

Schwangerschaft und Geburt bei Jugendlichen in der Schweiz

Teil I: Besonderheiten im Beratungs- und Betreuungsprozess

Eine Schwangerschaft während der Adoleszenz stellt für die werdende Mutter, den Kindsvater und die weitere Familie sowie die Betreuer eine grosse Herausforderung dar. Im Folgenden werden die Problematik und wichtige geburtshilfliche Aspekte beschrieben sowie neue Resultate aus dem CHUV, Lausanne, vorgestellt.

SAIRA-CHRISTINE RENTERIA

Im westeuropäischen Kulturkreis entsprechen Schwangerschaften bei Jugendlichen generell weder den individuellen noch den sozialen Erwartungen. Die sozialen Strukturen in unserer Gesellschaft sind oft der neuen Situation nicht angepasst. Demzufolge sind ambivalente Gefühle der Jugendlichen und ihr Eindruck, unter äusserem Druck zu stehen, häufig. Andererseits ist zu beachten, dass sich für viele der sehr jungen Frauen durch die Mutterschaft vermeintlich neue Perspektiven eröffnen, was in Situationen, wo mangelnde Integration in soziale Systeme vorherrscht, zu Enttäuschungen führen kann. Wesentlich ist eine adoleszenten-spezifische Betreuung der jugendlichen Schwangeren unter Berücksichtigung ihres sozialen und kulturellen Umfelds.

Spezielle geburtshilfliche Aspekte bei jugendlichen Schwangeren

Die meisten Statistiken bezeugen, dass irrtümlicherweise oft davon ausgegangen wird, während der Adoleszenz auftretende Schwangerschaften seien ungewollt. So erfassen die meisten statistischen Erhebungen nur die Zahlen der Schwangerschaftsabbrüche und der Geburten. Dabei wird nicht unterschieden, ob und in wie vielen Fällen die Schwangerschaft und die Geburt einem Wunsch und manchmal sogar einer Planung entspricht. Auch bleibt unberücksichtigt, wie oft die Schwangerschaft lediglich sekundär akzeptiert wurde oder sogar nur ausgetragen wurde, weil Alternativen nicht oder nicht mehr infrage kamen.

Schliesslich ist zu beachten, dass viele dieser Schwangerschaften nur vermeintlich lange Zeit unbemerkt bleiben. In der Realität ist dies oft nur der Ausdruck eines Versuchs, sich vor der drohenden Beeinflussung durch Dritte zu schützen und dem starken familiären und gesellschaftlichen Druck auszuweichen.

Konfliktlage der Mutter

Während der Adoleszenz ein Kind zu erwarten, bringt im westeuropäischen Kulturkreis die sozialen Normen durcheinander. Ob die Schwangerschaft gewünscht oder sogar geplant wurde oder ob sie die Folge eines «Verhütungsunfalls» war, spielt dabei keine Rolle. Es kommt zumindest vorübergehend zu einem Verlust der generationstypischen Identifikationen beziehungsweise der altersgemässen Referenzpunkte. Es ist auch möglich, dass in gewissen Fällen gerade das Fehlen dieser Referenzen («early sexual debut», älterer Partner, Dislokation der Familie) der Schwangerschaft zugrunde liegen.

Ist die Schwangerschaft zu Beginn unerwünscht, lässt die gesetzliche Fristenregelung von zwölf Wochen den Mädchen in der Schweiz nur wenig Zeit, mit ihren Gefühlen klarzukommen, den Mut zum Gespräch mit ihrem Partner zu finden und die Befürchtungen vor der Reaktion der Eltern oder der Vertrauenspersonen zu überwinden.

Für eine eigenständige Entscheidung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft muss sich die Jugendliche mit ihren eigenen Erwartungen und Zukunftsplänen auseinandersetzen und die vermeintliche Erwartungshaltung des sozialen Umfelds sowie die Reaktion der Bezugspersonen einbeziehen.

Breit gefächerte fachliche Informationen zur Rechtslage, zu sozialen Hilfeleistungen und zu medizinischen Implikationen liefern Entscheidungsgrundlagen. Weibliche Adoleszente mit klarem Kinderwunsch haben das Recht auf eine frühzeitige und problemorientierte, aber nicht schwarzmalerische Information. Diese hilft der Jugendlichen, dem Partner und auch den betroffenen Familien, die oft ebenfalls um die Gesundheit und um die Zukunftsaussichten ihrer Tochter besorgt sind, Stress abzubauen und sich in die neue Situation einzuleben. Fachleute, welche Jugendliche betreuen, sollten mit den wesentlichen Besonderheiten der Adoleszentenschwangerschaft vertraut sein.

Charakteristika jugendlicher Schwangerer in der Schweiz

In der Schweiz betrug im Jahr 2007 die Geburtenrate der 15- bis 19-Jährigen 3,1/1000 Geburten. Geburten vor dem 15. Altersjahr sind selten und sinken weiterhin. Im Jahr 2004 waren es ungefähr 30 gegenüber etwa 70 pro Jahr in den Siebzigerjahren.

Statistisch gesehen besteht eine Korrelation zwischen Adolescentenschwangerschaften, Armut, tiefem Ausbildungsniveau, Monoparentalität und Unstabilität der Familie in Bezug auf den Wohnort. Das Auftreten von Adolescentenschwangerschaften in der Familie erhöht dieses Risiko zusätzlich. Wurde die Mutter selbst in der Jugend schwanger, ist dieses Risiko sogar verdoppelt. Die schulische Integration und die Existenz eines zumindest kurzfristigen Lebensziels beeinflussen den Entscheid, ob eine Schwangerschaft ausgetragen wird oder nicht. In einer französischen Studie entschieden sich nur 26% der schulisch gut integrierten weiblichen Adolescenten dafür, die Schwangerschaft auszutragen, 58% entschieden sich für den Schwangerschaftsabbruch. Eine Schwangerschaft scheint von jungen Mädchen mit guten sozialen Chancen einen zu hohen Preis zu fordern. Bei Mädchen, die keine genauen Ziele haben, kann es geschehen, dass das Kind zum Ersatzobjekt für fehlende oder wenig motivierende Zukunftsvorstellungen wird.

Im Universitätsspital Lausanne treten folgende drei Charakteristika schwangerer Jugendlicher regelmässig auf; sie dürfen als «typische Situationen» bei Adolescentenschwangerschaften bezeichnet werden:

- häufigste Gruppe: junge Mädchen mit Drop-out-Situation in Schule oder Beruf und Familie (oft in Heimen lebend). Die Schwangerschaft wird als ein «Symptom» gesehen.
- in Schul- oder Berufsausbildung sozial integrierte Jugendliche, die mit ihren Eltern leben und ihre Schwangerschaft als «Verhütungsunfall» beschreiben
- Migrantinnen aus erster oder zweiter Generation, bei denen die Schwangerschaft ihrer eigenen Erwartungshaltung oder der ihrer Familie entspricht. Ursprünglich nicht geplante

Schweizerische ASF*-Statistik 1993–2004

* Arbeitsgemeinschaft der Schweizer Frauenkliniken

Geburten	≤ 18 Jahre	> 18 Jahre	
	3395 (0,8%)	411 552 (99,2%)	
Keine SS-Vorsorge	2,4%	0,5%	signifikant
niedriger sozioökonomischer Status	6,2%	4,9%	signifikant
ledig	43%	5,4%	signifikant
Hospitalisation	14,7%	9,5%	signifikant
Frühgeburt < 28 Wochen	0,5%	0,4%	nicht signifikant
Frühgeburt < 37 Wochen	12,1%	10,3%	signifikant
Geburtsgewicht < 2500 g	7,1%	5,6%	signifikant
Heimkehr mit dem Neugeborenen	93,7%	96,2%	signifikant

Tabelle 1: Adoleszente Schwangere in der Schweiz: Charakteristika.

Heiraten sowie Zwangsheiraten (als Konsequenz der Schwangerschaft) könnten dahinterstecken.

Psychosoziale Risiken

In Westeuropa hat sich die während der Adoleszenz auftretende Schwangerschaft von einem medizinischen zu einem psychosozialen Risiko gewandelt. Gemäss M. Uzan sind die Risiken für die jugendliche Mutter wie folgt:

- Ausschluss aus der Herkunftsfamilie (mit Überspringen einer Entwicklungsstufe und verlorenem Vertrauen)
- Ausschulung (Abbruch des schulischen und in der Folge des beruflichen Projekts)
- Marginalisierung (abrupte Beendigung der Adoleszenz).

Die therapeutische Intervention muss deshalb die Prävention dieser möglichen Konsequenzen umfassen.

Die Kinder, die in familiäre, soziale und psychologische Situationen hineingebohren werden, welche zu wenig Sicherheit geben, bezeichnet D. Sibertin-Blancs als «psychologische Risikobabys».

Schwangerenbetreuung bei Adolescenten in der Schweiz

Die Auswertung der ASF-Datenbank (= Arbeitsgemeinschaft Schweizer Frauenkliniken) durch B. Schönfeld wies eine leicht erhöhte Frühgeburtsrate (< 37 Wochen) bei adolescenten Schwangeren in der Schweiz aus (Tabelle 1). Für schwere Frühgeburten < 28 Wochen bestand hingegen kein signifikanter Unterschied. Diese Resultate, die auch von weiteren Studien bestätigt werden, wurden auf

die Unterlassung einer frühzeitigen und kontinuierlichen Schwangerschaftsbetreuung bei den Jugendlichen zurückgeführt. Insbesondere fiel die unterbliebene Diagnostik und Behandlung bei Unterbauchschmerzen und Harnwegsinfekten mit den Folgewirkungen ins Gewicht. B. Schönfeld postulierte, dass ein Teil der Risikofaktoren für Frühgeburten und Untergewicht durch eine gezieltere Aufklärung und verbesserte Betreuung dieses Schwangerenkollektivs reduzierbar wären. Eine intensivere Betreuung dieser Schwangerengruppe zur Risikominimierung sei wünschenswert (vgl. *Gynäkologie 2006*; 6: 12–139).

Resultate in Lausanne (CHUV)

Nachdem sich in Lausanne über mehr als zehn Jahren progressiv ein ganzheitliches Betreuungsschema entwickelt hatte, erschien es uns interessant, das geburtshilfliche Outcome unseres Kollektivs zu analysieren und gewisse Aspekte der ASF-Statistik gegenüberzustellen. Die detaillierte Auswertung wurde am Jahreskongress der Gynécologie Suisse im Juni 2008 in Zusammenarbeit mit A. Trébois vorgestellt:

Für diese retrospektive Analyse wurden die 17 476 Frauen, welche zwischen 2000 und 2007 in der Universitätsfrauenklinik in Lausanne ein Kind geboren hatten, in ein Kollektiv volljähriger und in eines mit minderjährigen (< 18 Jahre) Frauen eingeteilt. Während dieser Zeitspanne wurden 82 Jugendlichen erfasst, was 0,5% des Gesamtkollektivs entspricht. Das mittlere Alter betrug 17 Jahre, wobei zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes die Jüngste 13 Jahre und die Älteste de-

Frühgeburtlichkeit am CHUV

Statistik 2000–2007

Geburt ≤ 37. Woche

Minderjährige: 13/82 (15,85%)

Erwachsene: 2674/17 394 (15,37%)

Geburt ≤ 28. Woche

Minderjährige: 4/82 (5%)

Erwachsene: 517/17 394 (2,97%)

Tabelle 2: Frühgeburtlichkeit bei minderjährigen und volljährigen Schwangeren am CHUV in Lausanne (Studie Trébox, Renteria).

finitions-gemäss knapp 18 Jahre alt war. 11 Mädchen beziehungsweise 9,02% der Jugendlichen waren bei der Geburt jünger als 16 Jahre. Insgesamt hatten weniger als 10% eine dem Sekundarschulniveau oder höher entsprechende Schulbildung. Gesamthaft zeichnet sich über die Jahre ein Trend ab: Die Zahl der vor dem 18. Altersjahr gebärenden Jugendlichen nimmt zu, wohingegen die Gesamtzahl der vor dem 20. Lebensjahr gebärenden konstant bleibt.

Im Gegensatz zu landläufigen Vorstellungen bestand in beiden analysierten Altersgruppen kein statistisch signifikanter Unterschied im Bezug auf die Herkunft. Bei den Jugendlichen waren 42% und bei den Erwachsenen 37% schweizerischer Nationalität. Ein auffallender Unterschied fand sich lediglich innerhalb der Gruppe der Migrantinnen: Von den jugendlichen Müttern stammten 21% aus südamerikanischen Ländern. (Interessant: Die nach dem 18. Altersjahr gebärenden Südamerikanerinnen machten nur 4% aller volljährigen Migrantinnen aus!)

Risikoanalyse:

Bezüglich geburtshilflicher Risiken fand sich eine Anämie nur bei 13% der jugendlichen Schwangeren in dem Lausanner Kollektiv (in der internationalen Literatur wird bei der gleichen Klientel eine Anämie bei rund etwa 31% beschrieben). Harnwegsinfekte fanden sich bei nur 1% in Lausanne. Als Patientinnen mit völlig komplikationslosem Schwangerschaftsverlauf (aus rein geburtshilflicher Sicht) wurden 84% der jugendlichen Schwangeren bei der Entbindung eingestuft.

Im Bezug auf die Frühgeburtlichkeit bei den minder- und den volljährigen

Schwangeren bestand kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen, sowohl für die leichte Frühgeburtlichkeit (< 37. Woche) als auch für die extreme Frühgeburtlichkeit (< 28. Woche) (Tabelle 2). Dies steht im Kontrast zu internationalen Statistiken sowie zur ASF-Statistik. Die in beiden Altersgruppen relativ hohe Frühgeburtenrate in anderen Spitälern wird mit der meist bestehenden Stellung als tertiäre Spitälern mit externen Zuweisungen erklärt.

Der prozentuale Sectioanteil betrug in Lausanne für Minderjährige 26,8% und für erwachsene Gebärende 30,32%. Im Vergleich zum Anstieg der Zahl der betreuten adoleszenten Schwangeren wurde eine umgekehrt proportional verlaufende Entwicklung mit wesentlich mehr vaginalen Geburten beobachtet. Zwei mögliche Erklärungen sind der verbesserte Zugang zur frühzeitigen Versorgung und die altersspezifische, intensive und angstabbauende Vorbereitung auf die Geburt in enger Zusammenarbeit mit spitalinternen und freipraktizierenden Hebammen. Der Aufbau einer gut identifizierten gynäkologischen Jugend-sprechstunde erleichterte den Mädchen den Zugang zur Schwangerschaftsvorsorge. Dieser wurde noch zusätzlich verbessert, indem diese Sprechstunde in eine multidisziplinäre Poliklinik für Adol-eszente (Mädchen und Jungen) eingegliedert wurde.

Das Lausanner Modell, seine Grundprinzipien und Organisation in der Betreuung adoleszenter Jugendlicher, wird in Gynäkologie 1/09 vorgestellt.

Schlussfolgerungen

Eine Schwangerschaft in der Adoleszenz weist in Westeuropa bei adäquater Betreuung nur geringe somatische Risiken für die junge Mutter und ihr Kind auf. Dazu gehört die Anämie und eine leicht erhöhte Frühgeburtlichkeit. Gemäss den geburtshilflichen Statistiken der Universitätsfrauenklinik in Lausanne, die eine adol-eszentenspezifische Schwangerschaftsvorsorge anbietet, fand sich diesbezüglich jedoch kein Unterschied zwischen minderjährigen und erwachsenen Frauen.

In schwierigen sozialen Situationen kann eine Schwangerschaft für die Jugendliche, ihr Kind und ihre Familie ein zusätz-

liches psychosoziales Risiko darstellen, dessen Konsequenzen für die junge Mutter Isolation von der Familie und von Gleichaltrigen sowie protrahierte oder fehlende schulische und berufliche Ausbildung sein können. Solche negativen Verläufe erhöhen auch das Risiko für Entwicklungsstörungen des Kindes und in extremen Fällen für Vernachlässigung oder Kindsmisshandlung. Die Betreuung muss diesen Risiken während der Schwangerschaft und bis weit ins Kleinkindalter Rechnung tragen. Die Förderung der Ressourcen und der sozialen und beruflichen Integration sowohl der adoleszenten Mutter als auch des Kindsvaters hat nachweisbar eine präventive Wirkung. Die psychosoziale Beratung erfolgt am besten im Team, da nur so eine breit gefächerte und reflektierte Evaluation der Situation und auch die Unterstützung durch die einzelnen Fachleute sichergestellt ist.



Dr. med. Saira-Christine Renteria
Leitende Ärztin
Unité multidisciplinaire de santé de l'adolescence (UMSA)
Département de Gynécologie et Obstétrique
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne
E-Mail:
saira-christine.renteria@chuv.ch

Literatur bei der Verfasserin.

Teil 2 folgt in Gynäkologie 1/2009:

Schwangerschaft und Geburt bei Jugendlichen in der Schweiz

Das «Lausanner Modell»: Konzeption und Organisation