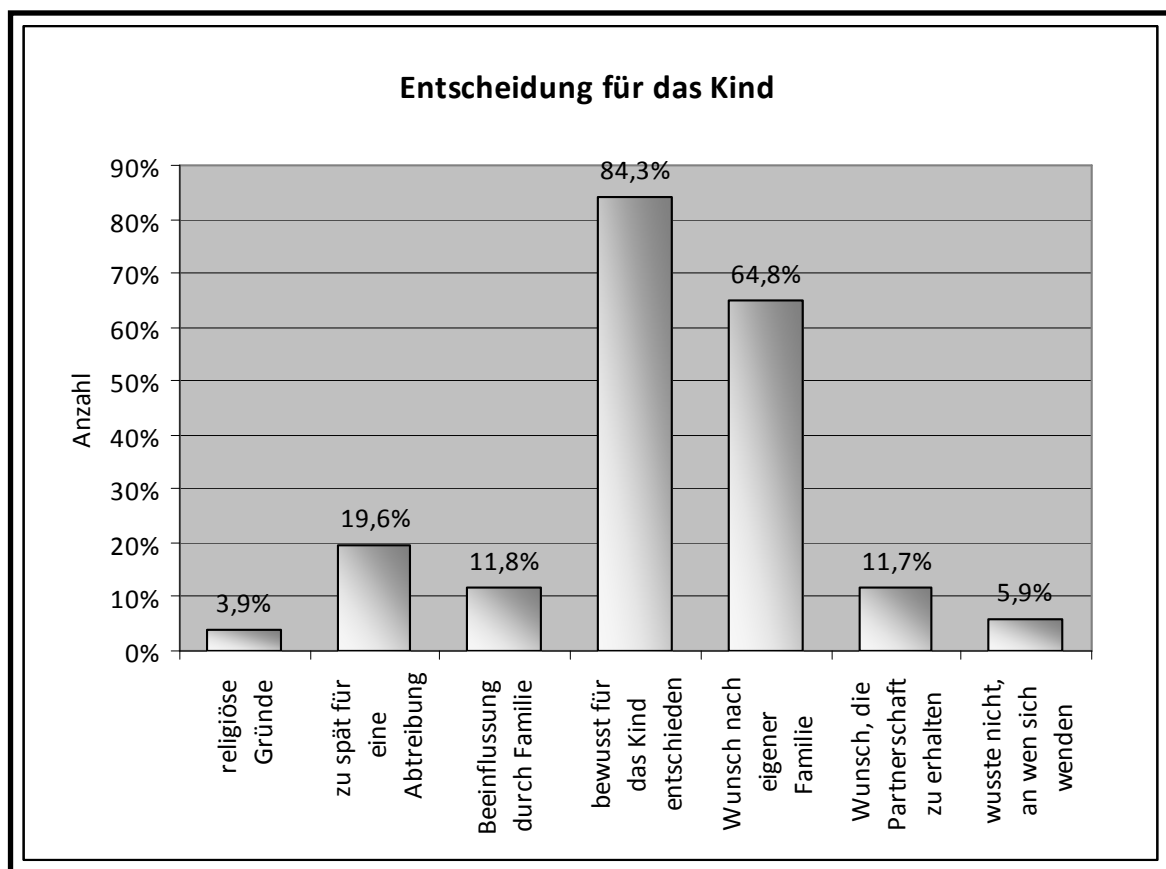


Abb. 47: Entscheidung für das Kind

5.4.3 Institutionelle Beratung: Zeitpunkt, Art der Inanspruchnahme und Zugang

Die Jugendlichen haben sich im Mittel in der $\bar{x}$ 12,2. Schwangerschaftswoche (+/- 5,22 SSW) an eine Beratungsstelle gewandt. Am frühesten haben Probandinnen in der 4. SSW, am spätesten in der 24. SSW eine Beratungsstelle aufgesucht.

77,5% der Jugendlichen haben zwischen der 4. und der 16. Schwangerschaftswoche eine institutionelle Beratung bzw. Unterstützung in Anspruch genommen. 59,2% bis zur 12. Schwangerschaftswoche, 9,3% zwischen der 13. und der 16. Schwangerschaftswoche und 22% zwischen der 17. und 24. Schwangerschaftswoche. 2 der 51 Probandinnen gaben keinen Zeitpunkt an.

Die Grafik „Institutionelle Beratung“ zeigt, dass 96,1% der jugendlichen Schwangeren eine/n Frauenarzt/ärztin (13-16a 96,3% vs. 17-18a 95,8%, nicht signifikant), 49% das Jugendamt (13-16a 70,4% vs. 17-18a 25%; $\chi^2=10,5$; $df=1$; $p=0,001$) und 43,1% die Beratungsstelle Young Mum (13-16a 44,4% vs. 17-18a 41,7%, nicht signifikant) aufgesucht haben. 15,7% haben das Internet genutzt, um sich in entsprechenden Foren beraten zu lassen (13-16a 14,8% vs. 17-18a 16,7%, nicht signifikant). Weitere 15,7% der Jugendlichen nutzten telefonische Beratungs- und Anlaufstellen (13-16a 14,8% vs. 17-18a 16,7%, nicht signifikant). 11,8% der jungen (werdenden) Mütter haben sich an die Caritas (13-16a 14,8% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant) gewandt, wobei diese Institution signifikant häufiger von den jüngeren Probandinnen (13-16a, 70,4% im Vergleich zu 25% der 17-18a) aufgesucht wurde ($p=0,001$). Jeweils 7,8% der Probandinnen suchten Aktion Leben (13-16a 3,7% vs. 17-18a 12,5%, nicht signifikant) und die First Love Ambulanz (13-16a 14,8% vs. 17-18a 0%, nicht signifikant) auf. 2% der Jugendlichen wandte sich an Mut zum Kind (13-16a 3,7 % vs. 17-18a 0%, nicht signifikant). Der Rest, 13,7%, suchte eine Frauenberatungsstelle, einen Hausarzt und/oder ein Hebammenzentrum auf.

Auf die Frage, wie und durch wen die jugendlichen Schwangeren auf die diversen Beratungsmöglichkeiten, Unterstützungs- und Betreuungsmöglichkeiten aufmerksam wurden, gaben 47,1% die Eltern (13-16a 48,1% vs. 17-18a 45,8%, nicht signifikant), 33% das Internet (13-16a 37% vs. 17-18a 29,2%, nicht signifikant), 29,4 % die Freunde (13-16a 29,6% vs. 17-18a 29,2%, nicht signifikant), 21,6% ÄrztInnen, LehrerInnen, Großeltern, Plakate und 2% das Fernsehen (13-16a 0% vs. 17-18a 4,2%, nicht signifikant) als Informationsquelle an. Die Ergebnisse sind in Abbildung 45 grafisch dargestellt.

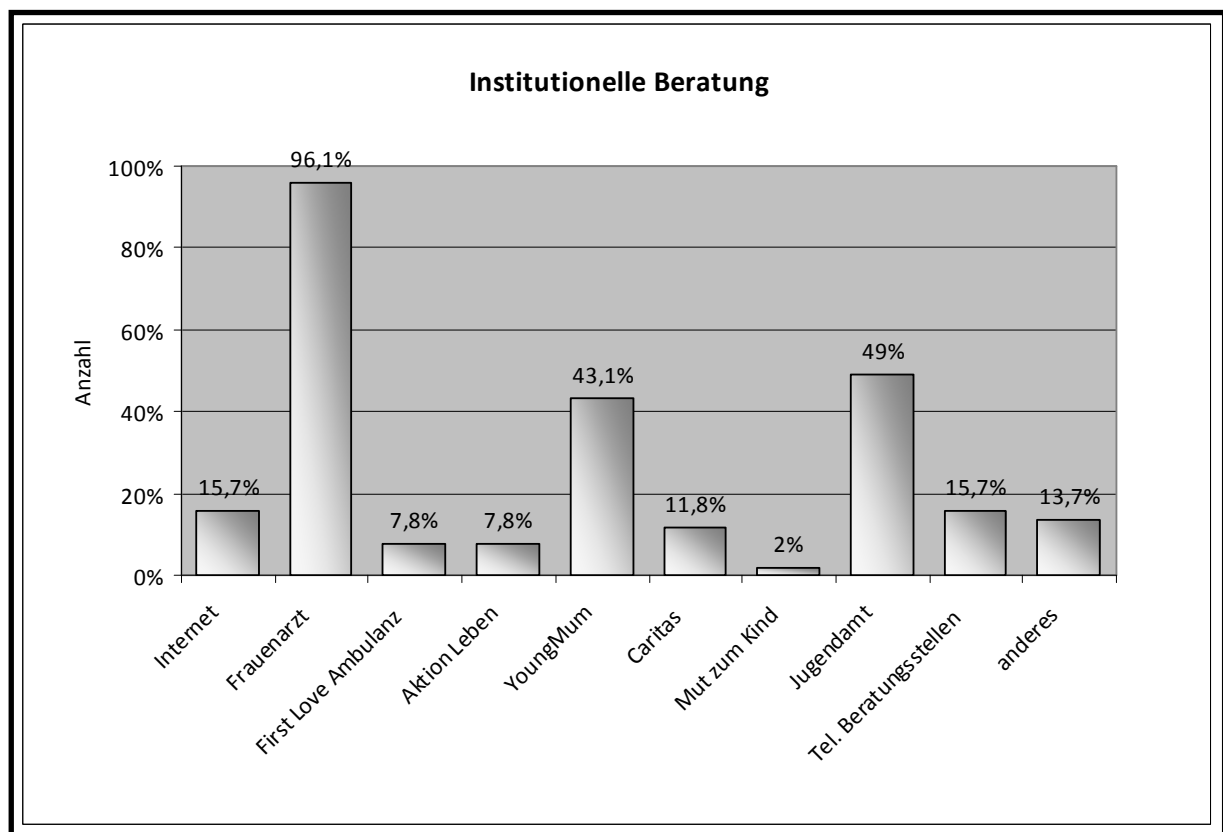


Abb. 48: Institutionelle Beratung

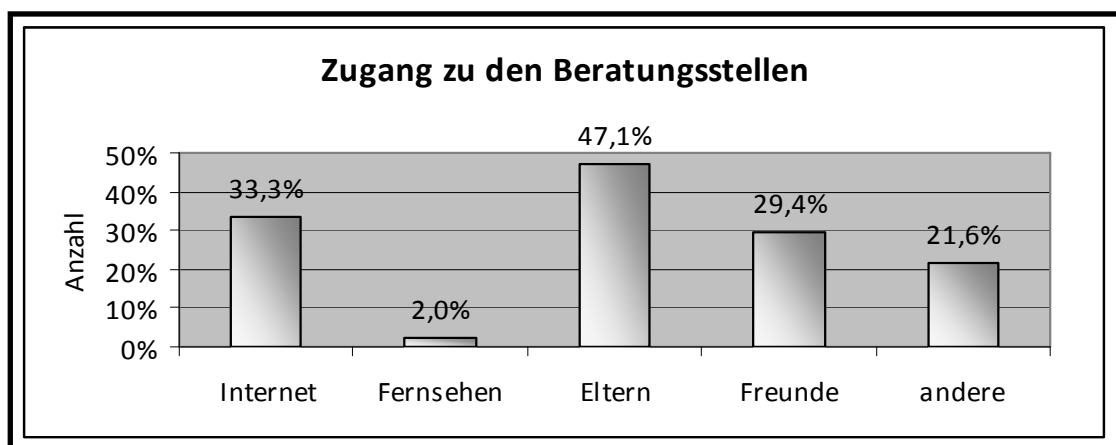


Abb. 49: Zugang zu den Beratungsstellen

5.4.4 Betreuung und Beratung während der Schwangerschaften

56,9% der Probandinnen wurden während ihrer Schwangerschaft von einer Hebamme (13-16a 63% vs. 17-18a 66,7%, nicht signifikant), 98% von einer/m Frauenarzt/ärztin (13-16a 96,3% vs. 17-18a 100%, nicht signifikant), 43,1% von einer/m Psychologen/in (eher die jüngeren Probandinnen mit 51,9% im Gegensatz zu den 17-18a mit 33,3%, nicht signifikant) und 39,2% von einer/m Sozialpädagogen/in (13-16a 44,4% vs. 17-18a 33,3%, nicht signifikant) betreut und beraten.

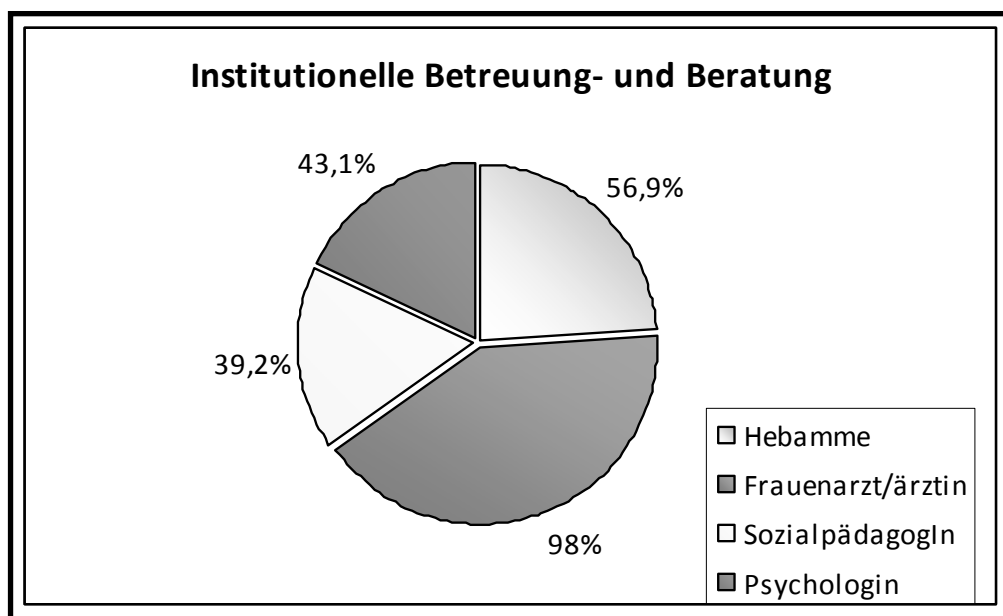


Abb. 50: Institutionelle Betreuung- und Beratung

Aus der Abbildung 51 geht hervor, dass 72,5% der Jugendlichen einen Geburtsvorbereitungskurs (13-16a 74,1% vs. 17-18a 70,8%, nicht signifikant), 35,3% einen Schwangerengymnastikkurs (13-16a 40,7% vs. 17-18a 29,2%, nicht signifikant) und 3,9% einen Schwangerenschwimmkurs (13-16a 7,4% vs. 17-18a 0%, nicht signifikant) besucht haben, um sich auf die Geburt vorzubereiten. Weitere 2% haben eine Akupunktur durchführen lassen (13-16a 3,7% vs. 17-18a 0%, nicht signifikant).

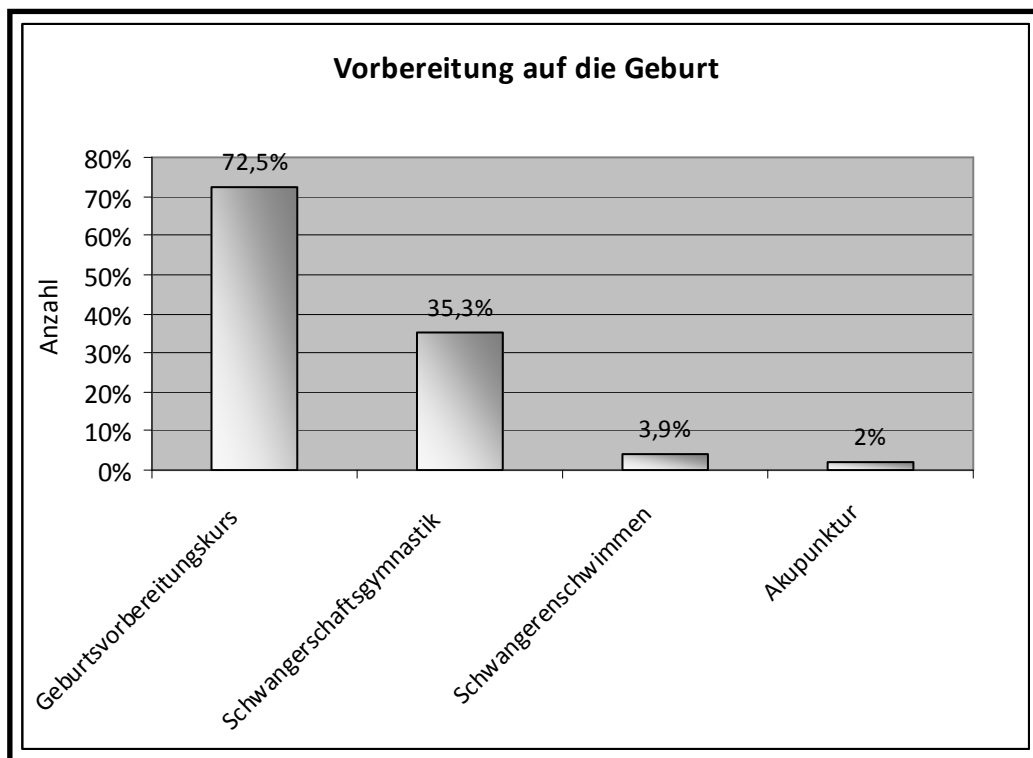


Abb. 51: Vorbereitung auf die Geburt

5.4.5 Reflexion zur Beratungs- und Betreuungssituation

Unter diesem Punkt wurden die jungen (werdenden) Mütter gebeten, ihre Erfahrungen bezüglich institutioneller Betreuung zu reflektieren. Im Großen und Ganzen zeigte sich (siehe Abb. 52), dass die jungen (werdenden) Mütter mit der vorgefundenen Beratungs-, Betreuungs-, und Unterstützungssituation sehr zufrieden waren.

80,4% der Probandinnen gaben an (trifft sehr zu und trifft eher zu), sich während der Beratung in den diversen Institutionen wohl gefühlt zu haben (13-16a 77,7% vs. 17-18a 83,4%, nicht signifikant). 90,2% fühlten sich ernst genommen, denn man ging auf ihre Wünsche, Fragen und Ängste ein (13-16a 92,6% vs. 17-18a 87,5%, nicht signifikant). 88,2% der Jugendlichen fühlten sich generell gut beraten (13-16a 88,8% vs. 17-18a 87,5%, nicht signifikant). 90,2% gaben an, dass man sich in den Institutionen immer genug Zeit für sie genommen hätte (13-16a 92,6% vs. 17-18a 87,5%, nicht signifikant). Weitere 90,2% gaben an, hilfreiche Tipps bezüglich ihrer Schwangerschaft erhalten zu haben (13-16a 88,8% vs. 17-18a 91,4%,

nicht signifikant). 76,5% der Jugendlichen wurden ausreichend bezüglich rechtlichen Dingen informiert (z. B. Vormundschaft, Vaterschaftstest etc.) (13-16a 81,4% vs. 17-18a 70,9%, nicht signifikant). 64,7% der jungen (werdenden) Mütter haben Informationen über die Beantragung von Beihilfen und über finanzielle Hilfsangebote erhalten (13-16a 70,4% vs. 17-18a 58,3%, nicht signifikant). 45,1% wurden bei der Kontaktaufnahme mit Behörden unterstützt (13-16a 48,1% vs. 17-18a 41,6%, nicht signifikant). 82,4% haben sehr gute Erfahrungen bezüglich institutioneller Beratung und Unterstützung gemacht (13-16a 81,4% vs. 17-18a 83,3%, nicht signifikant). 96,1% fühlten sich jederzeit willkommen in den diversen Institutionen (13-16a 92,6% vs. 17-18a 100%, nicht signifikant). Lediglich 9,8% der Probandinnen gaben an, dass es schwierig war, eine geeignete Betreuung und Beratung zu finden (13-16a 3,7% vs. 17-18a 16,6 %, nicht signifikant). Für 74,4% der Jugendlichen war es wichtig, mit jemand Außenstehendem zu sprechen, für die jüngeren noch eher als für die älteren Schwangeren (13-16a 81,5% vs. 17-18a 66,7%, nicht signifikant). 86,3% der Jugendlichen wünschten sich, dass die Betreuung auch nach der Schwangerschaft fortgesetzt werden würde (13-16a 88,9% vs. 17-18a 83,3%, nicht signifikant). 90,2% der jungen (werdenden) Mütter gaben an, dass die BetreuerInnen in den Institutionen offen und einfühlsam waren (13-16a 96,2% vs. 17-18a 83,3%, nicht signifikant). Ferner wurde untersucht, ob es eine Korrelation zwischen der Betreuungssituation und dem Schwangerschaftsverlauf der jungen (schwangeren) Mütter gibt. Die Analyse der vorliegenden empirischen Studie ergab, dass es keinen Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Betreuung und dem Schwangerschaftsverlauf der Jugendlichen gab.

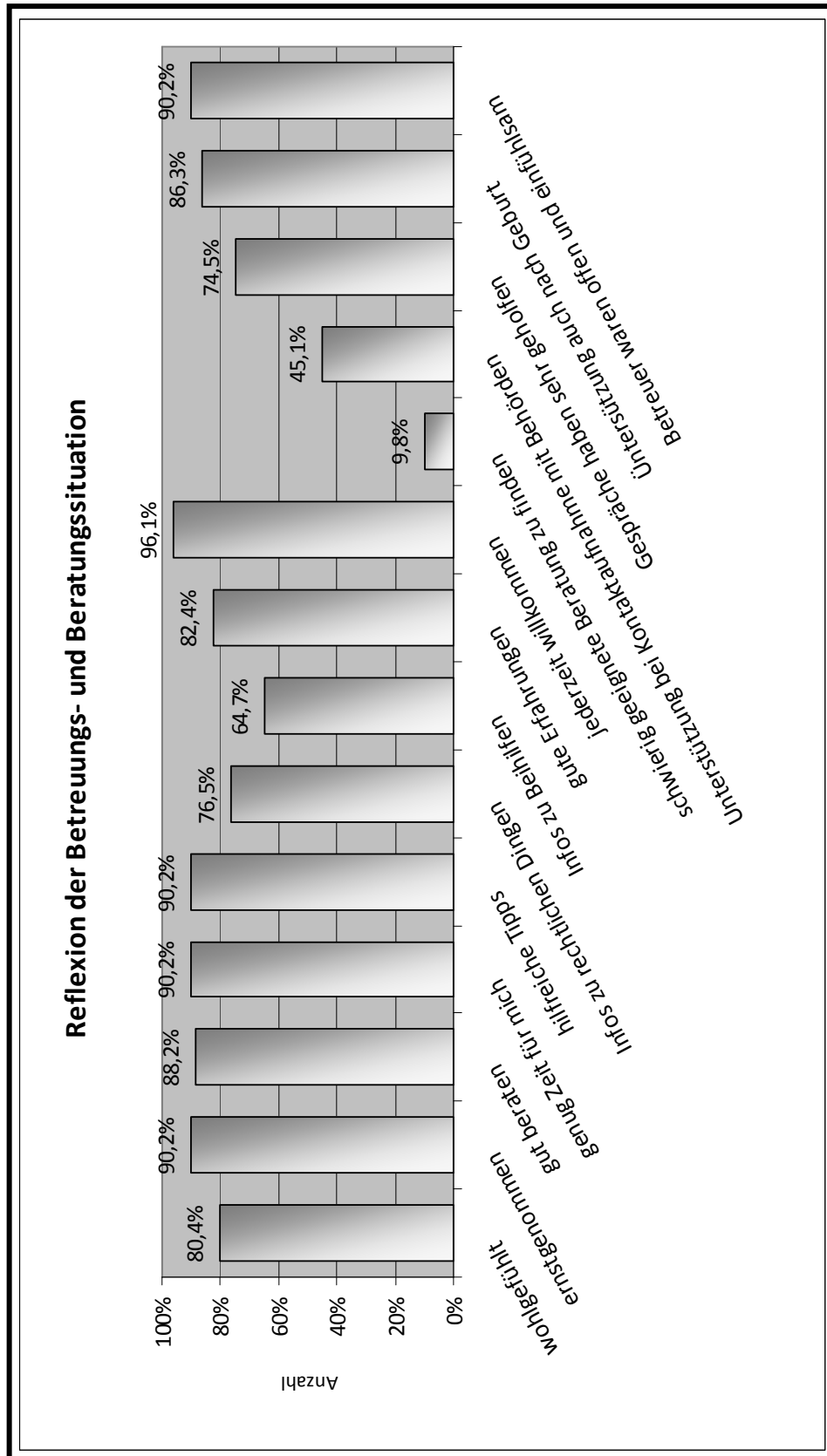


Abb. 52: Vorbereitung auf die Geburt

5.5 Offene Fragestellungen

Bei den offenen Fragestellungen galt es, herauszufinden, welche persönlichen Erfahrungen die jungen (schwangeren) Mütter mit den diversen institutionellen Beratungs- und Betreuungsinstitutionen gemacht haben, um feststellen bzw. festhalten zu können, welche Art von Unterstützung bzw. Beratung sich die Jugendlichen während und nach ihrer Schwangerschaft wünschen. Darüber hinaus war es auch von Interesse die familiäre Betreuungs- und Unterstützungssituation in Erfahrung zu bringen. Diese zwei Dimensionen, familiär und institutionell, waren Schwerpunkt der offenen Fragestellungen, um die derzeitigen Möglichkeiten der Beratung und Unterstützung der Jugendlichen durch die Ergebnisse dieser Studie zu optimieren, um Jugendliche die schwanger geworden sind, verstehen und in ihrer neuen Lebenslage unterstützen zu können.

5.5.1 Themen, die in der Beratung angesprochen wurden und wichtig waren für die jungen (werdenden) Mütter

In erster Linie beschäftigte die jungen (werdenden) Mütter zu Beginn ihrer Schwangerschaft der Verlauf der Schwangerschaft im Allgemeinen, worauf sie speziell achten müssen, welche Vorsorgeuntersuchungen sie durchführen lassen sollten bzw. müssen, auf welche Dinge sie bezüglich ihrer Ernährung achten sollten, welchen Sport sie betreiben dürfen, welche körperlichen Veränderungen normal sind und die Geburt im Besonderen, um genauer zu sagen, der Vorgang der Geburt und die verschiedenen Geburtsmodi, die für sie in Frage kommen.

Neben der medizinischen Versorgung war es ihnen wichtig, eine Ansprechperson zu haben, der sie vertrauen können und die sie auch emotional unterstützt, um sich über all ihre Sorgen und Probleme, die im Lebensalltag als junge (werdende) Mutter auftauchen, austauschen zu können. Neben der institutionellen Betreuung war es den Jugendlichen auch wichtig, auf gleichaltrige Schwangere und Mütter zu stoßen, um mit ihnen über ihre Erfahrungen, Ängste, Wünsche etc. sprechen zu können. Viele der jungen Mütter wünschten sich auch nach der Entbindung eine Betreuung und Unterstützung, um bei Gegebenheiten wie Pflege, Ernährung und Umgang des Kindes eine gewisse Sicherheit zu erlangen. Da die

Jugendlichen großteils noch minderjährig sind, waren für sie auch rechtliche Dinge wie Vormundschaft, Vaterschaftsnachweis etc. und finanzielle Belange wie Betreuungsgeld und staatliche Unterstützungsmöglichkeiten von großem Interesse.

5.5.2 Themen, die in der Beratung nicht angesprochen wurden, die den jungen (werdenden) Müttern aber wichtig waren bzw. sind

Aus den Statements der jungen Mütter lässt sich darauf schließen, dass sich die Jugendlichen auch gewünscht hätten, dass der emotionale, soziale bzw. gesellschaftliche Aspekt der Schwangerschaft im Jugendalter thematisiert werden würde und die Beziehung Mutter Kind nicht romantisiert dargestellt würde, sondern so wie es in der Realität ist, dass es natürlich schöne Seiten gibt, aber diese auch mit einer Menge Anstrengung und Verantwortung verbunden sind:

„Ich hätte mir gewünscht, dass mir jemand sagt, was es bedeutet ein Kind zu haben, es ist schon sehr anstrengend[...], wie sich das Leben verändert z. B. Freunde, die jetzt auf einmal nicht mehr da sind [...],“

„Was es heißt, eine junge Mutter zu sein; wie das Leben sich verändert; praktische Tipps; wie man damit umgeht, wenn einen die Leute so komisch ansehen, weil man in meinem Alter schon schwanger ist.“

„[...]dass meine Familie am Anfang der Schwangerschaft nicht zu mir gehalten hat.“

Weiters gaben die Jugendlichen an, dass sie gerne genauere Informationen zum Ablauf der Geburt, zu Komplikationen, die bei der Geburt eintreten können, zu Verhütungsmöglichkeiten nach der Geburt, zu Alternativen wie Adoption oder Abtreibung, zu rechtlichen Dingen wie Vaterschaftstest, zu finanziellen Dingen wie Kinderbeihilfen bzw. andere Beihilfen und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten und staatlichen Zuschüssen, bekommen hätten.

5.5.3 Welche Hilfe bzw. Unterstützung hätten sich die jungen (werdenden) Mütter zusätzlich gewünscht bzw. was war ihnen besonders wichtig

Der Großteil der Jugendlichen, die an dieser Studie teilgenommen haben, schien gut in die Familie integriert zu sein und einen starken Familienrückhalt zu haben, da die Jugendlichen angaben, dass ihnen die Familie eine große Stütze war bzw. ist. Besonders die Unterstützung und der verständnisvolle Umgang mit der Mutter war bzw. ist für viele der Probandinnen enorm wichtig. Aber nicht nur die Familie, auch die Freunde, Großeltern und auch der Kindsvater spielen eine wichtige Rolle im Leben der jungen (werdenden) Mütter.

„[...]ohne die Akzeptanz aller, wäre die Schwangerschaft sicherlich nicht so schön für mich verlaufen [...]“

Allgemein war es ihnen wichtig, jemanden zu haben, mit dem sie über ihre Sorgen und Ängste sprechen konnten bzw. können. Einige Probandinnen betonten, dass ihnen die Begleitung durch eine Hebamme eine große Hilfe war:

„[...] eine Hebamme zu haben. Sie hat mich immer ein wenig beruhigt und mir alle meine Fragen in Ruhe beantwortet, somit war meine Angst vor der Geburt ein wenig kleiner, ich fühle mich jetzt gut vorbereitet.“

„Wichtig war für mich jemanden zu haben, an den ich mich mit all meinen Fragen wenden konnte, der mir die Angst nimmt vor z. B. einigen körperlichen Beschwerden, die ich nicht einordnen konnte und v.a. vor der Geburt; da haben mir die Treffen mit der Hebamme und der Austausch mit den anderen jungen Müttern sehr geholfen. Am Ende der Schwangerschaft haben wir v.a. darüber gesprochen, wie man erkennt, dass es jetzt los geht, wie man sich verhält und eine Checkliste für alles gemacht.“

Bei denjenigen jungen Frauen, die in der Familie nicht so gut eingebunden waren, boten soziale Einrichtungen wie Mutter-Kind-Heime und Institutionen wie der Göttliche Heiland mit dem Projekt „YoungMum“ wichtige und geeignete Unterstützung und Betreuung. Von

den Möglichkeiten, die diese Institutionen anbieten, waren besonders der Schwangerschaftskurs und die Gespräche mit den Betreuerinnen für die Jugendlichen von Bedeutung. Weiters war es den Jugendlichen wichtig, eine Frauenärztin/einen Frauenarzt zu haben, die/der sie über medizinische Gegebenheiten und dergleichen aufklärt und auch Gespräche mit PsychologInnen haben die Jugendlichen sehr begrüßt.

Gefragt wurde in diesem Zusammenhang auch, welche Unterstützung und Betreuung bzw. Möglichkeiten sich die jungen (werdenden) Mütter zusätzlich gewünscht hätten. Auf diese Frage haben die Jugendlichen geantwortet, dass Sie sich mehr Kontakt zu gleichaltrigen Schwangeren und Müttern gewünscht hätten, um Erfahrungen austauschen zu können. Diejenigen, die die Möglichkeit eines Austausches wahrnehmen konnten, sagten, dass dieser ihnen in sämtlichen Lebenslagen sehr geholfen habe:

„Besonders wichtig war mir der Erfahrungsaustausch mit anderen jungen Müttern – um Veränderungen, medizinische Ausdrücke, die man nicht versteht, über Alltag, Schmerzen etc. sprechen zu können“

Einige gaben auch an, dass sie sich die volle Unterstützung des Kindsvaters gewünscht hätten, dass ihnen emotionale Nähe, Liebe, Geborgenheit und Verständnis für ihre Situation wichtig gewesen wäre bzw. ist. Ferner hätten sich die Jugendlichen zu folgenden Themen mehr Informationen und Beratung gewünscht:

- Ausbildung, Schule etc. – wie kann man wieder in Schule bzw. Beruf einsteigen, welche Hilfestellungen gibt es in diesem Bereich?
- Spezielle Informationen über Ernährung, Kinderbetreuung, und –pflege und Versorgung (auch medizinisch)

5.5.4 Gedanken junger (werdender) Mütter an andere, die in ihre Situation kommen

Unter diesem Punkt werden die Statements bzw. Gedanken der jungen (werdenden) Mütter an sexuell aktive Jugendliche bzw. an junge Mütter, die ebenfalls im Jugendalter schwanger werden aufgelistet:

„Es gib immer einen Weg!“

„Man sollte keine Angst haben um Hilfe zu bitten; auch wenn man keinen Partner hat - dies sollte kein Grund sein, sein Kind abzutreiben. Mit der richtigen Unterstützung, kann man alles schaffen. Und von anderen nicht negativ beeinflussen lassen und stark bleiben. Außerdem, wenn du denkst, dass du reif bist für Sex, musst du dir immer bewusst sein, dass immer ein kleines Risiko besteht und erst, wenn du bereit bist, die Verantwortung dafür zu übernehmen, habe Sex.“

„Zuerst denken, dann handeln!“

„Entscheidet euch einfach richtig. Es ist zwar nicht immer leicht mit Kind, aber dafür verdammt schön. Und lauft dem Kindsvater nicht unnötig nach, ihr schafft das auch ohne ihn. Ihr seid stark genug. Viel Glück euch liebe Mamis :-)!“

„Immer zuerst an das Kind denken und dann an sich selbst und immer schauen, dass das Kind gut versorgt ist. Ein Kind zu bekommen ist so ein schönes Gefühl und merk dir eines, egal ob der neue Freund dein Kind akzeptiert, Männer kommen und gehen, dein Kind bleibt dir für immer!“

„Ich wünsche ihnen Glück und Kraft.“

„Hör nicht darauf, was andere sagen, mach das, was du für richtig hältst. Es wird sich immer alles zum Positiven wenden! Es ist keine Schande, wenn man sich Hilfe und Beratung/Unterstützung sucht!“

„Sucht euch Hilfe, ihr seid nicht alleine!“

„Schämt euch nicht, steht dazu!“

„Man kann es schaffen, wenn man es will!“

„Es gibt keinen Grund ein Kind abzutreiben, weil man sich immer von irgendwoher Hilfe holen kann, wenn es familiär nicht möglich ist, gibt es Hilfe in Beratungsstellen z. B. YoungMum. Sei stark und nimm dein Leben in die Hand. Hab keine Angst aufgrund mangelnder Ausbildung, die kann man immer noch nachholen.“

„Schämt euch nie dafür, wenn ihr in emotionalen Situationen Sachen sagt oder denkt, die ihr eigentlich nicht so meint. Eine Schwangerschaft ist sehr belastend für den Körper und die Seele. Gesteht euch das ein, auf eure Bedürfnisse zu hören.“

„Man sollte die letzten Wochen vor der Geburt zum Schlafen nützen!“

„Lasst euch nicht unterkriegen und achtet darauf soviel wie möglich zu unternehmen, während der Schwangerschaft und nachher!“

„Egal wie jung du bist, es ist alles zu schaffen, wenn du nur willst. Ich bin trotz meines sehr jungen Alters froh, mich für das Kind entschieden zu haben. Auch wenn es eine große Veränderung und Verantwortung ist, alles zu schaffen. Ein Kind ist einfach das größte Glück, was mir passieren konnte!“

„Alle jungen Mütter sollen selber entscheiden, ob sie das Kind behalten wollen. Es ist nicht ausweglos, es ist zwar schwierig und das Leben verändert sich total, aber es ist zu schaffen. Und wenn das Kind dann da ist, will man es gar nicht mehr hergeben.“

„Zuerst Schule und Beruf ausüben. Man soll sein Leben leben und erst ein Kind bekommen, wenn man finanziell abgesichert ist.“

„Viel Glück und viel Sinn!“

„Es ist noch keine Mama vom Himmel gefallen. Am besten über Facebook Kontakt mit anderen Müttern aufnehmen.“

„Man kann alles schaffen mit einem guten Willen.“

„Verhüten, wenn man nicht schwanger werden will, ist ja nicht so schwer!“

„Vergesst nicht auf Verhütung, wenn ihr noch nicht so weit seid, ein Kind zu bekommen.“

„Es ist nicht leicht, aber auch ein tolles Gefühl.“

„Abtreiben oder Behalten, das ist immer die Frage. Die Frage stellte auch ich mir oft genug, aber jede einzelne Mutter spürt, was richtig oder falsch ist. Für mich fühlte sich schwanger zu sein eigentlich falsch an. Es wird ein harter Weg, aber dieser Weg ist für jeden zu schaffen, wenn man es wirklich will und es für richtig hält.“

6. Diskussion

In diesem Kapitel sollen die für diese Arbeit aufgestellten Hypothesen überprüft und entworfene Fragestellungen erläutert werden. Des Weiteren werden diese jeweils im Kontext geeigneter Literatur interpretiert und im Hinblick auf präventive Maßnahmen und Möglichkeiten der Intervention analysiert.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse angesichts der geringen Stichprobengröße nur bedingt Rückschlüsse auf eine Gesamtpopulation von adolescenten Schwangerschaften zulassen. Allerdings können in dieser Untersuchung aufgrund der vorliegenden Ergebnisse durchaus Trends aufgezeigt werden und mit bereits vorhandenen Ergebnissen diverser Studien exemplifiziert werden.

6.1 Hypothesen

6.1.1 Eine Schwangerschaft im Jugendalter stellt zumeist ein ungeplantes Ereignis dar.

Während in einigen Gesellschaften traditionelle Geschlechterrollen Hauptursache für die Schwangerschaft Minderjähriger sind und die Elternschaft als Segen und Beweis für Fruchtbarkeit angesehen wird, kann man in den entwickelten Ländern davon ausgehen, dass Schwangerschaften im Jugendalter vorwiegend ungeplant, im Sinne einer nicht bewusst vorgenommen Entscheidung, sind. Laut Schneider (1997) ist etwa die Hälfte aller Schwangerschaften in entwickelten Ländern, ob im Jugend- oder Erwachsenenalter, ungeplant, wobei sich der Anteil ungeplanter Schwangerschaften bei Jugendlichen verdoppelt. Schmidt et al. (2006), die über 1800 junge Frauen unter 18 Jahren zum Thema Schwangerschaft in der Adoleszenz befragt haben, kommen zu dem Ergebnis, dass in über 90% der Fälle die eingetretene Schwangerschaft ungeplant war. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen die Hypothese, dass Jugendschwangerschaften in den meisten Fällen ungeplant sind. 90,2% der Probandinnen gaben an, ungeplant schwanger geworden zu sein.

Dass Schwangerschaften ungeplant sind, heißt nicht automatisch, dass diese auch ungewollt sein müssen, wie sich aus der vorliegenden Untersuchung folgern lässt. Aus den Ergebnissen der Untersuchung geht hervor, dass die jungen Mütter anfangs sehr emotional auf ihre Schwangerschaft reagierten, was auf die Gemütszustände, die sie auswählten, nämlich schockiert und traurig gewesen zu sein, zurückzuführen ist. Jedoch veränderte sich die Einstellung zur Schwangerschaft und zum Kind mit der Zeit zum Positiven. Viele der jungen Mütter freuten sich allmählich auf ihr Kind. Somit wird aus einer anfangs ungewollten Schwangerschaft eine gewollte mit allgemein üblichen ambivalenten Gefühlen.

Die Tatsache, dass Schwangerschaften im Jugendalter in der Regel ungeplant sind, wirft die Frage auf, welche Gründe bzw. Erklärungsansätze und demografische Faktoren es für eine frühe Schwangerschaft bzw. die Fortführung dieser gibt. Zur Erklärung von ungeplanten Schwangerschaften existieren in der Literatur zahlreiche Beiträge unterschiedlicher Sichtweisen (vgl. Punkt 3.2 bis 3.3.5). Neben Ansätzen, die sexuelles Risikoverhalten und das daraus erhöhte Risiko einer Schwangerschaft im Jugendalter als Problemlösungsversuch konflikthafter familiärer und sozialer Konstellationen sowie einem erfahrenen Mangel an emotionaler Nähe und Geborgenheit betrachten, sehen andere Autoren die Ursache in einem geringen Bildungsstatus der Eltern sowie der Jugendlichen, Veränderungen der Bevölkerungs- und Familienstrukturen, der Ethnizität, einem Mangel an Zukunftsperspektiven, darin seinen Wohnsitz, nicht bei den Eltern zu haben, Arbeitslosigkeit, Armut, Konsum von illegalen Rauschmitteln, Gewalt in der Familie, einem kürzlich ausgesetzten Stress, der Verwendung wenig effektiver Verhütungsmethoden bzw. die Nicht-Verhütung, der Tatsache mehrere Sexualpartner zu haben und der unterschiedlichen Ansätze und Ausprägungen der Sexualerziehung (Bierberger, 1991; Manlove, 1998; Manlove et al., 2000; Narring et al., 1996; Osthoff, 1999; Smith, 1993; Wu/Martinson, 1993).

Im Schnitt waren die jungen Mädchen mit 14,47 Jahren zum ersten Mal bei einem Frauenarzt bzw. einer Frauenärztin, in einem Alter, in dem der Großteil der Jugendlichen ihre ersten sexuellen Erfahrungen bereits hinter sich hatte (Durchschnitt mit 14,47 Jahren; 13-16a mit 13,93 Jahren im Schnitt vs. 17-18a mit 15,8 Jahren im Schnitt). Als Motive für den Frauenarztbesuch wurde zu 31,4% die eingetretene Schwangerschaft angegeben. Ein Zusammenhang, der auf einen Mangel an Bewusstsein für die eigene reproduktive Gesundheit

schließen lässt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs bei den Jugendlichen nicht, wie in den Medien oftmals dargestellt, extrem nach vorne verschiebt. Das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten im Mittel bei 16 Jahren eingependelt (BZgA, 2002, 2006, 2010; Weidinger et al., 2001), was sich anhand der vorliegenden Studie ebenfalls abzeichnet.

Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der sexuellen schulischen Aufklärung betrug 12,66 Jahre. Die zeitliche Spanne von 7 Jahren der jüngsten Probandinnen bis zu 16 Jahren der ältesten ist jedoch erheblich. Hier stellt sich die Frage: Was verbinden die Jugendlichen bereits mit dem Thema „sexuelle Aufklärung“ bzw. was nicht? Der Großteil der Jugendlichen gab an, aufgeklärt worden zu sein, wobei die Institution Schule mit 74,5% und die Mutter mit 52,9% den größten Stellenwert einnehmen. Die Väter nehmen nur einen geringen Stellenwert in Zusammenhang mit der sexuellen Aufklärung ein. Auch aus anderen Studien (ÖGF, 2008; Thoß et al., 2006; BZgA, 2006) geht hervor, dass die Mutter weitaus häufiger informiert bzw. zurate gezogen wird als der Vater. Die Peers spielten in dieser Untersuchung lediglich eine untergeordnete Rolle (15,7%). 2% der Probandinnen wurden überhaupt nicht aufgeklärt.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Aufklärung und Sexualität als Themen in der Schule zunehmend wichtig genommen werden, wobei auf die Qualität des Unterrichts nicht rückgeschlossen werden kann. Eine Untersuchung des ÖGF (2008) zeigt, dass der Sexualkundeunterricht häufig auf biologische Fakten sowie auf das Unterrichtsfach Biologie beschränkt bleibt und nicht wie eigentlich im Lehrplan vorgesehen, interdisziplinär erfolgt. Fragt man die jungen (werdenden) Mütter nach ihren subjektiv empfundenen Informationsdefiziten bezüglich des Aufklärungsunterrichts, geht aus den Ergebnissen hervor, dass der emotionale Aspekt von Sexualität innerhalb des Sexualkundeunterrichts weitgehend ausgeklammert wurde, ebenso wie Informationsquellen. 21,8% der Jugendlichen gaben an, dass der Sexualkundeunterricht früher stattfinden hätte müssen. Das Zuziehen von ExpertInnen von außen erfolgte ebenfalls nur in geringem Ausmaß (25,3%), obwohl dies ausdrücklich empfohlen wird.

Die Vermutung, dass jüngere Jugendliche (13-16a) ein risikoreicheres Sexualverhalten aufweisen als die älteren (17-18a), konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. 60,8% der Jugendlichen gaben an, beim Geschlechtsverkehr zu verhüten, wobei die älteren eher als die jüngeren eine Methode der Verhütung wählten, aber nicht signifikant. 47,1% der 13- bis 16-Jährigen sagten aus, mit der Pille und 66,7% mit Kondom verhütet zu haben. Die 17- bis 18-Jährigen verwendeten signifikant häufiger die Pille, während die jüngeren eher das Kondom als Verhütungsmittel wählten, aber nicht signifikant. Nur wenige verwendeten alternative Verhütungsmittel, wie das Diaphragma (2%), den Koitus Interruptus (2%), das Hormonpflaster (7,8%) oder die 3-Monatsspritze (5,9%). Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung geht hervor, dass mehr als die Hälfte der jungen Frauen schwanger wurde, obwohl die Jugendlichen mit „sicheren“ Kontrazeptiva wie der Pille oder dem Kondom verhütet hatten. Daraus lässt sich schließen, dass Anwendungsfehler bzw. Informationsdefizite bezüglich Verhütungsmittel gegenwärtig noch immer recht häufig sind. Weiters wurde erhoben, welche Gründe es für eine Nicht-Verhütung gibt. Hier zeichnen sich vor allem die „Hoffnung, dass nichts passiert“ und das „Vergessen von Verhütung“ als Motive ab.

Der Großteil der befragten Frauen wusste zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft, dass es die „Pille danach“ gibt. In der vorliegenden Studie konnte jedoch gezeigt werden, dass der Großteil der Probandinnen nicht über die „Pille danach“ Bescheid wusste, weder über ihre Wirkung noch über die Tatsache, wie und wo man sie erhält. Ihre Nicht-Anwendung lässt sich auf Wissensdefizite bezüglich Wirksamkeit und Möglichkeiten der Erhältlichkeit, auf die bereits weit fortgeschrittene Schwangerschaft der meisten Jugendlichen, auf die Tatsache, dass sich viele der Jugendlichen bewusst für eine Schwangerschaft entschieden haben und sich eine Familie wünschen sowie auf die Gegebenheit, dass es Jugendlichen häufig schwerfällt, Wissen in situative Handlungskompetenz umzusetzen, zurückführen.

Sensationsbetonte Schlagzeilen aus der Boulevardpresse über Schwangerschaften sehr junger Mädchen lassen vermuten, dass Jugendliche zunehmend immer früher ungewollt schwanger werden. Erwartungsgemäß werden jedoch vor allem die älteren Jugendlichen schwanger, während sehr frühe Schwangerschaften eher selten sind. Das durchschnittliche

Alter, der an dieser Untersuchung teilgenommenen jungen Frauen zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens ihrer Schwangerschaft, betrug 16 Jahre. Eine genaue Altersverteilung der vorliegenden Stichprobe findet sich unter Punkt 5.1.1 (vgl. Tabelle 6).

Die Annahme bzw. die Ergebnisse vorangegangener Untersuchungen, dass sozioökonomisch benachteiligte Jugendliche ein höheres Risiko haben, minderjährig schwanger zu werden als Frauen mit begünstigten sozioökonomischen Hintergründen (Kiernan, 1980; Manlove et al., 1997), konnte weder belegt noch widerlegt werden, da keine ausreichenden Hintergrundinformationen dazu erhoben wurden. Die überwiegende Mehrheit der Eltern, der an der Untersuchung teilgenommen minderjährigen Schwangeren, geht einer Beschäftigung nach. Faktoren wie das durchschnittliche eigene bzw. das Einkommen der Eltern oder des Partners und die Zufriedenheit mit dem derzeitigen Lebensstandard wurden nicht erhoben. Die jungen (werdenden) Mütter lebten zum Zeitpunkt der Befragung größtenteils in einem stabilen Wohnverhältnis, 56,9% lebten noch bei den Eltern, 19,6% lebten mit dem Partner zusammen, 2% lebten bei den Großeltern. Ein geringer Prozentsatz wohnte zum Zeitpunkt der Befragung in Mutter-Kind-Einrichtungen und 5,9% alleine. Von der Wohnsituation und der Beschäftigung der Eltern ist ein Rückschluss auf die familiäre Gesamtsituation bzw. die Lebenssituation nicht möglich, da hierzu keine gesonderten Faktoren erhoben wurden. Der Eindruck aus bereits vorhandenen Studien, dass überwiegend sozioökonomisch benachteiligte Jugendliche schwanger werden, könnte unter anderem dadurch entstehen, dass gerade diese Jugendlichen bereits vor ihrer Schwangerschaft Kontakt zu Beratungs- bzw. Sozialhilfestellen hatten, häufiger in Mutter-Kind-Einrichtungen leben und diese für Studien leichter erreichbar sind, als Jugendliche, die privat emotional und finanziell unterstützt werden, sich in einem stabilen und stärkenden Umfeld befinden und somit keine Hilfen von außen in Anspruch nehmen. Was jedoch aufgezeigt werden kann, ist, dass das Bildungsniveau, gemessen an Schuljahren bzw. Abschlüssen, der befragten jungen Frauen niedrig ist. 28 der 51 Probandinnen haben einen Hauptschulabschluss als höchst abgeschlossene Schulbildung und 12 haben überhaupt keinen Abschluss. In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass der Grad der Bildung mit dem Risiko früh schwanger zu werden eng zusammenhängt (Blitzer, 2002; Furstenberg, 1998; Jewell et al., 2000; Robson/Pevalin, 2007; Thoß et al., 2006; Spencer, 2001). Viele Frauen, die im Jugendalter ungewollt schwanger werden, befinden sich in einer Schwellensituation und sehen eine Schwangerschaft mög-

licherweise als Lösungsversuch einer perspektivlosen Zukunft bzw. einer konflikthaften Lebenssituation. Jedoch gehen Wunschvorstellung und Realität aufgrund der oftmals problematischen Rahmenbedingungen weit auseinander und die romantische Vorstellung einer heilen Familie trifft auf die harte Realität.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die „ausschließliche“ Betrachtung eines Faktors wie etwa ein unzureichendes bzw. fehlerhaftes Kontrazeptionsverhalten, in dem Maße wie es oftmals in der Literatur zitiert wird, in diesem Zusammenhang zu kurz greift und sicherlich nicht erklären kann, warum es zu ungeplanten Schwangerschaften im Jugendalter kommt. Vielmehr kommt es hier zu einem Zusammenspiel multifaktorieller Gegebenheiten, die sich oftmals gegenseitig beeinflussen und gleichzeitig zusammentreffen und sich somit die Risikokonstellation, früh schwanger zu werden, deutlich verschlechtert.

Für die Betreuung und Prävention bedeutet dies, dass Schwangerschaften im Kontext der Persönlichkeit der jungen (werdenden) Mütter, ihres sozialen Umfeldes, ihres Umgangs mit Sexualität und Kontrazeption und ihrer psycho-soziokulturell geprägten Begrenzungen und Möglichkeiten betrachtet werden muss, um die Anzahl ungeplanter Schwangerschaften im Jugendalter weiterhin zu reduzieren. Um einer ungeplanten Schwangerschaft überhaupt vorbeugen zu können, ist es notwendig, dass eine umfassende, jeweils entwicklungs-
begleitende Aufklärung auf mehreren Ebenen, regelmäßig, vielfältig und offen erfolgt (vgl. Punkt 3.3.1 bis 3.3.4.1). Dies dürfte im Fall jener Jugendlichen, die an dieser Studie teilgenommen haben, größtenteils nicht erfolgt sein. In Bezug auf den schulischen Sexualkundeunterricht ist zu erwähnen, dass dieser über die bloße Faktenvermittlung hinausgehen muss, dass der emotionale Aspekt von Sexualität und die Behandlung von Themen wie Schwangerschaft, Elternschaft (als etwas Positives, dennoch realistisch), das Sprechen mit dem Partner über Gefühle, das Sprechen über verschiedene Formen menschlichen Zusammenlebens, über Befürchtungen und Ängste etc., die Bereitstellung diverser Informationsquellen, das Zuziehen von schulexternen ExpertInnen sowie die Einbeziehung von Eltern stärker berücksichtigt werden sollten. Vor allem sollte auch die Selbstreflexion eigenen Handelns bei den Jugendlichen gefördert werden, um zu gewährleisten, dass sie erfahrenes Wissen in eigene Handlungskompetenz umsetzen können. Aber auch die Lehrpersonen selbst müssen ihre Einstellung, ihre Haltung gegenüber der eigenen Sexualität

reflektieren, um unbewusst kommunizierter Haltungen vorzubeugen und eine pädagogisch-didaktische Sensibilität zu entwickeln. (Valtl, 1998; Weidinger et al., 2007) Eine Reflexion der eigenen Einstellung zur Sexualität ist auch in der Hinsicht von Bedeutung, dass Sexualerziehung, wie jede Form von Erziehung, nicht wertfrei sein kann, denn sie ist immer im Kontext der jeweiligen Kultur, der moralischen und ethischen Vorstellungen der einzelnen Gesellschaftsgruppen, zu sehen. (Valtl, 1998) Zu beachten ist der offene Umgang und Ausgang der Diskussion zwischen der Lehrperson und der Klasse. Es gibt zwar Werte und Normen, und das ist gut so (Orientierungswissen), aber PädagogInnen und Eltern sowie die Gesellschaft müssen sich der Tatsache bewusst sein, dass der Pluralismus im Bereich der Sexualität, der sexuellen Lebensformen, eine Grundlage zur Entfaltung humaner Lebensmöglichkeiten bietet. (Valtl, 1998) Die Anregung von Reim-Hofer und Mayer (2010) im Rahmen eines Elternabends Workshops zu vielfältigen Themen der Sexualität anzubieten, würde eine geeignete Möglichkeit bieten, eine Schnittstelle zwischen Eltern, Schule und Beratung herzustellen und damit einen wertschätzenden dialogischen Austausch, eine Basis zur Verständigung über Sexualität zu schaffen, in der die Anliegen und Bedürfnisse aller Parteien wahr- und ernstgenommen werden. (Weidinger et al. 2007) In der Institution Schule selbst ist es, wie bereits erwähnt, notwendig verschiedenste Thematiken interdisziplinär zu bearbeiten. Gerade Themen wie Elternschaft, ungewollte Schwangerschaft, ihre Vermeidung, verschiedene Lösungswege und dergleichen sollten Diskussionsthemen darstellen, die methodisch vielfältig erarbeitet werden sollten (z. B. in Form eines Rollentauschs, einer Podiumsdiskussion, von Projekten, Filmen, Büchern etc.). Folgende Grundregeln sollten nach Valtl (1998) für eine kritisch betrachtete Sexualerziehung eingehalten werden:

- Förderung statt Behinderung – Kinder und Jugendliche sollen in der Entfaltung ihrer Sexualität unterstützt werden;
- Ermöglichung und Reflexion eigener Erfahrungen;
- Informationsvermittlung und Vorbereitung;
- Unterstützung;
- Stärkung des Selbstwertgefühls und Förderung der Selbstbestimmung;
- Vermittlung eines offenen Normhorizonts;
- Förderung des Körperbewusstseins und Körpergefühls;
- Förderung der emotionalen Entwicklung;

- Förderung von Freundschaft und Freundschaftlichkeit;
- Sexualpädagogik als Geschlechterpädagogik;

Bereits bestehende soziale Einrichtungen, Projekte und Beratungsstellen wie z. B. Mutter-Kind-Einrichtungen, „YoungMum“, „Lovetour“, „Die Tür“, „First Love“, „Herzklopfen“ und andere müssen weiterhin aufrechterhalten und weiterentwickelt werden. In den letzten Jahrzehnten sind innovative Projekte und Beratungsstellen, insbesondere Sexualberatungsstellen, für werdende (junge) Mütter entstanden, deren Ziel einerseits die Verbesserung der familiären und schulischen Sexualerziehung durch neue sexualpädagogische Ansätze ist, und andererseits die Wahrnehmung der Bedürfnisse der Jugendlichen intendieren und darüber hinaus fächerübergreifende (medizinisch, psychologisch, sozial etc.) Gesundheitsförderung für die Jugendlichen anzubieten.

An dieser Stelle soll auch der Film „Sex, we can?!“ erwähnt werden, ein Film, der vom Wiener Bildungsserver ICE, gemeinsam mit dem Wiener Programm für Frauengesundheit, gestaltet wurde. Der Film bietet Jugendlichen die Chance, sich dem Thema „Sexualität und Aufklärung“ auf eine unauffektierte Weise zu nähern, indem er versucht, die Lebenswelt der Jugendlichen widerzuspiegeln. Ferner dient er als Anregung für Diskussionen des schulischen Sexualkundeunterrichts und der bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität. (<http://www.sexwecan.at/>)

Weidinger et al. (2001) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass Jugendliche, die kostenlos und anonym Informationen und Beratung in Anspruch nehmen können, eher bereit sind, den Beginn ihrer sexuellen Aktivitäten hinauszuschieben, weniger Sexualpartner haben und eher sichere Verhütungsmittel beim Geschlechtsverkehr verwenden, und sich somit weniger sexuell riskant verhalten. Derartige Untersuchungsergebnisse untermauern die Bedeutung von Beratungseinrichtungen in Bezug auf Prävention und Intervention.

Eine Schwangerschaft im Jugendalter ist nicht per se ein problematisches Ereignis. Eine Schwangerschaft ist jeweils unter den divergierenden sozioökonomischen, soziokulturellen und psychosozialen sowie gesundheitlichen Gegebenheiten, zu betrachten. Mehrere Komponenten wie die emotionale Reife, der sozioökonomische Status sowie gute soziale Netzwerke sind für einen positiven Schwangerschaftsverlauf bestimmend. Oftmals ist eine

Schwangerschaft im Jugendalter mit schwierigen Rahmenbedingungen verknüpft. Folglich ist es erforderlich, dass Unterstützungshilfen und -angebote, wie jene bereits genannten respektive weiterführende Angebote, wie Familien- und Partnerschaftsberatungen bereitgestellt bzw. die Jugendlichen auf diese aufmerksam gemacht werden. Dies ist von Bedeutung, um dafür Sorge zu tragen, dass die jungen Frauen eine eigenverantwortliche Sexualität entwickeln können, dass jungen (werdenden) Müttern das Rüstzeug für ein eigenständiges Leben mit Kind mitgegeben werden kann, und dass sie eine stabile Mutter-Kind-Beziehung und Partnerschaft aufbauen können, um Fehlverhalten und Kurzschluss-handlungen zum Wohl des Kindes zu vermeiden. Dazu bedarf es generell finanzieller Mittel und engagierter, geduldiger, sensibler, toleranter und empathiefähiger Personen mit einem gesunden „Nähe-Distanz-Maß“, um regelmäßig persönliche Vorstellungs- und Informationsveranstaltungen für junge Mütter anbieten zu können. Zusätzlich besteht die Notwendigkeit des Abbaus bürokratischer Hürden, um schwangeren Minderjährigen, den für sie zum Teil hochschwelligem Zugang zu sozialen Einrichtungen und Unterstützungsmöglichkeiten zu erleichtern. Den jungen (werdenden) Müttern müssen ferner Perspektiven bezüglich schulischer bzw. beruflicher Aus- und Weiterbildung aufgezeigt werden, um eine erneute ungeplante Schwangerschaft und das Abrutschen in einen „Circulus vitiosus“ zu vermeiden.

Letztendlich ist festzuhalten, dass es ungeplante Schwangerschaften in der Adoleszenz immer schon gegeben hat und immer geben wird, wie bei Erwachsenen auch. Viele dieser ungeplanten Schwangerschaften wären durch geeignete präventive und interventionistische Ansätze vermeidbar, aber ganz zu vermeiden sind sie nicht, da sexuelles Verhalten nicht immer planbar ist. Die Anerkennung dieser Feststellung ist notwendig, um davor zu bewahren, mit einem diskriminierenden Unterton über jugendliche Schwangere zu sprechen. Die Frage, die sich hier stellt, ist: Was lässt sich wie vermeiden und wo liegen die Grenzen präventiver und interventionistischer Maßnahmen bzw. Maßnahmen und Möglichkeiten der Betreuung und Beratung?

6.1.2 Eine Schwangerschaft im Jugendalter ist wahrscheinlicher, wenn bereits die Mütter der minderjährigen Schwangeren sehr früh ein Kind bekommen haben.

Im Jahr 1996 wurde eine Studie veröffentlicht, die besagt, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft in der Adoleszenz höher ist, wenn bereits die Mutter im Jugendalter schwanger war (Seamark/Gray Pereira, 1997). Die Studie von 1966 belegt vorangegangene Studien bezüglich dieser Annahme (Cyran, 1986, Furstenberg et al., 1990; Ashken/Soddy, 1980). Nachfolgende Studien, wie die von Kiernan (1997), Manlove (1997), Botting et al. (1998), Kirchengast (2002) und Robson und Pevalin (2007) kommen in facto zu dem Ergebnis, dass jugendliche Schwangere häufig selbst Töchter von Müttern sind, die ebenfalls früh ein Kind bekommen haben. Die Motivlage der Wiederholung einer frühen Schwangerschaft lässt sich dadurch erklären, dass Mütter als Vorbilder fungieren, und die Töchter bewusst oder unbewusst die Muster der Eltern übernehmen, d. h., dass bestimmte Familienstrukturen über Generationen hinweg weitergegeben werden (Vogelsang, 1997). Gerade sozioökonomisch benachteiligte Jugendliche entwickeln kaum Alternativen, diesem Milieu zu entkommen. Da ihnen alternative familiäre Vorbilder fehlen, sehen sie eine frühe Schwangerschaft möglicherweise als Lösung konfliktreicher, krisenhafter Lebenssituationen, in denen sie sich befinden.

In der vorliegenden Untersuchung konnte diese These nicht belegt werden. Lediglich 17,6% (9 von 51) der jungen (werdenden) Mütter hatten selbst eine Mutter, die früh ein Kind bekommen hatte. Der Großteil der Mütter der Probandinnen war bei ihrer Geburt zwischen 19 und 25 Jahren alt (68,7%). 13,9% waren zwischen 26 und 37 Jahre alt. Dieses Ergebnis geht konform mit der Tatsache, dass Frauen heute ihr erstes Kind im Schnitt mit 30 Jahren bekommen. Dennoch gab die Mehrheit der Jugendlichen an, dass es durchaus im engeren Familien- bzw. Freundeskreis Personen gibt, die früh schwanger wurden (58,8%). Dies bedeutet wiederum, dass das soziale Umfeld durchaus dazu beitragen kann, früh schwanger zu werden.

Für die Prävention und Intervention bedeutet dies, dass gerade in Bezug auf das Auffinden von Risikogruppen, Familienmuster und das soziale Umfeld mitberücksichtigt werden müssen.

6.1.3 Jugendliche Schwangere suchen oft erst sehr spät institutionelle Hilfe (z. B. einen Frauenarzt) auf, sodass die Schwangerschaft häufig weit fortgeschritten ist. Sie versuchen dadurch, ihr Problem zu verbergen bzw. sich einer bewussten Entscheidung zu entziehen.

Die Fristenregelung in Österreich lässt den jungen Frauen nur wenig Zeit, sich mit ihren Gefühlen, ihren Wünschen, Vorstellungen und Erwartungen auseinanderzusetzen und den Mut zum Gespräch mit den Eltern und dem Partner zu finden, um das soziale Umfeld bzw. die Bezugspersonen in ihren Entscheidungsprozess miteinzubeziehen.

In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass junge Mädchen mitunter erst nach mehreren Wochen oder gar erst nach Monaten erfahren, dass sie ein Kind erwarten (Dörr/Rascher, 2006; Osthoff, 1999; Wimmer-Puchinger, 1982). Diese Annahme zeigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung, in der die jungen Mädchen im Mittel in der 10. Schwangerschaftswoche von ihrer Schwangerschaft Kenntnis genommen haben. Dies macht deutlich, dass viele der Mädchen überhaupt nicht damit rechnen, schwanger sein zu können.

Nach Bluestein und Rutledge (1992) und Gupta et al. (2008) ist eine Schwangerschaftsverleugnung mit der relativ späten Inanspruchnahme einer Schwangerschaftsvorsorge bzw. einer gynäkologischen Untersuchung verbunden. Wissensdefizite, Sorglosigkeit, ein Mangel an Handlungskompetenz und damit verbundene Ängste und Hemmungen sind allesamt Faktoren, die dazu führen, dass junge Frauen oftmals nicht die Möglichkeit haben, sich bewusst mit der tiefgreifenden Entscheidung auseinanderzusetzen (Osthoff, 1999) bzw. dies möglicherweise ein Kompensationsversuch der jungen Frauen darstellt, sich mit der Entscheidung, nicht aktiv auseinanderzusetzen zu müssen (Wimmer-Puchinger, 1982). Es ist auch denkbar, dass die jungen Mädchen aus Unwissenheit die ersten Anzeichen einer Schwangerschaft nicht bzw. falsch deuten oder aufgrund von Schuldgefühlen verkennen. (Weidinger et al., 2007)

Auf die Frage, warum sich die Jugendlichen für das Austragen des Kindes entschieden haben, gaben 18,5% der 13- bis 16-Jährigen und 4,2% der 17- bis 18-Jährigen an, dass es für eine Abtreibung bereits zu spät gewesen wäre. Weitere Beweggründe für das Austragen des

Kindes waren die bewusste Entscheidung für das Kind (13-16a 81,4% vs. 17-18a 87,5%) und der Wunsch nach einer eigenen Familie (13-16a 62,9% vs. 17-18a 66,6%). Diese Aussagen können in Übereinstimmung mit Blitzer (2002) darauf hindeuten, dass die Schwangerschaft als Lösungsversuch konflikthafter familiärer Situationen gesehen werden könnte. Der Wunsch nach einer eigenen Familie, nach Zärtlichkeit, Liebe, Geborgenheit und Sinn im Leben, könnte daher rühren, dass diese Bedürfnisse möglicherweise in der eigenen Kindheit bzw. Jugend entbehrt werden mussten (Osthoff, 1999). Ferner erhöhen nach Osthoff (1999) Schwellensituationen, wie die Unzufriedenheit mit dem schulischen bzw. beruflichen Werdegang das Risiko früh schwanger zu werden. Dies würde auch erklären, warum es insgesamt weniger minderjährige Mütter mit höherer Schulbildung gibt. Es ist ein Paradox, denn eigentlich wollen die Jugendlichen sich loslösen, wollen selbstständig werden. Eine Schwangerschaft hat jedoch meist den Abbruch bzw. die Verzögerung einer schulischen bzw. beruflichen Ausbildung zur Folge, eine Fortführung der Abhängigkeit, vor allem der finanziellen Abhängigkeit zur Herkunftsfamilie. Die angeführten Motive zur Entscheidung sind nicht immer scharf voneinander abzugrenzen, und zum Teil können mehrere Beweggründe gleichzeitig für die Entscheidung des Austragens des Kindes beigetragen haben. Gleichzeitig ist zu bedenken, dass die Gründe rückblickend entworfen wurden und deshalb von den eigentlichen, ursprünglichen Motiven abweichen können. In den meisten Fällen bleiben die Beweggründe für bzw. gegen eine Elternschaft verborgen.

Im Zuge der Untersuchung war von Interesse, welche Personen bzw. Personenkreise als Entscheidungshilfen für bzw. gegen das Austragen des Kindes zurate gezogen wurden. Zum Großteil wurde die Entscheidung mit Unterstützung der eigenen Mutter gefällt (13-16a 48,1% vs 17-18a 50%). Der Kindsvater wurde zu 54,2% der 17- bis 18-Jährigen im Gegensatz zu 29,6% der 13- bis 16-Jährigen in den Entscheidungsprozess miteinbezogen. Daneben wurden Freunde in die Entscheidung miteinbezogen (13-16a 37% vs 17-18a 25%). Relativ selten dagegen wurden in diesem Fall Beratungsstellen bzw. SozialberaterInnen oder PsychologInnen zurate gezogen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass viele der Jugendlichen bereits zu Beginn ihrer Schwangerschaft eine Partnerschaft, Eltern bzw. Freunde hatten, die ihnen zur Seite standen bzw. stehen.

Für die Prävention bzw. Betreuung bedeutet dies, besonders im schulischen Kontext, die Themen Schwangerschaft und Elternschaft in den Unterricht miteinzubeziehen, damit den Jugendlichen die Tragweite ihrer sexuellen Aktivität und Verantwortung näher gebracht werden kann. Weiters ist innerhalb der Familie sowie der Schule dafür Sorge zu tragen, dass den Jugendlichen ein verantwortungsvoller Umgang mit ihrer eigenen reproduktiven Gesundheit vermittelt wird.

6.1.4 Durch die heutige medizinische Vorsorge- und Versorgungsmöglichkeit stellen Schwangerschaften im Jugendalter, bei ausreichender institutioneller Betreuung und Unterstützung, kein erhöhtes Risiko dar.

Biologisch-medizinische Risiken und Problematiken werden in der Literatur, wie bereits im Theorieteil erwähnt, kontrovers diskutiert (vgl. Punkt 3.4.1). Es liegen Studien vor, die darauf verweisen, dass eine Schwangerschaft im Jugendalter mit negativen Folgen bzw. Komplikationen während der Schwangerschaft, wie etwa Präeklampsie, Schwangerschaftsdiabetes, Anämien, Blutungen, Infektionen, Frühgeburtlichkeit, Unterentwicklung des Kindes (z. B. zu geringes Geburtsgewicht), SGA (zu klein bezogen auf das Reifealter), Intrauterine Wachstumsretardation, höheren neonatalen und postneonatalen Morbiditäts- und Mortalitätsraten und höheren Kaiserschnitttraten, verbunden sind. Besonders junge Mütter, jene unter 16 Jahren, sollen vermehrt von diesen Risiken betroffen sein. (Bogin, 1999; Chen et al., 2006, 2007, 2008; Cooper et al., 1995; Dürr/Rascher, 2006; Fraser et al., 1995; Gilbert et al., 2004; Gupta et al., 2008; Heidiger et al., 1997; Jolly et al., 2000; Khashan et al., 2010; Kuchenbecker et al., 2003; Lao/Ho, 1997, 1998, 2000; Liu, 2008; Perry et al., 1999; Orvos et al., 1999; Ollaussen et al., 1999; Raatikainen et al., 2005; Scholl et al. 1989, 1990; Treffers, 2003) Einige Studien sprechen davon, dass die biologische Unreife der schwangeren Jugendlichen, das heißt, ein junges gynäkologisches Alter, definiert als Konzeption innerhalb von 2 Jahren nach der Menarche und die Auswirkungen einer Schwangerschaft vor Beendigung des eigenen Wachstums, möglicherweise mit erhöhten Risiken bzw. Komplikationen verbunden ist (Bogin, 1999; Kirchengast, 2009; Naeye, 1981; Schall et al., 1994; Scholl et al., 1994; Scholl et al., 1990). In der vorliegenden Studie konnte allerdings kein Zusammenhang zwischen gynäkologischem Alter und Schwangerschaftsbeschwerden nachgewiesen werden, was wiederum auf die zu kleine Stichprobe zurückzuführen ist. Wieder andere Studien

zeigen keinen Unterschied oder zeigen sogar bessere Ergebnisse bezüglich des Schwangerschaftsverlaufes bzw. einzelner Risiken bei jugendlichen Schwangeren verglichen mit erwachsenen Frauen (Gilbert et al., 2004; Gupta et al., 2008; Haerty et al., 2005; Hammad et al., 2008; Hampton/Powell, 1999; Jolly et al., 2000; Kirchengast/Hartmann, 2003; Kuchenbecker et al., 2003; Lao/Ho, 1997, 1998, 2000; Ollaussen et al., 1997; Perry et al., 1999; Plöckinger et al., 1996; Raatikainen et al., 2005; Reichmann/Pagnini, 1997; Satin et al., 1994). Betrachtet man ausschließlich die von uns erhobenen Daten aus dem Kollektiv jugendlicher Erstgebärender, so zeigt sich in Übereinstimmung mit den oben genannten Untersuchungen, dass eine Schwangerschaft unter 16 Jahren gegenüber älteren Schwangeren in Bezug auf Schwangerschaftskomplikationen keine signifikant bedeutsamen Unterschiede ergaben. Innerhalb dieser Studie wurden ferner Körperdimensionen (Größe in Zentimeter und Gewicht in Kilogramm) von 28 Neonaten untersucht, da sie wichtige Kriterien für die Gesundheit, die Reife und das potenzielle Überleben der Neugeborenen darstellen. (Kirchengast/Hartmann, 2003) Nach Naeye (1981) sowie anderen Autoren (Scholl et al., 1994) stellt die biologische Unreife (geringes Gewicht, geringe Körperlänge, niedriges gynäkologisches Alter) adoleszenter Mütter eine Hauptursache für ein zu geringes Körpergewicht bzw. eine zu geringe Körperlänge von Neugeborenen dar. Einige Studien sprechen von einem Kampf zwischen Fötus und jugendlicher Schwangeren um Nährstoffe, da diese selbst noch nicht ausgewachsen ist, und diese selbst benötigen würde. Dies führe zu einer unzureichenden Gewichtszunahme des Fötus und somit zu einem reduzierten Geburtsgewicht. (Haiek/Lederman, 1989; Heidiger et al., 1989; Lao/Ho, 2000; Naeye, 1981; Zlatnik/Burmeister, 1977) Sind die Beckendimensionen der jungen Frauen aufgrund der biologischen Unreife gegenüber erwachsenen Gebärenden geringer, könnte ein geringes Geburtsgewicht und eine geringe Körpergröße, vor allem durch eine vorzeitige Geburt, für eine natürliche Geburt von Vorteil sein. Daher wurde lange Zeit davon ausgegangen, dass jugendliche Schwangere gegenüber Erwachsenen häufiger einen Kaiserschnitt erleben. Diese und andere Studien (Kirchengast/Hartmann, 2003; Satin, 1994) zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den sehr jungen (9 der 13-16a) und den älteren (3 der 17-18a) Erstgebärenden bezüglich der Notwendigkeit eines Kaiserschnitts. Auch insgesamt gesehen ist die Sectiorate in der vorliegenden Untersuchung mit 2% (n= 28) eher gering. Nach Kirchengast und Hartmann (1998) spielt das Gewicht der Mutter für das fetale Wachstum eine entscheidende Rolle. In der vorliegenden Studie konnte bestätigt werden, dass das Gewicht der

Mütter positiv mit dem Gewicht der Neonaten korrelierte. 7,2% der Neonaten der Mütter aus der Altersgruppe 1 (13-16a) wiesen ein Körpergewicht unter 2500 g auf (nicht signifikant). Dies waren auch jene Mütter, die ein geringeres Körpergewicht und eine geringere Körperlänge hatten. Körperlänge (13-16a, 49,07 cm vs. 17-18a, 50,08 cm) und -gewicht (13-16a 3211,13 g vs. 17-18a 3565,23 g) der Neonaten bewegten sich im Mittel im normalen Bereich. Signifikante Unterschiede in den beiden Untersuchungsgruppen konnten nicht festgestellt werden. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass jene jugendlichen Mütter, die vor der Schwangerschaft untergewichtig waren, vergleichsweise zu den normalgewichtigen Müttern am meisten zugenommen hatten. Dass das Untergewicht der Mutter ein Auslöser für eine Frühgeburt sein kann, wies Han et al. in seiner Studie aus dem Jahr 2010 (2011) nach. Han (2011) bemängelt jedoch, dass Studien, die den Zusammenhang zwischen Gewicht der Mutter und einer Frühgeburt untersuchen, nicht zwischen Frauen, die dünn, aber gesund, und jenen die aufgrund einer Krankheit untergewichtig sind, unterscheiden. In der vorliegenden Studie konnte diese Annahme aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht überprüft werden. Obwohl das Auftreten von Vorwehen (13-16a, 48,1% vs. 17-18a 41,7%) und Infektionen (13-16a, 40,7% vs. 17-18a 37,5%) auslösende Faktoren für eine Frühgeburt sein können, konnte dies innerhalb dieser Studie nicht belegt werden. Bei 5 der 13- bis 16-Jährigen und 2 der 17- bis 18-Jährigen trat eine Frühgeburt auf, wobei die Schwangerschaftswoche nicht erfragt wurde, und somit auch keine Aussagen über mögliche Folgen getroffen werden können. Für das Auftreten von Frühgeburten (13-16a 18,5% vs. 17-18a 8,3%, nicht signifikant) können, wie bereits erwähnt, einerseits die biologische Unreife der jungen (werdenden) Mütter, andererseits aber auch Faktoren wie z. B. ein erhöhter Zigarettenkonsum verantwortlich gemacht werden (13-16a 11,1% vs. 17-18a 20,8%, nicht signifikant). Obwohl die Rate an Frühgeburten und Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht in der vorliegenden Studie vergleichsweise extrem gering ausfiel, muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass Parameter wie ein geringes Geburtsgewicht und Frühgeburt zu den Hauptursachen für neonatale Morbidität und Mortalität zählen. (Liu, 2008)

Aussagen über mögliche Komplikationen während der Geburt bzw. über die Nachgeburtsperiode können leider nicht getroffen werden, da diese innerhalb dieser Studie nicht erhoben wurde. In weitergehenden Untersuchungen wäre dies sicherlich ein interessanter Aspekt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bezüglich der Komplikationen und Risiken im Schwangerschaftsverlauf der beiden Altersgruppen keine signifikanten Unterschiede gefunden werden konnten. Im Allgemeinen kann zudem von einem guten Schwangerschaftsverlauf beider Altersgruppen gesprochen werden, da Risiken und Komplikationen eher gering waren. Bezüglich des Gesundheitsverhaltens der jungen (werdenden) Mütter während der Schwangerschaft kann festgehalten werden, dass sich der Großteil bewusst, gesünder ernährt hat, ausreichend Bewegung an der frischen Luft gemacht hat und weitgehend auf Nikotin und Alkohol verzichtet hat. Die Beachtung und der Hinweis auf ein angebrachtes Ernährungs- und Gesundheitsverhalten seitens der Vorsorgeberatung und der Eltern sind bedeutsam, da sie sich auf die physische und kognitive Entwicklung der jungen schwangeren Frauen auswirken (Kodelitsch, 2011). Ferner haben die jungen Frauen, die an dieser Studie teilgenommen haben, die Möglichkeit der Teilnahme an einer Schwangerenvorsorge in Anspruch genommen (13-16a 100% vs. 17-18a 87,5%). Studien belegen, dass durch eine regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, das Risiko von Komplikationen, deutlich vermindert werden kann (Wienholz, 2005). 64,7% (13-16a 66,7% vs. 17-18a 62,5%) der jungen Mütter haben neben den vorgeschriebenen Untersuchungen, die im Mutter-Kind-Pass vorgesehen sind, weitere Untersuchungen durchführen lassen. Die Gründe hierfür wurden nicht erfragt, daher ist ein Rückschluss auf eine medizinische Notwendigkeit nicht zulässig. 43,10% der jungen (werdenden) Mütter ließen eine Nackenfaltentransparenz zur Überprüfung des Verdachts auf eine mögliche Chromosomenstörung messen. Davon haben 3,9% den Combined Test (Nackenfaltentransparenz und Hormonanalyse) durchführen lassen. Es wird angenommen, dass die hohe Zahl der Jugendlichen, die diesen Test durchführen ließen, daraus resultiert, dass sie als Risikoschwangerschaften eingestuft wurden bzw. möglicherweise eine Familienanamnese vorliegt.

Für die unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse der einzelnen Studien gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Einerseits ist die Personengruppe „Jugendliche“ in den unterschiedlichen Studien nicht einheitlich definiert. Andererseits haben einige Studien keine geeigneten Kontrollgruppen bzw. ist die Anzahl der Probandinnen, wie in der vorliegenden Studie, zu gering, um signifikante Aussagen und Vergleiche zuzulassen. Ferner hätte man in der vorliegenden Studie eine dritte Kontrollgruppe, Probandinnen über 18 Jahre, hinzu-

ziehen müssen, um signifikante Aussagen treffen zu können. Des Weiteren herrschen weltweit große Unterschiede betreffend der Betreuungssysteme und des Gesundheitswesens. Die geringen Risiken dieser Probandengruppe scheinen unter anderem auf die umfassende, weitgehend kostenfreie und vergleichsweise leicht zugängliche medizinische Versorgung und Schwangerenberatung bzw. Betreuung und deren Qualität zurückzuführen zu sein. Seit Beginn des letzten Jahrhunderts existiert in Österreich eine systematische Schwangerenberatung, 1941 kam es zur Einführung standardisierter Beratungen und Untersuchungen. Seitdem wurde die pränatale Überwachung der Schwangeren stetig erweitert und verbessert. Seit dem Jahr 1966 ist die Schwangerenvorsorge eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Mit der Einführung des Mutter-Kind-Passes 1974 hat sich die prä- und postnatale Vorsorge in Österreich zu einem hoch entwickelten und komplexen System ausgebaut, das einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit von Mutter und Kind leistet. Gerade in der Schwangerschaft sind präventive Maßnahmen bzw. Gesundheitsleistungen von großer Bedeutung. Der Mutter-Kind-Pass, den jede Schwangere nach Feststellen einer Schwangerschaft erhält, beinhaltet wichtige Untersuchungen, die eine bestmögliche Vorsorge für Mütter und ihre Kinder garantiert und eine Verringerung von Komplikationen in der Schwangerschaft und während der Geburt sowie die Früherkennung und rechtzeitige Untersuchung von kindlichen Erkrankungen als auch die Kontrolle des Entwicklungsstandes des Kindes zum Ziel hat. Selbst Frauen, die nicht krankenversichert sind, haben einen Anspruch auf Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, vorausgesetzt ihr Wohnsitz liegt in Österreich. Die Untersuchungen werden von AllgemeinärztInnen bzw. den jeweiligen FachärztInnen durchgeführt. Des Weiteren sind alle Untersuchungen unentgeltlich, auch wenn die Mutter nicht krankenversichert ist. Der Mutter-Kind-Pass beinhaltet aktuell gynäkologische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen, einen HIV-Test, einen oralen Glukosetoleranztest für Schwangere und Untersuchungen für Kinder. Diese Entwicklungen haben unter anderem dazu geführt, dass die maternale und kindliche Morbidität und Mortalität in Österreich maßgeblich positiv beeinflusst wurde. (Kainer, 2005)

Diskutiert wird nach wie vor, ob möglichen Risiken einer Schwangerschaft im Jugendalter in Industrienationen auf biologische Faktoren, auf den Lebensstil oder auf sozioökonomische Faktoren zurückzuführen sind. Aufgrund des gegenwärtigen Standards der medizinischen Versorgung in Österreich kann davon ausgegangen werden, dass eine Schwangerschaft bei

ausreichender prä- und postnataler Betreuung auch in jungen Jahren medizinisch relativ unkompliziert verläuft. Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Untersuchungsgruppe insgesamt zu klein war und eine Auswirkung sehr früher Schwangerschaft und Mutterschaft (<16) dadurch nicht separat untersucht werden konnte bzw. keine signifikanten Aussagen dazu getroffen werden können. Nichtsdestotrotz geht die vorliegende Studie davon aus, dass mögliche Komplikationen eher in Abhängigkeit von erschwerten sozioökonomischen und psychischen Lebensbedingungen (Armut, inadäquate Ernährung, Fehlen emotionaler Nähe und Geborgenheit, krisenhafte Familiensituationen, Stress infolge belastender Lebensereignisse und finanzieller Notlagen etc.) in Kombination mit dem Faktor der biologischen Unreife sehr junger Mädchen auftreten. Weiters ist es möglich, dass Risiken dadurch verstärkt werden, dass eine Schwangerschaft lange Zeit verschwiegen bzw. gar nicht wahrgenommen wird, wodurch erst spät entsprechende Vorsorgemaßnahmen und Untersuchungen durchgeführt werden können, sowie die generell schwächere Motivation von jugendlichen Frauen einen Arzt aufzusuchen und vereinbarte Untersuchungstermine einzuhalten. (Dörr/Rascher 2006; Osthoff, 1999) Auch die Frauen, die an dieser Studie teilgenommen haben, haben im Durchschnitt erst in der 10. Schwangerschaftswoche von ihrer Schwangerschaft erfahren und erst in der 12. Schwangerschaftswoche eine Beratungsstelle aufgesucht.

Aus den Ergebnissen der Studie sowie vorangegangenen Studien, lässt sich schließen, dass somatische Risiken in Industrieländern vor allem im Kontext sozioökonomischer Herkunft betrachtet werden müssen, und dass im Zusammenhang mit Schwangerschaften im Jugendalter in erster Linie psychische und soziale Risiken eine Rolle spielen. In der vorliegenden Untersuchung konnte aufgrund der zu geringen Stichprobe kein Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Betreuungssituation und dem Schwangerschaftsverlauf festgestellt werden. Was jedoch gezeigt werden konnte, ist, dass der Großteil der Probandinnen gut in ein familiäres bzw. soziales Netzwerk mit ausreichend Unterstützung eingegliedert war, was für den positiven Schwangerschaftsverlauf und die positive Einstellung der Schwangeren gegenüber ihrer Schwangerschaft mit Sicherheit beigetragen hat bzw. beiträgt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die jüngeren Probandinnen (13-16a) mit 70,3% häufiger an Übelkeit litten als die älteren (17-18a) mit 45,8%. Auch Kreislaufbeschwerden (13-16a 66,6% vs. 17-18a 50%) und Sodbrennen (13-16a 48,1% vs. 17-18a 41,6%) kamen

etwas häufiger bei den jüngeren als den älteren Probandinnen im ersten Schwangerschaftsdrittel vor. Nach Wimmer-Puchinger (1992) könnten diese anfänglichen Schwangerschaftsbeschwerden darauf hindeuten, dass die jüngeren Schwangeren eine Schwangerschaft eher als Krise erleben und sich die körperlichen Auswirkungen als Zeichen für übermäßige Belastung und Stress zeigen, sprich der emotionale Zustand das körperliche Empfinden der jungen Frauen erheblich beeinflusst. Dies würde erklären, warum gerade die jüngeren Probandinnen die eingetretene Schwangerschaft zunächst emotional stärker als Schock wahrgenommen haben.

Für die Prävention und Intervention bedeutet dies, dass trotz allem Fortschritts in der Medizin und den Möglichkeiten der Betreuung jugendliche Schwangere, ob aus schwierigen oder weniger schwierigen Lebensverhältnissen, mehrere vielschichtige Lebensbereiche, die allesamt einzeln betrachtet komplex, riskant und mit den vorhandenen Möglichkeiten nur schwer zu bewältigen sind, meistern müssen und dies innerhalb einer Entwicklungsphase, in der die Jugendlichen unter normalen Umständen eine eigene stabile Persönlichkeit entwickeln sollten. Die Betreuung und Begleitung der jungen Mädchen erfordert in der für sie meist schwierigen psycho-sozialen Situation daher ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz, an Einfühlungsvermögen und die Möglichkeit einer engmaschigen Kontrolle, um gemeinsam mit dem Umfeld alle Optionen einer geeigneten Bewältigung dieser krisenhaften Lebenssituation auszuschöpfen.

6.2 Fragestellungen bezogen auf die familiäre und institutionelle Betreuungs- und Unterstützungssituation jugendlicher Schwangerer

Ein Schwerpunkt der Untersuchung war es, die aktuelle Situation bezüglich Bedarf, Angeboten, Vernetzung und Zufriedenheit von und mit sozialen Unterstützungs- und Beratungs- bzw. Betreuungsangeboten für jugendliche Schwangere herauszufinden. Dabei sollte das Ziel verfolgt werden, Empfehlungen sowohl für die Optimierung als auch für die Prävention bzw. Intervention von Schwangerschaften in der Adoleszenz geben zu können.

6.2.1 Wie gehen junge Frauen mit der Situation um, so jung ihre Jugend aufzugeben und plötzlich Verantwortung übernehmen zu müssen? Welche Einstellung haben sie zur Schwangerschaft? Welche Rolle spielt das familiäre Umfeld, die Partnerschaft für eine erfolgreiche Lebensplanung mit Kind?

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie geht hervor, dass der Großteil der jungen Mädchen erst sehr spät, etwa ab der 10. Schwangerschaftswoche von ihrer Schwangerschaft Kenntnis genommen hat. Dies deutet einerseits darauf hin, dass viele der Mädchen aus Unwissenheit und Unerfahrenheit überhaupt nicht damit gerechnet haben, schwanger sein zu können (Osthoff, 1999). Da Jugendliche zum Teil noch keine regelmäßige Monatsblutung haben, könnte ihr Ausbleiben möglicherweise nicht bewusst wahrgenommen worden sein. Nach Osthoff (1999, S. 5.) erleben Jugendliche *„körperliche Veränderungen, die mit dem Eintreten einer Schwangerschaft verbunden sein können, weniger bewusst und intensiv als etwas ältere Frauen.“* Andererseits kann das Nicht-Wahrnehmen bzw. Verleugnen der Schwangerschaft als Versuch gesehen werden, einer bewussten Entscheidung, einer möglichen Konfliktsituation, erst einmal aus dem Weg gehen zu können, was allerdings eine bewusste Auseinandersetzung mit der Situation nur verzögert, aber nicht aufhebt. Als Motive für ein Austragen des Kindes wurden von den jungen Frauen angegeben, bewusst ein Kind zu wollen (84,3%) und sich eine eigene Familie zu wünschen. Dies lässt auf den Wunsch der Loslösung vom Elternhaus, die Beziehung zum Partner zu vertiefen bzw. aufrechtzuerhalten schließen. Auch die Erwartungen und der Druck seitens Dritter (Eltern, soziales Umfeld etc.) sind Gründe für diese Angabe, die laut Osthoff (1999) nicht zu unterschätzen sind. Weitere Motive waren religiöse Gründe (3,9%), Fristenüberschreitung (19,6%), Erhaltung der Partnerschaft (11,7%) und keine Bezugspersonen, an die sich die jungen Frauen wenden konnten (5,9%).

Aus den Ergebnissen der Untersuchung geht hervor, dass viele der Mädchen zunächst heftige emotionale Reaktionen zeigten. Sie fühlten sich in ihrer neuen Situation überfordert, waren schockiert (66,6%) und sahen sie als gravierenden Einschnitt in ihrem Leben an, die jüngeren Mädchen etwas mehr als die älteren, aber nicht signifikant. Angesichts der Tatsache, dass eine Schwangerschaft in der überwiegenden Mehrheit (90,2%) ungeplant war, ist dies nicht weiter verwunderlich. Was überraschend war, ist, dass die jungen Mädchen sich

trotz der scheinbaren anfänglichen Überforderung, auf das Kind freuten (13-16a 37%; 17-18a 50%). Die jungen Mädchen gaben an, nicht das Gefühl zu haben, durch die Schwanger- bzw. Mutterschaft etwas zu versäumen und glücklich darüber zu sein, eine junge Mutter zu sein. Diese Reaktionen spiegeln eine Akzeptanz der Schwangerschaft wider. Anzumerken ist an dieser Stelle die Tatsache, dass Mädchen befragt wurden, die sich für eine Schwangerschaft entschieden hatten, was eine positive Grundeinstellung vermuten lässt. Bei 49% der Jugendlichen, das heißt bei jenen, die anfangs noch weitgehend negativ ihrer Schwangerschaft gegenüber eingestellt waren, haben sich die Gefühle im Laufe der Schwangerschaft zum Positiven verändert. Dies signifikant häufiger bei den jüngeren Schwangeren, da diese auch zu anfangs jene Gruppe darstellten, die emotionaler auf die eingetretene Schwangerschaft reagierte. Schneider (1997) hält fest, dass eine positive Einstellung zur Schwangerschaft wichtig sei, da sie gesundheitliche Komplikationen und Stress für Mutter und Kind vermindern könne.

In Bezug auf die beruflichen Vorstellungen gaben beinahe drei Viertel (74,4%) aller jungen Frauen an, konkrete Vorstellungen über schulische bzw. berufliche Werdegänge zu haben, was darauf schließen lässt, dass eine eigene Berufstätigkeit, und damit ist eine gewisse Autonomie impliziert, einen großen Stellenwert bei den jungen Frauen einnimmt. Zu bedenken ist, dass sich diese Beobachtung auf einen gegenwärtigen Standpunkt in der Schwangerschaft bzw. kurz nach der Entbindung beschränkt und die Mädchen aufgrund zahlreicher struktureller Benachteiligungen Gefahr laufen, ihre Ziele nicht verwirklichen zu können. An dieser Stelle ist seitens der ExpertInnen eine realistische Einschätzung vorzunehmen und ein Konzept zu erarbeiten, welches die jungen Mädchen nach ihren Möglichkeiten umsetzen können.

Die Reaktionen des sozialen Umfeldes tragen maßgeblich dazu bei, welche Einstellung die jungen Frauen gegenüber ihrer Schwangerschaft haben und auf welche Bewältigungsanforderungen das junge schwangere Mädchen trifft. So können positive Reaktionen aus dem sozialen Umfeld, insbesondere die Herkunftsfamilie, entlastend und unterstützend wirken, indem eine schulische und berufliche Ausbildung, ein fixer Wohnort, materielle Unterstützung, Sicherheit und emotionale Unterstützung sowie praktische Tipps gewährleistet werden, während belastende Reaktionen und mangelnde Unterstützung hingegen

zusätzliche Bewältigungsanforderungen darstellen. Konflikte innerhalb der Herkunftsfamilie, die möglicherweise mitverantwortlich für die frühe Schwangerschaft gewesen sein können, bestehen weiterhin und beeinflussen die Beziehungssituation der Jugendlichen und ihrer Eltern. Von Bedeutung ist ebenfalls eine gelungene Regulierung von Distanz und Nähe, vor allem in Beziehung zur eigenen Mutter, die die allmähliche Ablösung und Autonomie der jungen (werdenden) Mutter ermöglicht. (Münstermann, 2007) Ein Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war, herauszufinden, wie das soziale Umfeld auf die Schwangerschaft der jungen Mädchen reagierte und welche Rolle die Betreuung und Unterstützung durch diese für die jungen Mädchen spielte.

Das Ergebnis der vorliegenden Studie zeigt, dass der Großteil der Jugendlichen durch ihr Umfeld unterstützt wird und die Schwangerschaft trotz anfänglichem Schock positive Reaktionen bei Freunden und Familie auslöste. Das soziale Netz bietet den Mädchen Halt und Hilfe, moralische und materielle Zuwendung. Besonders wichtig waren den meisten der jungen (werdenden) Mütter die Unterstützung und der verständnisvolle Umgang mit der eigenen Mutter.

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich 60,8% der Probandinnen zum Zeitpunkt der Befragung in einer stabilen Partnerschaft befanden, die älteren signifikant häufiger als die jüngeren. Diese Tatsache wirkt sich mit großer Gewissheit positiv auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Lebenssituation der jungen Frauen aus. Die jungen Frauen erhalten laut eigenen Angaben sowohl eine finanzielle Unterstützung (58,8%; häufiger die älteren, welche auch berufstätige Partner haben), als auch eine emotionale Unterstützung (49%). Weiters helfen 47,1% der Kindsväter den jungen Müttern bei der Betreuung der Kinder. Dies stellt eine große psycho-soziale Entlastung für die gesamte Situation dar. Jedoch sind diese Zahlen Momentaufnahmen, weitere Aspekte der Partnerschaft wurden nicht erhoben, daher ist es an dieser Stelle nicht möglich eine Aussage, über die aktive Bereitschaft junger Väter an der Vaterschaft zu tätigen.

Aus der Untersuchung geht weiters hervor, dass (werdende) Mütter, die familiär stärker eingebunden sind, aus stabilen Familienverhältnissen kommen, in denen sie sowohl emotionale als auch materielle Unterstützung erhalten (84,3% Eltern, 58,8% Großeltern), institutionelle

Beratung und Betreuung zumindest während der ersten Zeit ihrer Schwangerschaft weniger in Anspruch nahmen bzw. immer noch nehmen. Jene, die keine familiäre Unterstützung erhielten, waren bereits zu Beginn ihrer Schwangerschaft gut in die diversen Beratungs- und Betreuungshilfen eingebunden (25,5%).

6.2.2 Welche unterstützenden Faktoren existieren hinsichtlich einer Schwangerschaft in der Adoleszenz? Ist das derzeitige Beratungs- und Betreuungsnetzwerk für junge Mütter ausreichend bzw. welchen Unterstützungsbedarf gibt es bei der untersuchten Zielgruppe? Welche Bedürfnisse und Wünsche haben jugendliche Schwangere bzw. Mütter in Bezug auf Betreuung und Unterstützung?

Eine Schwangerschaft im Jugendalter wirkt sich auf die gesamte Lebenssituation der werdenden Eltern und werdenden Großeltern aus. Daher benötigen die jungen Frauen im Speziellen, aber auch die Eltern bzw. Großeltern der jungen Mädchen Unterstützung und Beratung. In den einzelnen, in die Untersuchung miteinbezogenen, Bundesländern existiert zwar eine Vielzahl an staatlichen und nicht-staatlichen materiellen, psychologischen und auf die Gesundheit bezogenen Unterstützungshilfen und Beratungsangebote, allerdings zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass die Mädchen besondere Hilfe benötigen, um diese geltend machen und einlösen zu können.

Ausgangspunkt einer Bestandsaufnahme bzw. Beschreibung von Anforderungen an alltagsorientierte und bedarfsgerechte Hilfs- und Unterstützungsangebote jugendlicher Schwangerer sollte ein Einblick in die Lebenswelt der Zielgruppe sein. Zu diesem Zweck war der Einblick in die Problemsicht einschlägiger Literatur zur Lebenssituation jugendlichen Schwangeren und Müttern zielführend. Im Theorieteil der vorliegenden Arbeit wurden Motive bzw. psychische Entstehungsbedingungen, die psychische und soziale Situation und die Entwicklungsproblematik von jugendlichen Schwangeren bereits ausführlich besprochen (vgl. Punkt 3). Aus der Literatur geht hervor, dass Schwangerschaften im Jugendalter häufig in benachteiligten und belastenden sozialen Milieus auftreten, und oftmals vor dem Hintergrund mangelnder beruflicher Perspektiven entstehen. Wobei an dieser Stelle nicht primär die finanziellen Mittel gemeint sind, sondern eher die Qualität der familiären Beziehungsstrukturen, denn jugendliche Elternschaften gibt es in allen sozialen Schichten. Die jungen

Frauen sehen in der Realisierung einer frühen Elternschaft oftmals ihre Zukunft und ihre Identität als Erwachsene. Eine effektive Prävention bestünde hier in der Aufklärung der Armutsspirale. Jugendliche sollen eine Handlungskompetenz erwerben, die es ihnen ermöglicht, die Lage, in der sie sich befinden, abzuwägen, ihre Rechte in Anspruch zu nehmen und sich selbstbewusst für einen Weg zu entscheiden. Insbesondere für bildungsschwache und aus sozial benachteiligten Familien stammende Jugendliche sollten zielgruppenspezifische Präventionskonzepte entwickelt und angeboten werden. Soziale Einrichtungen wie Jugendämter, Frauen- und Mädchenberatungsstellen, Schwangerenberatungsstellen und dergleichen, die sich gesondert mit Fragen und Problemen Jugendlicher auseinandersetzen, sind von großer Bedeutung in dieser Hinsicht. Diese Institutionen bieten Beratung hinsichtlich Fragen zur Sexualität, zur Schwangerschaft und zur Geburt für Jugendliche, die anonym und kostenlos erfolgt. Weiters existieren in den einzelnen Bundesländern Eltern-Kind-Zentren, die die jungen (werdenden) Eltern in Bezug auf Babypflege, Rechtsfürsorge, Ernährungsberatung, Elternberatung, Sozialberatung und dergleichen informieren und unterstützen. In diesem Zusammenhang sei besonders auf eine Institution hingewiesen, die sie sich schon seit vielen Jahren um jugendliche Schwangere, ihre Bedürfnisse und Ängste bemüht. Das Projekt „YoungMum“ der Krankenanstalt Göttlicher Heiland in Wien, welches seit 2003 existiert, hat es sich zur Aufgabe gemacht, junge Frauen, die sich dazu entschlossen haben, ihr Kind auf die Welt zu bringen, umfassend zu betreuen und gemeinsam mit den jungen (werdenden) Müttern an sozialen und gesundheitlichen Lösungen und biografischen Lebensplanungen zu arbeiten. Das Besondere an diesem Projekt ist die ganzheitliche Betreuung. Damit ist die Begleitung, Betreuung und Beratung während der Schwangerschaft, Geburt und im ersten Lebensjahr des Babys durch FachexpertInnen, bestehend aus GynäkologInnen, Hebammen, SozialpädagogInnen und PsychologInnen gemeint. Gemeinsam mit anderen jungen schwangeren Frauen besuchen die (werdenden) Mütter Geburtsvorbereitungskurse. Weiters begleitet eine (eigene) Hebamme die Jugendlichen durch die Schwangerschaft und die Geburt. Durch Hausbesuche werden die Mädchen weiter unterstützt. Wichtig ist den BetreuerInnen und ÄrztInnen des Projekts, dass das Wohlbefinden ganzheitlich, individuell und kontinuierlich gefördert wird, eine Verbesserung körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit, eine Hilfe zur Selbsthilfe (Praxisorientierung, Eigenkompetenz), eine Steigerung des Verantwortungsbewusstseins sich und dem Kind gegenüber, eine Förderung von Gesundheitskompetenz und die Eingliederung in das

systematische Sozialgefüge soll erreicht werden. Die Angebote sind unbürokratisch, unentgeltlich und im Bedarfsfall auch anonym. Dadurch sind sie dem Zugang jugendlicher schwangerer Mädchen genau angepasst. Nur auf diese Weise ist eine umfassende, persönliche Beratung und Betreuung möglich. Auch Mutter-Kind-Einrichtungen sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung, gerade für junge (werdende) Mütter, denen es nicht möglich ist, im Familienverband zu bleiben. Diese Einrichtungen, die eine befristete Wohnmöglichkeit für die jungen (schwangeren) Mütter darstellen, verfolgen das Ziel, die jungen Frauen zu einem eigenständigen Leben, zu einem verantwortungsvollen Umgang mit ihrem eigenen Leben und dem Leben ihres Kindes zu befähigen. Die Jugendlichen sollen durch individuelle Unterstützung und konkrete Hilfestellungen durch SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen sowie ErzieherInnen schrittweise an das autonome, selbst organisierte Leben mit ihren Kindern herangeführt werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es ferner herauszufinden, auf welche Art und Weise junge schwangere Frauen auf die Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam werden bzw. welche Erfahrungen sie mit diesen gemacht haben, worin sie Verbesserungen sehen, was ihnen gefallen bzw. gefehlt hat. Nach Angaben der Befragten sind die Jugendlichen vor allem durch die Eltern (47,1%), das Internet (33,3%), durch Freunde (29,4%), ÄrztInnen, LehrerInnen, Großeltern (21,6%), Fernsehen bzw. Werbung (2%) auf die bestehenden Angebote aufmerksam geworden. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass trotz intensiver Bemühungen um Öffentlichkeit, die Mehrheit der jungen Mädchen über beratende Einrichtungen aus dem engeren sozialen Kreis erfährt und weniger über die Öffentlichkeitsarbeit.

Grundsätzlich zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass die überwiegende Mehrheit der jungen (werdenden) Mütter mit den derzeitigen Unterstützungs- und Betreuungsangeboten und Möglichkeiten subjektiv empfunden sehr zufrieden ist, sich wohl, ernst genommen und gut beraten fühlte. Am häufigsten wurde der bzw. die Frauenarzt/ärztin (96,1%), das Jugendamt (49%) und „Young Mum“ (43,1%) von den jungen Frauen aufgesucht, aber auch Hebammen (56,9%), PsychologInnen (43,1%, eher die jüngeren Probandinnen, aber nicht signifikant), und auch SozialpädagogInnen bzw. -beraterInnen (39,2%). Vor allem Geburtsvorbereitungskurse (72,5%) wurden von den jungen (werdenden)

Müttern in Anspruch genommen. Keine der Probandinnen gab an, keine Institution aufgesucht zu haben. Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten große Fortschritte auf diesem Gebiet gelungen sind, sich viele engagierte Personen für Schwangerschaften im Jugendalter und deren Prävention und Intervention eingesetzt haben und immer noch einsetzen und ein hoher Bedarf an qualifizierter, umfassender Beratung besteht.

Aus dem offenen reflexiven Teil der Untersuchung, in dem die jungen (werdenden) Mütter nach ihren persönlichen Erfahrungen mit den diversen Beratungs- und Betreuungsinstitutionen gefragt wurden, geht hervor, dass der Unterstützungsbedarf der jugendlichen Schwangeren und Mütter generell sehr hoch ist, es ihnen wichtig war bzw. ist, eine Ansprechperson zu haben, mit der sie in einem offenen und vertrauensvollen Klima über ihre Ängste, Vorstellungen und Wünsche sprechen, sich über verschiedenste Anliegen austauschen können. Bei den meisten Jugendlichen ergaben sich durch die Schwangerschaft deutliche Veränderungen in den sozialen Kontakten, daher war es für sie wichtig, sich ein soziales Netz mit Gleichaltrigen aufzubauen, um sich auch mit ihnen austauschen zu können und Freundschaften zu knüpfen. An dieser Stelle waren diverse Institutionen von Bedeutung, die diese Netzwerke erst einmal ermöglichen und sozusagen ein Zusammentreffen der jungen (werdenden) Mütter organisieren. Inhaltliche Schwerpunkte der Beratung waren neben medizinischen und gesundheitlichen Anliegen, jegliche Themen bezüglich finanzieller und materieller Existenzsicherung, sozialer und emotionaler Unterstützung (Beziehung und Partnerschaft, Alltagsorganisation, ...), zukünftiger Gestaltung des eigenen Lebens, des Tagesablaufs mit dem Kind und dergleichen. Wie in den Ergebnissen unter Punkt 5.5.3 bereits erwähnt, hätten sich die jungen (werdenden) Mütter gewünscht, dass emotionale, soziale bzw. gesellschaftliche Aspekte ihrer Schwangerschaft ausführlicher Eingang in Gespräche und Betreuung und Beratung gefunden hätten. Auch gaben junge Frauen, die bereits entbunden hatten, an, dass sie sich eine realistischere Sicht über das Muttersein gewünscht hätten:

„Ich hätte mir gewünscht, dass mir jemand sagt, was es bedeutet ein Kind zu haben, es ist schon sehr anstrengend [...], wie sich das Leben verändert z. B. Freunde, die jetzt auf einmal nicht mehr da sind [...],“

„Was es heißt, eine junge Mutter zu sein; wie das Leben sich verändert; praktische Tipps; wie man damit umgeht, wenn einen die Leute so komisch ansehen, weil man in meinem Alter schon schwanger ist.“

Aus der Untersuchung geht ebenfalls hervor, dass sich die Jugendlichen genauere Informationen zum Ablauf der Geburt, zu Komplikationen, die bei der Geburt eintreten können, zu Verhütungsmöglichkeiten nach der Geburt, zu Alternativen wie Adoption oder Abtreibung, zu rechtlichen Dingen wie Vaterschaftstest, zu finanziellen Dingen wie Kinderbeihilfen bzw. andere Beihilfen und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten und staatlichen Zuschüssen, gewünscht hätten. Weiters haben jene Schwangere, die die Möglichkeit des Austausches mit Gleichaltrigen nicht wahrnehmen konnten, sich diese Möglichkeiten gewünscht. Einige der jungen Frauen gaben an, dass sie gern mehr Informationen und Beratung zum Wiedereinstieg in Beruf und Ausbildung gehabt hätten und speziellere Informationen über Ernährung, Kinderbetreuung, -pflege und Versorgung.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die größeren Städte in Österreich insgesamt über ein gut ausgebautes System von Angeboten zur Prävention, Beratung und Begleitung junger Schwangerer und ihrer Partner verfügen. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lässt sich ableiten, dass vermehrt Schnittstellen zwischen den einzelnen Unterstützungs- und Beratungsangeboten hergestellt werden müssen. Weiters bedarf es eines Ausbaus bereits bestehender Programme und Projekte.

In Übereinstimmung mit Münstermann (2007) bedarf es einer realistischen Einschätzung der Situation, der eigenen Fähigkeiten und Beschränkungen und der sich daraus ergebenden Anforderungen sowie der Möglichkeiten der Unterstützung sowohl durch das soziale Umfeld als auch durch diverse Institutionen. Diese ermöglicht die Einschätzung an Anforderungen und Schwierigkeiten, die auf die jungen (werdenden) Mütter zukommen, um bereits im Vorfeld Unterstützungsmöglichkeiten in Erwägung zu ziehen bzw. alternative Handlungsoptionen zu ermöglichen. Den jungen (werdenden) Müttern müssen flexible Bewältigungsstrategien zur Entwicklung adäquater Verhaltens- und Umgangsweisen dargelegt werden. Das Vorhandensein institutioneller Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten ist, wie

bereits erwähnt, für das Gelingen bzw. Misslingen einer Mutterschaft von großer Bedeutung. Ängste und Hemmungen gegenüber Beratungsstellen wie etwa dem Jugendamt, das oftmals den ersten Kontakt zu SozialarbeiterInnen darstellt, müssen abgebaut werden. Die Vorurteile und Aggressionen gegenüber Beratungsstellen kommen oftmals daher, dass die Jugendlichen bereits als Kinder negative Erfahrungen mit diesen gemacht haben. Die Frauen sollen wissen, dass Sozialarbeit nicht Zwangs- und Kontrollcharakter hat, sondern unterstützend in allen Lebenslagen auftritt, als psychologische und materielle Entlastung erfahren werden soll. Als Schwierigkeit stellt sich auch die teilweise mangelnde Kompetenz der Jugendlichen, Leistungen, die ihnen rechtlich zustehen würden, auch geltend zu machen, denn diese müssen meist aktiv und schriftlich beantragt werden.

Jugendliche Schwangere benötigen demnach Unterstützung in den verschiedensten Lebensbereichen und Ebenen. Von welchen konkreten Informationen, Hilfen und Angebotsstrukturen hier die Rede ist, wurde bereits unter Punkt 3.7 angeführt. Beratungs- und Betreuungsstellen haben daher die Aufgabe, Informationen zu den jeweiligen Leistungen und Ansprüchen, die den Frauen im Rahmen einer Schwangerschaft und Mutterschaft zustehen, verständlich zu vermitteln, und sie bei der Durchsetzung dieser zu unterstützen. Diese Maßnahmen können jedoch nur fruchten, wenn sie mit der konkreten Lebensplanung der jungen Frauen vereinbar ist. Dafür sind oftmals auch strukturelle Bedingungen von Nöten, die die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Adoleszenz ermöglichen und allen voran die Bereitschaft und die Motivation der Mutter selbst, ihr Leben, ihre eigene Existenz zu ihrem Wohle und dem Wohle des Kindes zu meistern.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die jungen (werdenden) Mütter, die an dieser Studie teilgenommen haben, im Großen und Ganzen mit den derzeitigen Beratungs- und Betreuungsangeboten und Hilfestellungen zufrieden sind. Es bestehen jedoch Defizite im Hinblick auf die Klärung finanzieller und materieller Ansprüche sowie ihrer Geltendmachung. Weiters fehlen flächendeckende Angebote hinsichtlich spezieller Geburtsvorbereitungskurse bzw. Mutter-Kind-Aktivitäten und Austausch mit anderen jungen Müttern. In den Großstädten, wie etwa in Wien, besteht zwar eine Vielzahl an diversen Möglichkeiten für junge Mütter, in ländlicheren Gegenden sind diese aufgrund mangelnder finanzieller, räumlicher und personeller Gegebenheiten eher spärlich vorhanden. Es bestehen zwar

innovative und kooperative Interventionsansätze und Präventionsprojekte, jedoch sind diese aufgrund mangelnder Finanzierung regional und zeitlich begrenzt.

Letztendlich ist in Übereinstimmung mit Unger und Wandersmann (1999) im Zusammenhang mit der Beratung und Betreuung junger (werdender) Mütter soziale, institutionelle Unterstützung von immenser Bedeutung, da eine positiv wahrgenommene Unterstützung mit einer positiveren Lebenszufriedenheit einhergeht. Soziale Netzwerke und wahrgenommene Unterstützung (sowohl familiär als auch institutionell) stellen eine wichtige Ressource der Anpassungsleistung jugendlicher Schwangerer dar, ohne die in den meisten Fällen die Bewältigung dieser Doppelbelastung nicht zu schaffen wäre.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen deutlich, dass jugendliche Schwangere die Herausforderung ihrer Schwangerschaft und Mutterschaft, ihre Lebenssituation, angemessen bewältigen und meistern können, wenn ihre Belastung durch Entlastung eines unterstützenden sozialen Netzes mitgetragen wird.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Die Medien berichten immer wieder sensationsbetont und mit anklagenden und abwertenden Stellungnahmen über Schwangerschaften in der Adoleszenz. Durch diese mediale Überpräsenz wird der Gesellschaft vermittelt, frühe Schwangerschaften seien ein neues und sich häufendes Phänomen, um nicht zu sagen, ein soziales Problem, ohne auf individuelle Situationen der Jugendlichen oder wissenschaftliche Hintergründe einzugehen. Tatsächlich weisen die Zahlen von Statistik Austria allerdings einen kontinuierlichen Abwärtstrend auf (vgl. Punkt 3). Ferner sind die Auffassungen über ein angemessenes Alter für Mutterschaft und Familiengründung kulturell und gesellschaftlich geprägt und unterliegen zudem einem dynamischen historischen Wandel. Soziale Normen und Rechtsnormen tragen zur Bildung von Bildern „guter Mütter“ und „schlechter Mütter“ bei. Was wird gesellschaftlich als der „richtige“ Zeitpunkt betrachtet, um Mutter zu werden? Wird frühe Mutterschaft als „Fehler“ betrachtet, nicht fähig zu sein, Verhütung vernünftig zu planen und anzuwenden, als moralisches Versagen, als Risiko, oder gar Provokation?

Die Literatur diskutiert die Thematik divergierend. Während ältere Studien Schwangerschaften in der Adoleszenz oftmals kontrovers auf die Betrachtung medizinischer Risiken beschränken, ohne multifaktorielle Gegebenheiten zu berücksichtigen, beziehen neuere Studien biografische und soziale Aspekte in ihre Untersuchungen mit ein. Um keinen dieser Aspekte außer Acht zu lassen, gründet sich die vorliegende Arbeit sowohl auf medizinisch-biologischen als auch sozialen Aspekten von Schwangerschaften im Jugendalter unter besonderer Berücksichtigung der familiären und institutionellen Betreuungs- und Unterstützungssituation. In der vorliegenden Arbeit wurden 51 Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren aus den Bundesländern Wien, Niederösterreich und dem Burgenland über ihr Reproduktions- und Kontrazeptionsverhalten, ihren Schwangerschaftsverlauf und ihre Erfahrungen bezüglich institutioneller und familiärer Betreuung und Unterstützung befragt. Es sollte untersucht werden, in welchem Ausmaß ein Zusammenhang zwischen dem Alter, den unterstützenden Möglichkeiten der jungen (werdenden) Mütter, der sozialen Situation und den Risiken des Schwangerschaftsverlaufes besteht. Die Hypothese, die hierfür formuliert wurde, besagt, dass durch die heutigen medizinischen Vorsorge- und Versorgungsmöglichkeiten industrialisierter Länder, Schwangerschaften im Jugendalter, bei ausreichender

familiärer und institutioneller Betreuung und Unterstützung, kein erhöhtes Risiko darstellen. Ferner sollten die besonderen Bedürfnisse der jungen (werdenden) Mütter erhoben werden, um an bereits bestehende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten eine Rückmeldung und ferner Empfehlungen für die Optimierung der institutionellen Betreuung geben zu können. Daneben sollte die Arbeit Hintergründe und Perspektiven von Schwangerschaften in der Adoleszenz aufzeigen, bestehende Beratungs- und Hilfsangebote darlegen sowie PädagogInnen als Unterstützungshilfe zum Umgang mit jugendlichen Schwangeren dienen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Schwangerschaften im Jugendalter vorwiegend ungeplant entstehen und dass hingegen der weitläufigen Meinung eher ältere Jugendliche schwanger werden, die eher eine stabile Beziehung haben. Weiters zeigte sich, dass der Umstand, im engeren Familien- bzw. Freundeskreis, Personen zu kennen, die ebenfalls früh ein Kind bekamen, das Risiko für eine frühe Schwangerschaft erhöht. Die Annahme, dass eher sozial schlechter gestellte Jugendliche, im Sinne finanzieller und materieller Mängel, schwanger werden, konnte in dieser Studie nicht gezeigt werden. Die Hypothese, dass Jugendliche institutionelle Hilfe zu einem späteren Zeitpunkt ihres Schwangerschaftsverlaufes aufsuchen, konnte belegt werden. Ferner konnte gezeigt werden, dass bei ausreichender familiärer und institutioneller Betreuung in Industrieländern Schwangerschaften in der Adoleszenz kein erhöhtes medizinisches Risiko darstellen. Jedoch fallen Schwangerschaft und Mutterschaft in der Adoleszenz in eine Phase, in der die Jugendlichen eine Vielzahl an alterstypischen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben, in der sie psycho-sozial und biologisch für eine Schwangerschaft und Mutterschaft im Grunde noch nicht bereit wären. Daher bedarf es einer besonders intensiven Betreuung und Unterstützung seitens des sozialen und institutionellen Umfelds. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die jungen Frauen weitgehend eine Unterstützung durch ihr soziales Umfeld erfahren haben bzw. erfahren. In Bezug auf die Beratung und Unterstützung von institutioneller Seite kann gesagt werden, dass Jugendliche vor allem Informationen und Zugangsmöglichkeiten zu finanziellen Unterstützungshilfen fehlen (vgl. Punkt 6.2.2).

Basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Studie bzw. verschiedener bereits existierender Studien zu dieser Thematik lässt sich der Schluss ziehen, dass es Schwangerschaften im Jugendalter immer schon gegeben hat und es diese auch weiterhin geben wird,

da die Sexualität des Menschen nicht immer planbar ist bzw. auf eine rein technische Seite zu reduzieren ist. Jedoch ist es von großer Bedeutung, Möglichkeiten und Konsequenzen einer jugendgerechten Prävention ungeplanter Schwangerschaften sowie Maßnahmen, die das Austragen einer Schwangerschaft erleichtern sollen und die Lebenschancen von jungen Müttern verbessern, stets aufs Neue aufzuzeigen und zu optimieren, da wir in einer sich ständig wandelnden Welt leben, in der sich die Bedürfnisse und Anforderungen der Jugendlichen immer wieder verändern. Dabei sollten präventive Maßnahmen auf mehreren Ebenen gesetzt werden.

Ein wesentlicher präventiver Ansatz ist nach Häußler-Sczepan (2010) die Persönlichkeitsentwicklung der jungen Menschen in der Phase der Adoleszenz zu fördern, um ihnen beim Aufbau einer neuen „erwachsenen“ Handlungsorientierung unterstützend zur Seite zu stehen, verbunden mit dem Ziel der Vermeidung einer ungeplanten Schwangerschaft im Jugendalter, die häufig auch als Versuche eines Ausgleichs sozialer und emotionaler Defizite zu fungieren scheint.

Neben einer vertiefenden Sexualerziehung an den Schulen, die vor allem die emotionale Komponente miteinbezieht, als altersadäquater Prozess gestaltet, durch speziell geschulte ExpertInnen von außen ergänzt, wenn gewünscht nach Geschlechtern getrennt und lebensweltorientiert Wissen und Handlungskompetenz als Grundlage zur Vermeidung ungeplanter Schwangerschaften vermittelt, benötigen Jugendliche Ideen und Lebensperspektiven, die außerhalb einer romantischen Vorstellung von Familie und Elternschaft liegt. Die Auseinandersetzung mit sexuellen Werten innerhalb und außerhalb des schulischen Kontexts ist von entscheidender Bedeutung. Dies impliziert unter anderem die Verantwortlichkeit von gelebter Sexualität und ihrer Konsequenzen. Jugendliche müssen eine verantwortungsvolle und selbstbestimmte Sexualität entwickeln.

Fachleute aus der Studie aus Berlin und Brandenburg (Häußler-Sczepan et al., 2008) sehen die Verantwortlichkeit gegenüber den Jugendlichen auch bei den Eltern. Ein angstfreier, offener Zugang der Eltern zur Sexualität, und die Einsicht, dass die Rationalität des Handelns der Jugendlichen auf mehreren Ebenen basiert, ist notwendig, um junge Menschen in ihrer Entwicklung zu begleiten und ihnen einen Weg zu weisen, der aber nicht als ein

dogmatischer verstanden werden soll. Es muss den erwachsenen Vertrauenspersonen bewusst werden, dass Wissen über Methoden der Kontrazeption, über Schwangerschaft und dergleichen allein keine stabilen Einstellungen und vernunftmäßigen Verhaltensweisen hervorrufen, denn oftmals können Jugendliche das Wissen und damit ist meist das reine Faktenwissen gemeint nicht in Handlungskompetenz umsetzen.

Bei einer bereits eingetretenen Schwangerschaft in der Adoleszenz sind eine optimale Betreuung und Unterstützung der Jugendlichen, die sowohl flächendeckend als auch kostengünstig bzw. kostenlos erfolgen, unerlässlich, um einerseits Aufklärung über die Entscheidung bewusst für oder gegen das Austragen eines Kindes zu leisten sowie bei einem abgeschlossenen Entscheidungsprozess die bestmögliche und notwendige Unterstützung zu erhalten. Maßnahmen in diese Richtung beinhalten vor allem das Aufzeigen finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten und sowohl medizinischer als auch psychosozialer Beratung und Betreuung durch ExpertInnen. Wichtig ist außerdem eine entemotionalisierte, wertneutrale Betrachtung früher Mutterschaften, damit sich die jungen Frauen als vollwertig und ernst genommen betrachtet sehen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie betonen somit die Wichtigkeit der Bereitstellung adäquater Unterstützungsangebote und Beratungsmöglichkeiten für junge (werdende) Mütter, um mögliche Risiken weitgehend zu reduzieren und die psycho-soziale Belastung durch Entlastung mitzutragen.

Ferner bedarf es eines sensibleren Umgangs mit dem Thema „Schwangerschaft in der Adoleszenz“, indem man den Betroffenen mit Offenheit und Verständnis gegenübertritt. Vonseiten der Erwachsenen sollte bedacht werden, dass Sexualität und das Ideal der romantischen Liebe, sinnlicher Erfahrungen, Träume und Phantasien nicht ausschließlich rational erfasst werden können und oftmals schwer mit der zu planenden Verhütungspraxis vereinbar sind. Gefühle und Vernunft sind sich häufig widersprechende motivationale Grundlagen des Handelns. Bezieht man die eigenen Erfahrungen, die man im Laufe des Lebens gemacht hat, in diesen Überlegungskomplex mit ein, wird deutlich, was damit gemeint ist. Schließlich bedarf es einem Umdenken hinsichtlich jugendlicher Schwangerer, einer differenzierteren und individuelleren Sichtweise, damit jugendliche Schwangere nicht per se zur Problemgruppe gemacht werden.

Abschließen möchte die Autorin der vorliegenden Arbeit mit einer Stellungnahme von Ralf Osthoff (1999, S. 151), der die Situation der Prävention und Intervention von ungewollten Schwangerschaften sehr treffend mit folgenden Worten formuliert:

„[...] pädagogische und beraterische Interventionen, sei es im Elternhaus, in Schule, Heim, Jugendarbeit, Beratungsstellen oder beim Arzt, [...] können nur bedingt [...] durch Steuerung tatsächliches Handeln [...] der Jugendlichen kontrollieren oder prognostizieren. Deshalb beschränkt sich ihr Einfluss weitgehend auf die Auswahl von Verhaltensoptionen und auf argumentative Anstöße bezüglich Verhütungsmaßnahmen und sexuellem Handeln insgesamt. [...]“

Den Jugendlichen sollen Wege aufgezeigt, Anstöße zum Nachdenken gegeben und alternative Einsichten und Verhaltensmöglichkeiten eröffnet werden. Welche Optionen und Vorschläge die Jugendlichen schlussendlich annehmen, liegt immer noch bei ihnen selbst.

Literaturverzeichnis

Abu-Heija, A., Mohammed Ali, A., Al-Dakheil, S.(2002): Obstetric and perinatal outcome of adolescent nulliparous pregnant women. In: Gynecol Obstet Invest 53:90-92.

Anthuber, S. (2002): Kontrazeption bei Jugendlichen. In: Zentralbl Gynakol 2003:125:489-493.

Ashken, I. C., Soddy, A. G. (1980): Study of pregnant school age girls. In: British Journal of Family Planning 6:77-82.

Baake, D. (2000): Die 13 – 18 Jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters. Weinheim/Basel: Beltz Taschenbuch.

Barker, D. J. (1992): The fetal origin of diseases of old age. In: E J of Clin Nutr 46:3-9.

Baltzer, F. (2009): Praktische Adoleszentenmedizin. Bern: Hans Huber.

Bierberger, C. (1991): Die ungewollte Schwangerschaft. Graz: Dissertation.

Blitzer, J. (2002): Schwangerschaft. In: Dörr, H. G., Rascher, W. (Hrsg.): Praxisbuch Jugendmedizin. München/Jena: Urban & Fischer. 2006, S. 447-454.

Bluestein, D., Rutledge C. M. (1992): Determinants of delayed pregnancy testing among adolescents. In: J Fam Pract 35:406-416.

Bogin, B. (1999): Patterns of Human Growth. Cambridge University Press.

Botting, B., Rosato, M., Wood, R. (1998): Teenage mothers and the health of their children. In: Population trends 93:19-28.

Buddeberg, C. (2005): Sexualberatung: Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BzgA (2002a). Jugendsexualität. Sexuelle Erfahrungen im Jugendalter. Aushandlungsprozesse im Geschlechterverhältnis. Köln, 2001.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (2002b). Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2001. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (2006). Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2005. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (2010). Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2009. Köln.

Bunting, L., McAuley, C. (2004): Research Review: Teenage pregnancy and motherhood: the contribution of support. In: Child & Family Social Work 9:2:207-215.

Büscher, U., Büscher, P. (2001): Mein Baby kommt per Kaiserschnitt. Stuttgart: Trias.

Busse, S., Ehlert, G. (Hg.) (2009): Soziale Arbeit und Region: Lebenslagen, Institutionen, Professionalität. Berlin: RabenStück Verlag für Kinder- und Jugendhilfe.

Cooper, L. G., Leland, N. L., Alexander, G. (1995): Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. In: Social Biology 42:22-35.

Cyran, W. (1986): Sexualität. Mangelnde Aufgeschlossenheit begünstigt Schwangerschaften. In: Sexualmedizin S. 301-307.

Chen, X., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, . G., Walker M. C. (2007): Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. In: Journal of Clinical Epidemiology 36:368-373.

Chen, X., Wen, S. W., Fleming, N., Yang, Q., Walker M. C. (2008): Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. In: Journal of Clinical Epidemiology 61:688-694.

Dalton, K. (2003): Veränderungen in der Schwangerschaft. In: Wochenbettdepressionen. Erkennen – Behandeln – Vorbeugen. Bern: Hans Huber.

Dolto, F., Dolto-Tolitch, C., Percheminier, C. (1999): Von den Schwierigkeiten, erwachsen zu werden. Übersetzt aus dem Französischen von Regine Hermannsdörfer und Eva Feuersee. Stuttgart: J.G. Cotta'sche.

Dörr, H. G., Rascher, W. (2006): Praxisbuch Jugendmedizin. München/Jena: Urban & Fischer.

Fraser, A. M., Brockert, J. E., Ward, R.H. (1995): Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. In: N Engl J Med 332:1113-1118.

Friedrich, M. H. (2000): Irrgarten Pubertät. Elternängste. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.

Friedrich, M., Remberg, A. (2005): wenn Teenager Eltern werden Lebenssituation jugendlicher Schwangerer und Mütter sowie jugendlicher Paare mit Kind. Hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln: BZgA.

Furstenberg, F. F., Levine, J. A., Brooks-Gunn, J. (1990): The children of teenage mothers: patterns of early childbearing in two generations. In: Fam Plan Persp 22:2:54-61.

Furstenberg, F. F. (1998): Social capital and the role of fathers in the family. In: Booth, A., Crouter, N. (Eds.): Men in families: When do they get involved? What difference does it make? Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Assoc. S. 295-301.

Gilbert, W., Jandial, D., Field, N., Bigelow, P., Danielsen, B. (2004): Birth outcomes in teenage pregnancies. In: J Matern Fetal Neonatal Med 16:5:265-270.

Gille, G. (2002): Wenn Kinder Kinder kriegen. Möglichkeiten der Prävention in der gynäkologischen Praxis. In: Der Gynäkologe 9:910-920.

Grumbach, M. M., Kaplan, S. L. (1988): Recent advances in the diagnosis and management of sexual precocity. In: Acta Paediatr JPN 30:155-75.

Grupe, G., Christiansen, K., Schröder, I., Wittwer-Backofen, U. (2005): Anthropologie. Ein einführendes Lehrbuch. Heidelberg: Springer.

Gueorguieva, R. V., Carter, R. L., Ariet, M., Roth, J., Mahan, C. S., Resnick, M. B. (2001): Effect of Teenage Pregnancy on Educational Disabilities in Kindergarten. In: American Journal of Epidemiology 154:3:212-220.

Gupta, N., Kiran, U. Bhal, K. (2008): Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 137:165-171.

Haeberle, E. J. (1983): Die Sexualität des Menschen. Handbuch und Atlas. Berlin/New York: Walter de Gruyter.

Haerty, A., Hasbargen, U., Huber, C., Anthuber, S. (2005): Schwangerschaft bei Jugendlichen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 2:114-118.

Haiek, L., Lederman, S. A. (1989): The relationship between maternal weight for height and term birth weight in teens and adult women. In: J Adolesc Health Care 10:16-22.

Hammad, S. M., Al-Enazi, R. Q.(2008): Does teenage pregnancy affect obstetric outcomes? In: The Egyptian Journal of Community Medicine 26:3:25-35.

Hampton, H. L., Powell, R. H. (1999): Obstetrical outcome in the very young adolescent. In: J. Miss State Med Assoc. 40:12:411-414.

Han, Z., Mulla, S., Beyene, J., Liao, G., McDonald, S. D. (2011): Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. In: Int J Epidemiol. 40:1:65-101.

Hauffa, B. P. (2002): Normale und gestörte Pubertät. In: Wolf et al.: Kinder- und Jugendgynäkologie. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 73-98.

Häußler-Sczepan, M., Michael, M. (2004): Teenagerschwangerschaften in Sachsen – Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 4:17-21.

Häußler-Sczepan, M., Wienholz, S., Michael, M. (2005): Teenagerschwangerschaften in Sachsen – Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA.

Häußler-Sczepan, M., Wienholz, S., Busch, U., Michel, M., Jonas, A. (2008): Teenagerschwangerschaften in Berlin und Brandenburg. Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung 28, BZgA, Köln.

Häußler-Sczepan, M. (2010): Hilfebedarf und Prävention bei jugendlichen Risikogruppen am Beispiel von minderjährigen Schwangeren und Müttern. In: Hackauf, H., Ohlbrecht, H. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim/München: Juventa S. 285-303.

Hediger, M. L., Scholl, T. O., Belsky, D. H., Ances, I. G., Salmon R. W. (1989): Patterns of weight gain in adolescent pregnancy: effects on birth weight and preterm delivery. In: Obstet Gynecol 74:6-12.

Hediger, M. L., Scholl, T. O., Schall, Joan I., Krueger, P. M. (1997): Young Maternal Age and Preterm Labor. In: Elsevier Science Inc., Vol.7, No. 6, 400-406.

Hunt, M. (1970): Special sex education survey. Nachdruck aus Seventeen. Triangle Publication Inc.

Jewell, D., Tacchi, J., Donovan, J. C. (2000): Teenage pregnancy: whose problem is it? In: University Oxford Press 17:6:522-528.

Jolly, M. C., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., Regan, L. (2000): Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. In: Obstet Gynecol 96:962-966.

Jones, E. F., Forrest, J. D., Goldman, N., Henshaw, S. K., Lincoln, R., Rosof, J. I. , Wesloff, C. F., Wulf, D. (1985): Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications. In: Family Planning Perspectives 17:2:53-63.

Kahl, H., Rosario, A. (2007): Pubertät im Wandel – wohin geht der Trend? Sexuelle Reifeentwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Bd. 50. Springer Verlag.

Kahl, H., Schaffrath, R. A., Schlaud, M. (2007): Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin/BRD: Robert Koch-Institut 50:677-685.

Kainer, F. (2005): Geburtsmedizin. München/Jena: Urban&Fischer.

Khashan, A. S., Baker, P. N., Kenny, L. C. (2010): Preterm birth and reduces birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. In: BMC Pregnancy and Childbirth 10:36:1-21.

Kiernan, K. E. (1980): Teenage motherhood – associated factors and consequences – the experiences of a British birth cohort. In: Journal of Biosocial Science 12:393-405.

Kiernan, K. E. (1997): Becoming a young parent: A longitudinal study of associated factors. In: British Journal of Sociology 48:406-428.

Kirby, B. D., Laris, B. A. and Roller, L. A., (2007): Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviours of Young People throughout the World. In: Journal of Adolescent Health 40:3:206-217.

Kirby, Daniel (2010): Evaluation des Sexualkundeunterrichts in der Schule. Ein Vergleich zwischen den Schultypen AHS und BHS. Diplomarbeit: Wien.

Kirchengast, S. (2002): Wenn Mädchen Mütter werden. Teenager-Schwangerschaften – ein biologisches oder soziales Problem? In: Alt, K. W., Kemkes-Grottenthaler, A. (Hrsg.): Kinderwelten. Köln/Weimar/Wien: Böhlau Verlag. S. 305-318.

Kirchengast, S., Hartmann, B. (2003): Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size. In: American Journal of Human Biology 15(2):220-228.

Kirchengast, S. (2003): Biologische und soziale Aspekte der Teenagerschwangerschaft. In: Die Hebamme 16:230-234.

Kirchengast, S. (2004): Teenagerschwangerschaften aus evolutionsbiologischer Sicht. In: Antrop. Anz. 62:37-49.

Kirchengast, S. (2009): Teenage-Pregnancies – A Biomedical and a Sociocultural Approach to a Current Problem. In: Current Women's Health Reviews. S. 1-7.

Klapp, C. (2003): Schwangerschaft bei jungen Mädchen. In: Zentralblatt Gynäkologie 125:209-217.

Kluge, N. (1998): Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Kluge, N. (2008): Der Mensch – Ein Sexualwesen von Anfang an. In: Schmidt, R.B., Sielert, U. (Hrsg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim/München: Juventa. S. 69-78.

Kluge, N. (2010/2011): Psychische Gesundheit und Sexualität – Anforderungen an Familie und Schule. In: KKH-Allianz (Hrsg.): Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Heidelberg: Springer. S. 153-180.

Kodelitsch, S. (2011): Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Mädchen. In: Frauengesundheitsbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg./Verleger). S. 190-194.

Kodelitsch, S., Ornetzeder, S. (2011): Das Sexualverhalten von Mädchen und jungen Frauen. In: Frauengesundheitsbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg./Verleger). S. 194-200.

Kromeyer-Hauschild, K. Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 149:807-818.

Kuchenbecker, C., Hübener, M., Nieder, J. (2003): Sind Teenager-Gebärende eine Risikogruppe? In: Die Hebamme 16:237-240.

Kvalem I. L. , Sundet, J. M., Rivo, K. I., Eilertsen, D. G., Bakketeig, L. S. (1996): The effect of sex education on adolescents' use of condoms: Applying the Solomon four-group design. In: Health Educ Quart 23:34–47.

Lao, T. T., Ho, L. F. (1997): The obstetric implications of teenage pregnancy. In: Hum Reprod 12:2303-2305.

Lao T. T., Ho, L. F. (1998): Obstetric outcome of teenage pregnancies. In: Hum Reprod 13:3228-3232.

Lao, T. T., Ho, L.F. (2000): Relationship between preterm delivery and maternal height in teenage pregnancies. In: Hum Reprod 15:463-468.

Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie der Frau im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (1990/91): Internationale Studie Jugendsexualität und AIDS. Wien.

Mahrhofer, P. (2006): Teenager-Schwangerschaften. In: Gyn-Aktiv 1:62-64.

Mändle, C., Opitz-Kreuter, S. (2007): Pathophysiologie in der zweiten Schwangerschaftshälfte. In: Mändle, C., Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.): Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart: Medien Verlag. S. 234-247.

Manlove, J. (1998): The influence of high school dropout and school disengagement on the Risk of school-age pregnancy. In: Journal of Research on Adolescence 8:2:187-220.

Manlove, J., Terry, E., Gitelson, L., Papillo, A. R., Russell, S. (2000): Explaining Demographic Trends in Teenage Fertility, 1980-1995. In: Family Planning Perspectives 32:4:166-175.

Marshall W. A., Tanner J. M. (1986): Puberty. In: Falkner F. Tanner J. M. (Hrsg.): Human Growth. New York: Plenum.

Meisenbacher, K. (2006): Empfängnisverhütung. Methoden. Anwendung. Beratung. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Mellanby, A., Phelps, F., Crichton, N., Tripp, J. (1995): School sex education: An experimental programme with educational and medical benefit. In: Br Med J 311:414-417.

Münstermann, K. (2007): Schwangerschaft und Mutterschaft in der Adoleszenz. Bewältigungsanforderungen und Interventionsansätze im Hinblick auf unterstützende Faktoren und Risiken. Diplomarbeit. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen. Norderstedt: Grin.

Naeye, R. L. (1981). Teenaged and preteenaged pregnancies: Consequences of the fetal-maternal competition for nutrients. In: Pediatrics 67:146-150.

Narring, F., Michaud, P.-A., Sharma, V. (1996): Demographic and Behavioral Factors Associated With Adolescent Pregnancy in Switzerland. In: Family Planning Perspectives 28:232-236.

Nöstlinger, C., Wimmer-Puchinger, B. (1994): Geschützte Liebe. Jugendsexualität und Aids. Eine internationale Studie. Wien: J&V.

Oerter, R., Montada, L. (1995): Entwicklungspsychologie. Weinheim: PVU.

Olausson, P. M., Cnattingius, S., Goldenberg, R. L. (1997): Determinants of poor pregnancy outcomes among teenager in Sweden. In: Obstet Gynecol 89:451-457.

Olausson, P. O., Cnattingius, S., Haglund, B. (1999): Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. In: Internat J of Obstetr & Gyn. 106:2:116-121.

Orvos, H., Nyirati, I., Hajdú, J., Pál, A., Nyári, T., Kovács, L. (1999): Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? In: Journal of Perinatal Medicine 27:3:199-203.

Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) (2008). sich(er) lieben. Verhütungsbewusstsein und Verhütungsverhalten junger KlientInnen der Firstlove Beratungsstelle.

Osthoff, R. (1999): „Schwanger werd' ich nicht alleine ...“. Ursachen und Folgen ungeplanter Teenagerschwangerschaften. Landau: Knecht Verlag.

Osthoff, R. (1999): Teenagermütter, Problemstruktur, Chancen der Unterstützung, Prävention. In: Pro Jugend 2:4-7.

Pankratz, E. (1997): Teenagermütter. Entstehungsbedingungen ungeplanter Schwangerschaften im Jugendalter. Misslungene Prävention/Kontrazeption oder geheimer Kinderwunsch? Diplomarbeit: Wien.

Paranjothy, S., Broughton, H., Adappa, R., Fone, D. (2008): Teenage pregnancy: who suffers? In: Achr. Dis. Child. 2009;94:239-245.

Perry, R. L., Mannino, B., Hediger, M. L., Scholl, T. O. (1999): Pregnancy in early adolescence: Are there obstetric risks? In: The Journal of Maternal-Fetal Medicine 5:333-339.

Pils, Renate (o.A.): Jugendsexualität. Zwischen Sein und Schein. In: MeinDoktor.

Plöckinger, B., Ulm, M. R., Chalubinski, K., Schaller A. (1996): Wenn Kinder Kinder kriegen – Reproduktionsbiologische Probleme bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 56:248-251.

Raim-Hofer, U., Mayer, A. (2010): Teenager werden Eltern. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Raithel, J. (2010/2011): Die Lebensphase Adoleszenz – körperliche, psychische, und soziale Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In: KKH-Allianz (Hrsg.): Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Heidelberg: Springer. S. 11-21.

Raatikainen, K., Heiskanen, N., Verkasalo, P. K., Heinonen, S. (2006): Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternal care. In: Eur J Public Health 26(2):157-161.

Rath, W. (2005): Krankheiten in der Schwangerschaft. Stuttgart: Thieme.

Reichmann, N. E., Pagnini, D. L. (1997): Maternal age and birth outcomes: data from New Jersey. In: Fam Plann Perspect 29:72-268,292.

Robson, K., Pevalin, D. J. (2007): Gender differences in the socio-economic outcomes of young parenthood in Great Britain. In: Elsevier Research in Social Stratification and Mobility 25:205-218.

Roeder, H. (1994): Mit einem Kind habe ich nicht gerechnet. Männer und Schwangerschaft. München: Kunstmann.

Rogers, M. M., Peoples-Sheps, M. D., Suchindran, C. (1996): Impact of a social support program on teenage prenatal care use and pregnancy outcomes. In: J Adolesc Health 19:132-140.

Satin, A. J., Leveno, K. J., Sherman, M. L., Reedy, N. J., Lowe, T. W., McIntire, D. D (1994): Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. In: Am J Obstet Gynecol 171:184–187.

Schall, J. I., Scholl, T. O., Heidiger, M. L. (1994): Skeletal maturity and pregnancy. In: A Adolesc Health 15:355-357.

Schmid-Tannwald, I., Urdze, A. (1983): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidt-Tannwald, I., Kluge, N. (1994): Sexualität und Kontrazeption au der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Ergebnisse einer repräsentativen in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 1994 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: Osthoff, R. (Hrsg.): „Schwanger werd’ ich nicht alleine...” Ursachen und Folgen ungeplanter Teenagerschwangerschaften. Landau: Knecht. 1999, S. 25-69.

Schmid-Tannwald, I., Kluge, N. (1998): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Eine repräsentative Studie im Auftrag der BZgA. Köln.

Schmidt, G. (2004): Zur Sozialgeschichte jugendlichen Sexualverhaltens in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. In: Bruns, C., Walter, T. (Hrsg.): Von Lust und Schmerz. Eine Historische Anthropologie der Sexualität. Köln et al.: Böhlau S. 313-325.

Schmidt, G., Thoß, E., Matthiesen, S., Weiser, S., Block, K., Mix, S. (2006): Jugendschwangerschaften in Deutschland. Ergebnisse einer Studie mit 1801 schwangeren Frauen unter 18 Jahren. In: Zeitschrift für Sexualforschung 19:334-373.

Schneider, S. (1997): Natürlich schwanger: gesund durch die schönsten 9 Monate. Wien: Carl Überreuter.

Scholl, T. O., Hediger, M. L. Salmon, R. W., Belsky, D. H., Ances, I. G. (1989): Association between low gynaecological age and preterm birth. In: Paediatr Perinat Epidemiol 3:4:357-366.

Scholl, T. O., Hediger, M. L., Ances, I. G. (1990): Maternal growth during pregnancy and decreased infant birthweight. In: Am J Clin Nutr 51:790-793.

Scholl, T.O., Hediger, M. L., Schall, J. L., Khoo, C. S. Fischer, R. L. (1994): Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients. In: Am J Clin Nutr 60:183-188.

Schweiger, P., Fiala, C. (2011): Notfallverhütung – die “Pille danach”. In: Frauengesundheitsbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg./Verleger). S. 57-58.

Seamark, C. J., Gray Pereira, D. J. (1997): Like mother, like daughter: a general practice study of maternal influences on teenage pregnancy. In: British Journal of General Practice 47:175-176.

Semrau, C., Watzlawick, U. (1999): Mifegyne®. Wien u.a.:Wilhelm Maudrich.

Smith, T. (1993): Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancy. In: Br Med J 306:1232-1235.

Spencer, N. (2001): The social patterning of teenage pregnancy. In: J Epidemiol Commun Health 55:5.

Statistik Austria (2010): Demographische Indikatoren 1961-2009 für Österreich.

Stier, B., Weissenrieder, N. (Hrsg.) (2006): Jugendmedizin. Gesundheit und Gesellschaft. Heidelberg: Springer.

Susanne, C., Bodzsar, E. B. (1998): Patterns of secular change of growth and development. In: Secular Growth Change in Europe. University Press, Budapest 5-27.

Tanner, J. M. (1962): Wachstum und Reifung des Menschen. Stuttgart: Georg Thieme.

Tanner, J. M. (1969): Variations in pattern of pubertal changes in girls. In: Arch Dis Child 44:291–303.

Tanner, J. M. (1969): Wachstum und Endokrinologie im Jugendalter. In: Gardner, L. J. (Hrsg.): Endocrine and genetic diseases of childhood. Philadelphia: Saunders.

Tanner J. M., Eveleth P. B. (1975): Variability between populations in growth and development at puberty. In: Berenberg, S. R. (Hrsg.): Puberty, biologic and psychosocial components. Leiden: Kluwer Academic Publishers 73-256.

Tanner J. M., Eveleth P. B. (1976): Worldwide variation in human growth. Cambridge: Cambridge University Press.

Thoß, E., Schmidt, G., Block, K., Matthiesen, S., Mix, S., Weiser, S.(2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Erste Ergebnisse eines pro familia Forschungsprojekts. In: Pro-Familia-Magazin 34:2:23-27.

Treffers, P. E. (2003). Teenage pregnancy, a worldwide problem. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. Retrieved July 7, 2006:147:47:2320-2325.

Unger, D., Wandersmann, L. (1990): Soziale Unterstützung und Jugendliche Mütter: In: Schmerl, C., Nestmann F. (Hrsg.): Ist Geben seliger als Nehmen? Frankfurt: Campus.

UNICEF (2001): A league table of teenage birth in rich nations. Innocenti Report Card No. 3. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

UNICEF (2001): Mädchen in Entwicklungsländern. Austria: UNICEF.

Valtl, K. H. (1998): Sexualpädagogik in der Schule. Didaktische Analysen und Materialien für die Praxis. Primar- und Sekundarstufe. Weinheim/Basel: Beltz.

Visser, A. P., Van Bilsen, P., (1994): Effectiveness of sex education provided to adolescents. In: Patient Education and Counseling 23:147-160.

Vogelgesang, P. (1997): Beziehungsdynamik in der Arbeit mit jugendlichen Schwangeren und Müttern. In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie 94:2:211-221.

Wanielik, R. (Hrsg.) (1994): Let's talk about sex: ein Sex-Heft für Jugendliche. AIDS-Schulungs- und Informationszentrum der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland- Pfalz: Mainz.

Waldhör, T., Vutuc, C., Haidinger, G., Mittlböck, M., Kirchner, L., Wald, M. (2005): Trends in infant mortality in Austria between 1984 and 2002. In: Wien Klin Wochenschr. 117:15-16:548-553.

Waldhör, T., Haidinger, G., Wald, M., Heinzl, H. (2006): Non-random geographical distribution of infant mortality in Austria 1984-2002. In: Wien Klin Wochenschr. 118:11-12:341-347.

Walter, H. (1978): Sexual- und Entwicklungsbiologie des Menschen. Stuttgart: Georg Thieme Deutscher Taschenbuch Verlag.

Walter, U. et al. (2010/2011): Erwachsenwerden: Aufbruch und Veränderung – Eine Einführung. In: KKH-Allianz (Hrsg.): Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Heidelberg: Springer. S. 3-10.

Weidinger, B., Kostenwein, W., Drunecky, G. (2001): Das erste Mal. Sexualität und Kontrazeption aus Sicht der Jugendlichen. Im Auftrag der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung: Wien.

Weidinger, B., Kostenwein, W., Dörfler, D. (2007): Sexualität im Beratungsgespräch mit Jugendlichen. Wien/New York: Springer.

Welling, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J. (1996): Teenage sexuality, fertility and life chances. A report prepared for the Department of Health using data from the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles.

WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Health Communications Australia: Melbourne, 2000.

WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. The Lancet, 2004:157-163.

Wilcox, A. J. (2001): On the importance – and the unimportance – of birthweight. In: International Journal of Epidemiology 30:1233-1241.

Wimmer-Puchinger, B. (1982): Motive zum Schwangerschaftsabbruch – empirische Untersuchung zur sozialen und psychischen Situation der Frau. Abschlussbericht. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut.

Wimmer-Puchinger, B. (1992): Schwangerschaft als Krise. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Yoder, B. A., Young, M. K. (1997): Neonatal outcomes of teenage pregnancy in a military population. In: Obstet Gynecol 90:500-506.

Zeck, W., Walcher, W., Tamussino, K., Lang, U. (2008): Adolescent primiparas: changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. In: J Obstet Gynaecol Res 34:2:195-198.

Zlatnik, F. J., Burmeister, L. F. (1977): Low „gynecological age“: an obstetric risk factor. In: Am J Obstet Gynecol 128:183-186.

Internetquellen

ABGB: Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch. Online unter: http://www.jusline.at/Allgemeines_Buergerliches_Gesetzbuch_%28ABGB%29.html (abgerufen am 22.6.2011).

Amtshelfer für Österreich. Online unter: <http://www.help.gv.at> (abgerufen am 22.6.2011).

Barta, H.: Zivilrecht. Grundriss und Einführung in das Rechtsdenken. Online unter: <http://www.uibk.ac.at/zivilrecht/buch/> (abgerufen am 22.6.2011).

Blasberg, A.: Beginnt die Reife immer früher? Online unter: http://www.zeit.de/2007/28/Beginnt_die_Reife_immer_frueher (abgerufen am 12.5.2011).

Bundesministerium für Gesundheit: Die Pille danach. Online unter: <http://www.notfallpille.at/> (abgerufen am 25.6.2011).

Eurostat. Online unter: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (abgerufen am 2.6.2011).

Face of Global Sex (2008): The path to sexual confidence. Online unter: <http://www.durexnetwork.org/en-GB/research/faceofglobalsex/Pages/Home.aspx> (abgerufen am. 14.6.2011).

Face of Global Sex (2009): Sex and relationships education: assessing the gaps for Eastern European youth. Online unter: <http://www.durexnetwork.org/en-GB/research/faceofglobalsex/Pages/Home.aspx> (abgerufen am. 14.6.2011).

Face of Global Sex report (2010): They won't know unless you tell them. Online unter: <http://www.durexnetwork.org/en-GB/research/faceofglobalsex/Pages/Home.aspx> (abgerufen am. 14.6.2011).

Fellner, R. L.: Psychotherapiepraxis. Online unter: http://www.psychotherapiepraxis.at/surveys/test_bmi_test.phtm (abgerufen am 20.5.2011).

Fresenius, Michael, Heck, Michael (2010): Repetitorium Anästhesiologie: Für die Facharztprüfung und das Europäische Diplom. Springer-Verlag: Berlin / Heidelberg. Online unter: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (abgerufen am 19.5.2011).

Ghizzoni, L., Beccuti, G. (2011): Normal and Abnormal Puberty. Online unter: <http://www.endotext.org/pediatrics/pediatrics13/pediatricsframe13.htm> (abgerufen am 15.6.2011).

Goebel, T., Hager, A., Hofer, S. (2009): Jugend und Sex: Österreichs Teenager sind erschreckend schlecht aufgeklärt. Online unter: <http://www.profil.at/articles/0945/560/255086/jugend-sex-oesterreichs-teenager> (abgerufen am 15.6.2011).

Haller, B. (1994): Sexualerziehung in den Schulen. Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. Rundschreiben Nr. 36/1994 Herausgegeben vom BMUK (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur). Online unter: <http://www.bmukk.gv.at/medienpool/918/sexuerzi.pdf> (abgerufen am 24.06.2011).

Mutz, I., Scheer P. L. (1998): Pubertät und Adoleszenz. Online unter: <http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at:4711/LEHRTEXTE/MutzScheer97.html> (abgerufen am 29.6.2011).

„Sex, we can?!“. Online unter: <http://www.sexwecan.at/> (abgerufen am 14.6.2011).

United Nations Demographic Year books. Online unter: http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/2000_round.htm (abgerufen am 4.6.2011).

WHO: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (abgerufen am 4.6.2011).

Wienholz, S. (2005): Die Rolle von Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern in Sachsen,. Online unter: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2143&type=infotext> (abgerufen am 24.06.2011).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Tanner-Stadien der typischen Entwicklung der weiblichen Brust- und Schamhaarentwicklung bei Mädchen während der Pubertät	25
Abb. 2: Unterschiede pubertärer Entwicklung bei gleichem Lebensalter im weiblichen Geschlecht	26
Abb. 3: Menstruationszyklus im weiblichen Geschlecht	28
Abb. 4: Anzahl der Geburten von Frauen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren	31
Abb. 5: Der säkulare Trend zum früheren Menarchealter in Europa	39
Abb. 6: Informationsquellen heranwachsender Mädchen über Sex (Hunt, 1970).....	45
Abb. 7: Sexuelle Erfahrungen ohne Koitus (BZgA, 2006)	48
Abb. 8: Sexuelle Erfahrungen mit Koitus nach Altersgruppen im Langzeitvergleich.....	49
Abb. 9: Die drei Säulen einer tragfähigen Sexualaufklärung	51
Abb. 10: Säuglingssterblichkeit in Österreich von 1951 bis 2008.....	74
Abb. 11: Anliegen der Hilfe suchenden jungen Mütter	83
Abb. 12: Unterteilung der Probandinnen in die Altersgruppe der 13- bis 16-Jährigen und in die Gruppe der 17- bis 18-Jährigen.....	95
Abb. 13: Ausbildungsstatus der jungen (werdenden) Mütter	96
Abb. 14: Derzeitige Tätigkeit der jugendlichen Mütter	97
Abb. 15: Derzeitige Tätigkeit der Väter (nicht Kindsväter) der jugendlichen Mütter.....	98
Abb. 16: Derzeitige Tätigkeit der Mütter der jugendlichen Mütter	98
Abb. 17: Wohnsituation der jungen (schwangeren) Mütter	99
Abb. 18: Lebensunterhalt der jungen (werdenden) Mütter.....	99
Abb. 19: Alter der Mütter bei der 1. Geburt.....	100
Abb. 20: Menarchealter	103
Abb. 21: Alter beim 1. Geschlechtsverkehr.....	104
Abb. 22: Alter beim 1. Frauenarztbesuch	105
Abb. 23: Gründe für den 1. Frauenarztbesuch	106
Abb. 24: Verwendung von Verhütungsmittel	108
Abb. 25: Gründe für die „Nichtverhütung“ beim Koitus.....	108
Abb. 26: Wo bekommt man die „Pille danach“?	110
Abb. 27: Wirkungsweise der „Pille danach“.....	110

Abb. 28: „Von wem wurdest du aufgeklärt?“	111
Abb. 29: Alter bei der Aufklärung in der Schule.....	112
Abb. 30: Institutioneller Aufklärungsunterricht.....	113
Abb. 31: Themen im schulischen Sexualkundeunterricht.....	114
Abb. 32: Schwangerschaftswoche (SSW) beim Bekanntwerden der Schwangerschaft	115
Abb. 33: Geplante bzw. ungeplante Schwangerschaft?	115
Abb. 34: Gefühle beim Bekanntwerden der Schwangerschaft.....	118
Abb. 35: Gefühle beim Bekanntwerden der Schwangerschaft der 13-16a und 17-18a	119
Abb. 36: Schwangerschaftsbeschwerden im 1. Trimenon.....	120
Abb. 37: Medizinische Auffälligkeiten bzw. Komplikationen.....	121
Abb. 38: Zusätzlich vorgenommene Vorsorgeuntersuchungen	122
Abb. 39: Perzentile für den Body-mass-Index für Mädchen im Alter von 0-18 Jahren	125
Abb. 40: Gewichtsstatus - BMI der Jugendlichen vor der Schwangerschaft	126
Abb. 41: Gewichtszunahme während der Schwangerschaft	127
Abb. 42: Körperlänge der Neonaten	128
Abb. 43: Geburtsgewicht.....	129
Abb. 44: Gesundheits- und Ernährungsverhalten der jugendlichen Schwangeren.....	131
Abb. 45: Personen, die informiert wurden und Reaktionen des Umfeldes.....	133
Abb. 46: Entscheidungshilfe	134
Abb. 47: Entscheidung für das Kind	135
Abb. 48: Institutionelle Beratung.....	137
Abb. 49: Zugang zu den Beratungsstellen.....	137
Abb. 50: Institutionelle Betreuung- und Beratung.....	138
Abb. 51: Vorbereitung auf die Geburt	139
Abb. 52: Vorbereitung auf die Geburt	141

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Drei Phasen der Adoleszenz	18
Tabelle 2: Pubertätsphasen bei Mädchen	29
Tabelle 3: Lebendgeburten minderjähriger Frauen in Österreich	33
Tabelle 4: Geburten von Frauen unter 20 und unter 15 Jahren von den Jahren 1970 und 2010 nach den einzelnen Bundesländern	30
Tabelle 5: Woher erhalten österreichische Jugendliche Informationen über Sexualität und sexuelle Gesundheit?	46
Tabelle 6: Altersverteilung der schwangeren Frauen unter 18	95
Tabelle 7: Personen im Umfeld der jungen Mütter, die ebenfalls früh schwanger wurden .	100
Tabelle 8: Verteilung des gynäkologischen Alters	104
Tabelle 9: Kenntnis über die „Pille danach“	109
Tabelle 10: Internationale Klassifikation von Gewicht in Übereinstimmung mit dem BMI ..	123
Tabelle 11: Klassifikation des Geburtsgewichts von Neugeborenen	129

Anhang 1 Fragebogen

Liebe (werdende) Mutter,

im Rahmen meiner Diplomarbeit mache ich eine Untersuchung über „Biologische und soziale Aspekte von Jugendschwangerschaften – Auswirkungen von Schwangerschaft auf die Lebenssituation von Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Betreuungs- und Unterstützungssituation“. Es wird um deine persönlichen Erfahrungen in Bezug auf Beratung, Unterstützung, Sexualität, Verhütung, Schwangerschaftsverlauf, Lebensbedingungen, Einstellungen, Zukunftspläne etc. gehen. Mit deiner Hilfe kann ich mehr darüber erfahren, wie junge Mütter in diese Situation geraten, wie sie sie erleben und bewältigen und welche Art von Unterstützung bzw. Beratung sie sich während und nach der Schwangerschaft wünschen. Deine Erfahrungen sind wichtig, um das derzeitige Beratungs- und Unterstützungsangebot zu optimieren, um Jugendliche, die schwanger geworden sind, verstehen und unterstützen zu können, damit sie den Anforderungen einer Mutterschaft gewachsen sind. Ich würde mich sehr freuen, wenn du dich an dieser Untersuchung beteiligen würdest. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens hilfst du mir dabei. Ich bitte dich, alle Fragen so gewissenhaft wie möglich auszufüllen, und keine falschen Angaben zu machen. Die Umfrage erfolgt anonym, die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt, da diese rein wissenschaftlichen Zwecken dienen.

Vielen Dank für deine Unterstützung!

1. Allgemeine Angaben zur eigenen Person, zur Familie und zum Kindsvater

1. Wie alt warst du zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens deiner Schwangerschaft?

Alter: _____ Jahre

2. Welchen Familienstand hast du?

☐ ledig ☐ verlobt ☐ in Lebensgemeinschaft lebend ☐ verheiratet

3. Welchen Schulabschluss hast du?

☐ Hauptschule ☐ AHS ☐ BHS ☐ BMS ☐ keinen

4. Derzeitige Tätigkeit: _____

5. Welchen Beruf möchtest du einmal ergreifen? _____

6. Derzeitige Tätigkeit der Eltern: Vater: _____ Mutter: _____

7. Wo wohnst du derzeit (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

☐ bei den Eltern bzw. einem Elternteil ☐ in einer Wohngemeinschaft (ohne Partner)
☐ mit Partner ☐ betreutes Wohnen
☐ allein ☐ bei den Großeltern

8. Wovon lebst du derzeit? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- ☐ Eltern sichern den Lebensunterhalt
☐ hauptsächlich durch eigenes Einkommen
☐ andere: _____
- ☐ hauptsächlich durch den Partner
☐ hauptsächlich durch Beihilfen und Unterstützungen

9. Wie alt war deine Mutter als sie ihr erstes Kind bekam? Alter: ____ Jahre
Weiß nicht ☐

10. Gibt es im engeren Familien- bzw. Freundeskreis Personen, die sehr früh schwanger wurden:

- ☐ wenn ja, welche und wie alt waren diese: _____
☐ nein

11. Beruf des Kindsvaters: _____

12. Alter des Kindsvaters: _____ Jahre

13. Besteht noch eine Beziehung mit dem Kindsvater?

- ☐ ja ☐ nein ☐ Kindsvater nicht bekannt

14. Inwieweit unterstützt dich der Kindsvater? (Mehrfachangaben möglich)

- ☐ finanziell ☐ emotional ☐ betreut und erzieht das Kind mit ☐ anderes: _____

2. Angaben zu Reproduktion und Kontrazeption

15. Mit welchem Alter hattest du zum ersten Mal deine Periode? Alter: _____ Jahre

16. In welchem Alter hattest du das erste Mal Geschlechtsverkehr? Alter: _____ Jahre

17. In welchem Alter warst du zum 1. Mal bei einer/m Frauenarzt/in? Alter: _____ Jahre

18. Aus welchem Grund hast du damals einen Frauenarzt / eine Frauenärztin aufgesucht? (Mehrfachangaben möglich)

- ☐ aufgrund des Rats der Mutter/Eltern
☐ um Informationen bez. Verhütung einzuholen
☐ aufgrund einer bestehenden Schwangerschaft
☐ aufgrund einer gesundheitlichen Notwendigkeit z. B. Infektion etc.
- ☐ aufgrund des Rats einer Freundin
☐ Vorsorgeuntersuchung
☐ Verschreibung von Verhütungsmitteln

19. Verhütest du beim Geschlechtsverkehr?

- ☐ Ja, immer ☐ manchmal ☐ nein, nie

20. Wenn ja, wie hast du bisher verhütet? (Mehrfachangaben möglich)

- ☐ Pille ☐ Diaphragma ☐ Coitus interruptus

☐ Hormonpflaster ☐ 3-Monatsspritze ☐ Kondom ☐ anderes: _____

21. Wenn nein, warum nicht? (Mehrfachangaben möglich)

- ☐ Verhütungsmittel sind zu teuer ☐ Hoffnung, dass nichts passiert
☐ auf Verhütungsmittel vergessen ☐ Verhütungsmittel sind lästig
☐ Angst vor Nebenwirkungen ☐ ungeplanter Geschlechtsverkehr
☐ gewollte Schwangerschaft

22. Wusstest du zum Zeitpunkt als du schwanger wurdest, etwas über die „Pille danach“?

☐ nein ☐ ja ☐ weiß ich nicht

23. Wie bekommt man die „Pille danach“?

- ☐ beim Arzt ☐ in der Apotheke mit ärztlichem Rezept ☐ im Drogeriemarkt
☐ in der Apotheke rezeptfrei ☐ weiß ich nicht

24. Was bewirkt die „Pille danach“?

- ☐ verhindert den Eisprung ☐ zerstört das Ei
☐ verhindert Einnistung ☐ verhindert Verschmelzung von Ei- und Samenzelle

25. Von wem wurdest du aufgeklärt (Mehrfachangaben möglich)?

- ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Biologieunterricht ☐ Zeitschriften
☐ Internet ☐ Berater/ Institution ☐ gar nicht ☐ anderes: _____

26. Wie alt warst du, als es in der Schule um Aufklärung ging? Alter: _____ Jahre

27. In den folgenden Aussagen geht es um den schulischen Aufklärungsunterricht. Bitte gib durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, wie sehr diese Aussagen auf den schulischen Aufklärungsunterricht zutreffen, den du erlebt hast.

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher zu	trifft sehr zu
1	Der Sexualkundeunterricht war altersangemessen.	☐	☐	☐	☐
2	Der Sexualkundeunterricht hätte meiner Ansicht nach viel früher stattfinden müssen.	☐	☐	☐	☐
3	Der Sexualkundeunterricht war informativ.	☐	☐	☐	☐
4	Der Sexualkundeunterricht war interessant und spannend.	☐	☐	☐	☐
5	Im Aufklärungsunterricht wurden sexuelle Themen so behandelt, dass ich das Gefühl hatte, mich auszukennen.	☐	☐	☐	☐
6	Der Sexualkundeunterricht war gut organisiert; es wurden sogar ExpertInnen von außen zugezogen.	☐	☐	☐	☐
7	Der Aufklärungsunterricht erfolgte getrenntgeschlechtlich, d. h. Mädchen und Jungen erhielten getrennten Aufklärungsunterricht.	☐	☐	☐	☐

28. Wie intensiv wurden die folgenden Themen im Sexualkundeunterricht von eurer Lehrerin / eurem Lehrer besprochen?

		gar nicht	kaum	ausreichend	sehr ausführlich
1	Pubertät	☐	☐	☐	☐
2	Funktion der Geschlechtsorgane	☐	☐	☐	☐
3	Schwangerschaft und Geburt	☐	☐	☐	☐
4	Geschlechtskrankheiten und Ansteckungsmöglichkeiten	☐	☐	☐	☐
5	Verhütungsmethoden	☐	☐	☐	☐
6	Emotionale Aspekte von Sexualität	☐	☐	☐	☐
7	Informationsquellen / Beratungsstellen	☐	☐	☐	☐

3. Angaben zur Schwangerschaft und Geburt

29. In der wievielten Schwangerschaftswoche hast du erfahren, dass du schwanger bist?

Schwangerschaftswoche (SSW): _____

30. Meine Schwangerschaft war ... (bitte kreuze Zutreffendes an)

☐ geplant

☐ ungeplant

☐ anderes: _____

31. Wie ist es dir ergangen, als du erfahren hast, dass du schwanger bist? Bitte gib durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, wie sehr diese Aussagen auf das Bekanntwerden deiner Schwangerschaft zutreffen.

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher zu	trifft sehr zu
1	Ich war schockiert.	☐	☐	☐	☐
2	Ich war traurig.	☐	☐	☐	☐
3	Ich wusste nicht, was ich tun soll.	☐	☐	☐	☐
4	Ich hatte panische Angst.	☐	☐	☐	☐
5	Ich habe mich gefreut.	☐	☐	☐	☐
6	Ich fühlte mich dieser Aufgabe nicht gewachsen.	☐	☐	☐	☐
7	Ich hatte Angst, dass meine eigenen Bedürfnisse zu kurz kommen.	☐	☐	☐	☐
8	Ich fühlte mich überfordert und alleingelassen.	☐	☐	☐	☐
9	Ich fand es toll, eine junge Mutter zu sein.	☐	☐	☐	☐
10	Ich hatte Angst und das Gefühl etwas zu versäumen.	☐	☐	☐	☐
11	Die Schwangerschaft stellt einen gravierenden Einschnitt in meiner schulischen / beruflichen / persönlichen Lebensplanung dar.	☐	☐	☐	☐

32. Haben sich deine Gefühle im Laufe der Schwangerschaft verändert bezogen auf die vorhergehende Frage?

☐ nein

☐ ja, in welcher Hinsicht:

33. Unter welchen Schwangerschaftsbeschwerden hast du in der ersten Zeit deiner Schwangerschaft am meisten gelitten (erstes Schwangerschaftsdrittel)? Bitte gib durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, wie sehr diese Aussagen auf die im Folgenden angeführten Beschwerden zutreffen.

		gar nicht	kaum	ab und zu	sehr stark
1	Übelkeit	☐	☐	☐	☐
2	Kreislaufbeschwerden, Schwindel	☐	☐	☐	☐
3	Geruchsempfindlichkeit	☐	☐	☐	☐
4	Stimmungsschwankungen	☐	☐	☐	☐
5	Sodbrennen	☐	☐	☐	☐
6	anderes:				

34. Gab es während der Schwangerschaft medizinische Auffälligkeiten bzw. Komplikationen?

		trat auf	trat nicht auf	weiß nicht
1	Bluthochdruck (Hypertonie)	☐	☐	☐
2	Blutarmut (Anämie)	☐	☐	☐
3	Infektionen	☐	☐	☐
4	Vorwehen	☐	☐	☐
5	Frühgeburt	☐	☐	☐
6	Blutungen	☐	☐	☐
7	Schwangerschaftsdiabetes	☐	☐	☐
8	anderes:			

35. Hast du Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durchführen lassen?

☐ ja, aufgrund eines ärztlichen Rates

☐ ja, aus persönlichen Gründen

☐ nein

☐ anderes: _____

36. Hast du zusätzlich zu den vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen weitere Untersuchungen durchführen lassen?

☐ nein

☐ wenn ja, welche:

37. Wie hoch war die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft? In Kilogramm: _____

38. Wie groß und wie schwer warst du vor der Schwangerschaft? Größe (in cm): _____
Gewicht (in kg): _____

39. Wie groß und wie schwer war dein Kind bei Geburt? Größe (in cm): _____
(nur auszufüllen, wenn das Kind bereits auf der Welt ist!) Gewicht (in kg): _____

40. Im Folgenden findest du einige Aussagen über dein Ernährungs- und Gesundheitsverhalten seit Bekanntwerden der Schwangerschaft. Bitte gib durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, wie sehr diese Aussagen auf dich zutreffen.

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher zu	trifft sehr zu
1	Ich achte bewusst mehr auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung.	☐	☐	☐	☐
2	Ich verzichte auf nichts und esse was mir schmeckt.	☐	☐	☐	☐
3	Ich habe (hatte) oft Heißhunger auf Süßes.	☐	☐	☐	☐
4	Ich habe (hatte) oft Heißhunger auf Salziges.	☐	☐	☐	☐
5	Ich mache regelmäßig Bewegung an der frischen Luft.	☐	☐	☐	☐
6	Ich rauche regelmäßig	☐	☐	☐	☐
7	Ich trinke regelmäßig Alkohol.	☐	☐	☐	☐
8	anderes:				

41. Wo möchtest du bzw. hast du entbunden?

☐ Krankenhaus ☐ Hausgeburt ☐ anderes: _____

42. Welchen Geburtsmodus, d. h. welche Art der Geburt hast du gewählt bzw. wirst du wählen?

☐ Spontangeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ weiß noch nicht

43. Wer wird (bzw. war) bei der Geburt anwesend sein?

☐ Mutter ☐ Vater des Kindes ☐ anderes: _____

4. Angaben zur institutionellen und familiären Betreuungs- und Unterstützungssituation

44. Wen hast du über deine Schwangerschaft informiert, wie haben diese Personen reagiert? Bitte kreuze Zutreffendes an.

		trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht
1	Ich habe zuerst meine Eltern informiert.	☐	☐	☐
2	Ich habe zuerst meinen Freund informiert.	☐	☐	☐
3	Ich habe mich sofort an eine Beratungsstelle gewandt.	☐	☐	☐
4	Meine Eltern waren zwar schockiert, unterstützen mich aber jetzt.	☐	☐	☐
5	Es ist mir wichtig, dass meine Eltern hinter mir stehen.	☐	☐	☐
6	Meine Großeltern freuen sich auf das Baby und unterstützen mich.	☐	☐	☐
7	Schule bzw. Arbeitgeber und Freunde sind sehr verständnisvoll und helfen mir, wo sie können.	☐	☐	☐
8	anderes:			

45. Wer hat dir bei der Entscheidung, ob du dein Kind bekommen wirst geholfen? Wer hat dich zu diesem Thema beraten (sowohl familiär als auch institutionell)?

☐ Mutter ☐ Vater des Kindes ☐ Großeltern ☐ Freunde ☐ SozialberaterIn
☐ Psychologe/in ☐ anderes: _____

46. Warum hast du dich dann schlussendlich für das Kind entschieden?

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher zu	trifft sehr zu
1	aus religiösen Gründen	☐	☐	☐	☐
2	Es war zu spät für eine Abtreibung.	☐	☐	☐	☐
3	Beeinflussung durch die Familie	☐	☐	☐	☐
4	Ich habe mich bewusst für das Kind entschieden.	☐	☐	☐	☐
5	Ich wünsche mir eine eigene Familie.	☐	☐	☐	☐
6	Ich wollte meine Partnerschaft erhalten.	☐	☐	☐	☐
7	Ich wusste nicht an, wen ich mich wenden sollte.	☐	☐	☐	☐
8	anderes:				

47. In der wievielten Schwangerschaftswoche hast du dich an eine Beratungsstelle gewandt?
Woche: _____

48. An welche Beratungsstellen hast du dich während deiner Schwangerschaft bisher gewandt? (Mehrfachangaben möglich)

☐ Internetforen zum Thema ☐ Frauenarzt/ärztin
☐ First Love Ambulanz (Krankenanstalt Rudolfstiftung) ☐ Aktion Leben
☐ YoungMum (Krankenanstalt „Göttlicher Heiland“) ☐ Caritas
☐ Mut zum Kind ☐ Jugendamt
☐ Telefonische Beratungs- und Anlaufstellen ☐ anderes: _____

49. Wie bzw. durch wen wurdest du auf die diversen Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten aufmerksam? (Mehrfachangaben möglich)

☐ Internet ☐ Fernsehen ☐ Eltern ☐ Freunde ☐ anderes: _____

50. Von wem wurdest du während der Schwangerschaft von institutioneller Seite beraten und betreut?

☐ Psychologen/innen ☐ Hebammen/innen ☐ Gynäkologen/innen
☐ Sozialpädagogen/innen ☐ anderes: _____

51. Welche institutionellen Beratungs- bzw. Unterstützungsangebote hast du während bzw. nach deiner Schwangerschaft in Anspruch genommen?

☐ Begleitung durch GeburtsvorbereiterIn ☐ Begleitung durch Hebamme
☐ Geburtsvorbereitungskurs ☐ Schwangerschaftsgymnastik
☐ Schwangeren-Schwimmen ☐ anderes: _____

52. Im Folgenden findest du einige Aussagen bezüglich institutioneller Betreuung. Bitte kreuze Zutreffendes an!

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher zu	trifft sehr zu
1	Ich habe mich während der Beratung in den diversen Institutionen wohl gefühlt.	☐	☐	☐	☐
2	Ich habe mich ernst genommen gefühlt, denn man ging auf meine Wünsche, Fragen und Ängste ein.	☐	☐	☐	☐
3	Ich habe mich generell gut beraten gefühlt.	☐	☐	☐	☐
4	Man hat sich immer genug Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐
5	Man hat mir hilfreiche Tipps bezüglich Schwangerschaft gegeben.	☐	☐	☐	☐
6	Ich wurde ausreichend bezüglich rechtlichen Dingen informiert (z. B. Vormundschaft, Vaterschaftstest etc.).	☐	☐	☐	☐
7	Ich habe Informationen über finanzielle Hilfsangebote bzw. über die Beantragungsmöglichkeiten von Beihilfen erhalten.	☐	☐	☐	☐
8	Ich habe sehr gute Erfahrungen bezüglich institutioneller Beratung und Unterstützung gemacht.	☐	☐	☐	☐
9	Ich war jederzeit willkommen.	☐	☐	☐	☐
10	Es war schwierig eine geeignete Betreuung und Beratung zu finden.	☐	☐	☐	☐
11	Ich wurde bei der Kontaktaufnahme mit Behörden unterstützt.	☐	☐	☐	☐
12	Es hat mir sehr geholfen mit jemandem Außenstehenden zu sprechen.	☐	☐	☐	☐
13	Es ist mir wichtig, dass ich auch nach der Geburt noch weiterhin unterstützt werde.	☐	☐	☐	☐
14	Die BetreuerInnen waren offen und einfühlsam.	☐	☐	☐	☐

53. Welche Themen wurden in der Beratung angesprochen und waren für dich wichtig?

54. Welche Themen wurden nicht angesprochen, obwohl du das Bedürfnis dazu hattest?

55. Wenn du heute nochmals zurück denkst, was hätte dir noch geholfen? Welche Beratung und Unterstützung hättest du dir zusätzlich gewünscht? Was war bzw. ist für dich besonders wichtig?

Liebe junge (werdende) Mutter

An dieser Stelle möchte ich mich recht herzlich für deine Unterstützung bedanken. Vielleicht findest du noch einige Gedanken, die du anderen jungen Müttern mit auf den Weg geben würdest, die in deine Situation kommen:

Vielen lieben Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Kirisits Karina

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Karina Elisabeth Gabriele Kirisits
Adresse	A-7551 Stegersbach, Gassl 42
E-Mail-Adresse	karina.kirisits@gmail.com
Telefonnummer	+43 664 46 20 290
Geburtsdatum und -ort	25. Juni 1984, Oberpullendorf
Staatsbürgerschaft	Österreich

**AUSBILDUNG**

seit 2011	Ausbildung zur Schreibpädagogin
2009 - 2010	Modul Deutsch als Zweit- und Fremdsprache
2003 - 2011	Studentin an der Universität Wien: UF Deutsch und Biologie
2003 - 2007	Studentin an der Universität Wien: UF Französisch
1998 - 2003	Ecole Güssing (Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe) Ausbildungsschwerpunkt: Tourismus und Sport
1994 - 1998	Ökohauptschule Stegersbach, 1. Leistungszug
1990 - 1994	Volksschule Stegersbach

BERUFSERFAHRUNG

seit Juni 2011	Firma GZ Metallbau & Sicherheitstechnik
Oktober – Dezember 2010	Praktikum an der VHS Favoriten
seit 2007	Führungen im „Haus des Meeres“ in Wien
seit 2003	Nachhilfelehrerin in den Fächern Biologie und Deutsch
Juli - August 2003, 04, 05	Praktikum bei der Firma Singer in Oberwart
Juni - August 2002	Praktikum im Service im Thermen- & Vitalhotel****Superior in Bad Tatzmannsdorf

SPRACHKENNTNISSE

Muttersprache	Deutsch
Fremdsprachen	Französisch (B2), Englisch (B2)

COMPUTERKENNTNISSE

Anwenderkenntnisse	MS Office, Windows XP, Internet, SPSS
--------------------	---------------------------------------

SONSTIGE KENNTNISSE

Erste-Hilfe-Kurs, Führerschein B

WEITERBILDUNG

Projekt Zeitung in der Schule, Zertifikat DaF/DaZ, Schulkoffer Gentechnik,

SOZIALE FÄHIGKEITEN UND KOMPETENZEN

Teamfähigkeit, Offenheit, Toleranz, Freundlichkeit, Flexibilität, Pünktlichkeit, Empathiefähigkeit, Organisationsfähigkeit etc.

FREIZEITAKTIVITÄTEN

Reisen, Theater, Skifahren, Wandern, Joggen, Kochen, Musik, Lesen, Filme, sich mit Freunden treffen etc.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Karina Elisabeth Gabriele Kirisits, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angeführten Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen, als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, am

Unterschrift